



OP-069JN-20
CÓD: 7891182042567

SESAB-BA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Residência Multiprofissional em Saúde –
Núcleo Saúde da Família – Enfermagem

***A APOSTILA PREPARATÓRIA É ELABORADA
ANTES DA PUBLICAÇÃO DO EDITAL OFICIAL COM BASE NO EDITAL
ANTERIOR, PARA QUE O ALUNO ANTECIPE SEUS ESTUDOS.***

Conhecimentos Gerais em Saúde

1. Bioética	01
2. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade	03
3. Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde	05
4. Controle Social	07
5. Economia da Saúde	09
6. Educação em Saúde	13
7. Epidemiologia	17
8. Financiamento da Saúde	25
9. Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde	36
10. Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990	49
11. Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990	57
12. Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011	59
13. Liderança no Trabalho	62
14. Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde	66
15. Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados	69
16. Pacto pela Saúde	70
17. Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde	92
18. Política Nacional da Atenção Básica	93
19. Política Nacional de Promoção da Saúde	114
20. Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica	126
21. Processo de Trabalho em Saúde	133
22. Programas de Saúde	135
23. Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais	135
24. Segurança do Trabalho em Saúde; Norma Regulamentadora 32 (NR 32)	135
25. Trabalho em equipe multidisciplinar	146
26. Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental	148

Conhecimentos Básicos da Graduação

1. Ética e Bioética em Enfermagem: Aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro	01
2. Fundamentos de Enfermagem: O cuidado humanizado em saúde e em enfermagem. Sinais vitais	01
3. Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias e cuidados na aplicação, venóclise). Aplicação de calor e frio	17
4. Cuidados de enfermagem aos clientes portadores de úlceras por pressão e/ou Feridas	24
5. Cuidados e manuseio de tubos, drenos, sondas e cateteres	27
6. Metodologia da Assistência de Enfermagem: Sistematização da Assistência em Enfermagem, Processo de Enfermagem	31
7. Administração em Enfermagem: princípios e elementos de administração, estrutura organizacional, supervisão, avaliação de desempenho, planejamento de recursos humanos e materiais em enfermagem	33
8. Biossegurança: Prevenção e controle de infecção hospitalar	39
9. Saúde Coletiva: Vigilância em Saúde, Programa de prevenção, controle e tratamento da hanseníase e tuberculose	41
10. Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	60
11. Programa Nacional de DST/AIDS	61
12. Calendário de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso	69
13. Saúde do adulto e do idoso: Cuidados de enfermagem nas situações clínicas e agravos aos indivíduos e famílias	72

Conhecimentos Específicos

Residência Multiprofissional em Saúde –

Núcleo Saúde da Família – Enfermagem

1. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB); Fatos que precederam a Reforma Sanitária Brasileira	01
2. A constituição de 1988	02
3. Modelos de proteção social.	02
4. Atenção Primária à Saúde (APS): conceitos, princípios e organização no Brasil e no mundo. Aspectos sócio-históricos da Atenção Primária à Saúde - APS; Alma Ata e a história da APS; Concepções da APS.	07
5. Estratégia da Saúde da Família	12
6. Sistema Único de Saúde; 30 anos do SUS; Princípios e Diretrizes do SUS	15
7. Redes de Atenção à Saúde e o papel da APS	15
8. Leis 8.080 e 8.142	17
9. A família e o Sistema de Saúde	17
10. Território, cidadania e saúde: aspectos conceituais; As dimensões do território: a Família enquanto objeto de intervenção.	27
11. Interdisciplinaridade no cuidado e a família.	32
12. Planejamento e Programação Local em Saúde	33
13. Principais Sistemas de Informação em Saúde	45
14. Organização, funcionamento e avaliação de unidade de saúde da família	50
15. Gestão das Unidades de Saúde da Família	50
16. Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação no Brasil, organização, normatizações, princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.	55
17. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: organização, funcionamento e regulamentação	59
18. Território e Determinantes Sociais da Saúde	62
19. Epidemiologia e as Ferramentas Analisadoras da Situação de Saúde	62
20. Políticas Públicas.	67
21. Direito à Saúde e Participação Social	74
22. Processo de Trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS)	76
23. Modelos Tecnoassistenciais e Organização das Práticas de Saúde na APS; Modelo Sanitarista/Campanhista; Modelo da Prevenção; Modelo da Promoção à Saúde; Ações Programáticas; Modelo Biomédico; Modelo de Vigilância à Saúde	77
24. Rede de Atenção à Saúde.	89
25. Integralidade e Linha do Cuidado	89
26. Intersetorialidade	91
27. Educação Permanente em Saúde (EPS)	97
28. Biótica	101
29. Ferramentas do Apoio Matricial	101
30. Gestão do Cuidado e Clínica Ampliada	102
31. Trabalho em Equipe e Projeto Terapêutico Singular	103
32. Itinerários Terapêuticos	103
33. Regulação Assistencial e Integralidade de Atenção	109
34. Institucionalização da avaliação em saúde	110
35. Instrumentos de avaliação na APS.	113
36. Vigilância à Saúde e APS no território da ESF.	114
37. Trabalho em equipe no controle de riscos, agravos e danos à saúde	118
38. Aspecto Epidemiológico da mortalidade materna; Planejamento familiar; Saúde Reprodutiva e Sexualidade; Violência à mulher no contexto Social; Prevenção do câncer cervicouterino e de mama; Transmissão vertical das DST/AIDS; Assistência Pré-natal.	134
39. Políticas e Programas de Saúde da Criança; Vigilância em saúde da criança e seus determinantes; perfil epidemiológico da população infantil do Brasil; Promoção da Saúde Mental da criança	163
40. Conhecimentos gerais em saúde mental: Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e alterações posteriores); Reforma Psiquiátrica histórico e princípios; Política de Redução de Danos (Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 200: 5); Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011)	182
41. Políticas e Programas de Saúde da Mulher.	194
42. Políticas e Programas de Saúde do idoso	194
43. Políticas de Saúde voltadas para populações vulneráveis.	204
44. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas.	205
45. O processo saúde - doença e o envelhecimento; Morbidades mais comuns no envelhecimento. Resolutividade dos problemas de saúde no envelhecimento	209
46. A atenção primária e a saúde do trabalhador	209

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

1. Bioética	01
2. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade	03
3. Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde	05
4. Controle Social	07
5. Economia da Saúde	09
6. Educação em Saúde	13
7. Epidemiologia	17
8. Financiamento da Saúde	25
9. Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde	36
10. Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990	49
11. Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990	57
12. Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011	59
13. Liderança no Trabalho	62
14. Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde	66
15. Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados	69
16. Pacto pela Saúde	70
17. Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde	92
18. Política Nacional da Atenção Básica	93
19. Política Nacional de Promoção da Saúde	114
20. Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica	126
21. Processo de Trabalho em Saúde	133
22. Programas de Saúde	135
23. Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais	135
24. Segurança do Trabalho em Saúde; Norma Regulamentadora 32 (NR 32)	135
25. Trabalho em equipe multidisciplinar	146
26. Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental	148

BIOÉTICA

Ética e bioética na enfermagem

A Enfermagem compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescido das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência. Presta serviços ao ser humano dentro do contexto saúde-doença, atuando na promoção da saúde em atividades com grupos sociais ou com indivíduos, respeitando a individualidade dentro do contexto social no qual está inserido.

Este texto aborda a dimensão ética presente na especificidade do trabalho de enfermagem e peculiaridades desta área profissional que trabalha com o ser humano no processo saúde-doença. Pretende, também, explorar os aspectos etimológicos e relacionar a ética no cotidiano da Enfermagem como parte da ação em saúde.

O tema abordado não pode ser reduzido, apenas, às discussões sobre os atuais dilemas éticos veiculados diariamente na mídia, ou meramente, sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução COFEN 240/2000.1 Isto porque a ética permeia todas as nossas atitudes e comportamentos e está presente em todas as relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, clientes, etc. Todas estas relações são moldadas por idéias, princípios, valores e conceitos que existem dentro de nós e que definem a maneira como agimos, ou seja, que “aprovam” ou “desaprovam” nossas ações e condutas.

Ética é uma palavra de origem grega “*éthos*” que significa caráter e que foi traduzida para o latim como “*mos*”, ou seja, costume, daí a utilização atual da ética como a “ciência da moral” ou “filosofia da moral” e entendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceitos numa época por determinada comunidade humana. A ética se ocupa com o ser humano e pretende a sua perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, que se refletem sobre o agir humano e suas finalidades.

Para as teorias éticas, o desejável é o “*ser*”: ser livre e autônomo (o ser que pondera seus atos no respeito ao outro e no direito comum); ser que age para a benevolência e a beneficência (prática o bem e não o nocivo); o ser que exercita a justiça (avalia atos, eventos e circunstâncias com a razão e não distorce a verdade); o ser virtuoso no caráter (solidário, generoso, tolerante, que ama a liberdade e o justo).

“Poderá haver direito e leis, mas a justiça só será construída praticando-se atos justos. Somos autores e atores do sentido ético, que implica os contrapontos direitos-deveres, consubstanciados no compromisso social”.

Em qualquer discussão que envolva um tema ético não se pode abrir mão do ‘princípio universal da responsabilidade’. Este princípio deve permear todas as questões éticas e está relacionado aos aspectos da ética da responsabilidade individual, assumida por cada um de nós; da ética da responsabilidade pública, referente ao papel e aos deveres dos Estados com a saúde e a vida das pessoas; e com a ética da responsabilidade planetária, nosso compromisso como cidadãos do mundo frente ao desafio de preservação do planeta.

Esta visão ética ampliada de valorização da vida no planeta exige uma postura consciente, solidária, responsável e virtuosa de todos os seres humanos e principalmente daqueles que se propõem a cuidar de outros seres humanos, em instituições de saúde ou em seus domicílios.

Com esta introdução ao tema, poderíamos pensar em algumas situações do nosso cotidiano que nos levam a refletir sobre a postura ética necessária aos profissionais da saúde, especialmente da Enfermagem, quais sejam: como eu atuo, penso e falo frente a um cliente descontrolado e agressivo? Frente a um cliente alcoolizado que havia, recentemente, recebido alta do hospital psiquiátrico?

Frente a um cliente usuário de drogas e/ou com vírus HIV? Frente à gestante adolescente? Frente ao cliente que não coopera, não aceita o tratamento e exige alta? Frente ao cliente inconsciente, à criança e ao sofredor psíquico? Frente a falta de estrutura das ações e de planejamento de recursos na organização dos serviços de saúde?

Estas, além de outras, são questões frequentes nos contextos dos serviços de saúde e que podem nortear um debate mais aprofundado sob o ponto de vista ético.

Assim, pode-se perceber que a preocupação com os aspectos éticos na assistência à saúde, não se restringe à simples normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a “essência da bioética é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade”.

O termo “Bioética” surgiu nas últimas décadas (meados do século passado), a partir dos grandes avanços tecnológicos na área da Biologia, e aos problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das ciências biológicas, que trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza. Com o advento da AIDS, a partir dos anos 80, a Bioética ganhou impulso definitivo, obrigando à profunda reflexão “bioética” em razão das conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade.

A Bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. O comportamento ético em atividades de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde.

Hans Jonas introduziu o conceito de ética da responsabilidade. Para ele todos têm responsabilidade pela qualidade de vida das futuras gerações. Foi ele também que abordou o conceito de risco e a necessidade de avaliá-lo com responsabilidade.⁹ Potter, representante da bioética, também se mostrava preocupado com os riscos que podem ser causados pela ciência em nível mundial. Para o autor, o conhecimento pode ser perigoso, entendendo o conhecimento perigoso, como aquele que se “acumulou muito mais rapidamente do que a sabedoria necessária para gerenciá-lo” e sugere que “a melhor forma de lidar com o conhecimento perigoso é a sabedoria, ou seja, a produção de mais conhecimento e mais especificamente de conhecimento sobre o conhecimento”.

A ética da responsabilidade e a bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões desde que tenhamos uma postura consciente na arte de cuidar do outro como se fosse a si mesmo.

Portanto, as discussões e reflexões da Bioética não se limitam aos grandes dilemas éticos atuais como o projeto genoma humano, o aborto, a eutanásia ou os transgênicos, incluem também os campos da experimentação com animais e com seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais da saúde e dos clientes, as práticas psiquiátricas, pediátricas e com indivíduos inconscientes e, inclusive, as intervenções humanas sobre o ambiente que influem no equilíbrio das espécies vivas, além de outros. A Bioética não está restrita às Ciências da Saúde. Ela desde que surgiu abrange todas as áreas do conhecimento. A sua atuação tem a ver com a vida. Tem enfoque interdisciplinar ou, talvez até, transdisciplinar.

Em referência à abrangência atual da Bioética destacam-se quatro aspectos considerados relevantes e que estimulam uma reflexão teórica mais ampla entre as ciências da vida, ou seja, uma bioética da vida cotidiana, que se refere aos comportamentos e às idéias de cada pessoa e ao uso das descobertas biomédicas; uma bioética deontológica, com os códigos morais dos deveres profissionais; uma bioética legal, com normas reguladoras, promulgadas

e interpretadas pelos Estados, com valor de lei e; uma bioética filosófica, que procura compreender os princípios e valores que estão na base das reflexões e das ações humanas nestes campos.

Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a Bioética se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses. Reconhece o valor moral do outro, levando-se em conta que maximizando o bem do outro, possivelmente pode-se reduzir o mal. Neste princípio, o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos.

Isto significa que como profissionais da saúde precisamos fazer o que é benéfico do ponto de vista da saúde e o que é benéfico para os seres humanos em geral. Para utilizarmos este princípio é necessário o desenvolvimento de competências profissionais, pois só assim, poderemos decidir quais são os riscos e benefícios aos quais estaremos expondo nossos clientes, quando decidirmos por determinadas atitudes, práticas e procedimentos.

É comum que os profissionais da saúde tenham uma atitude paternalista para com os clientes, ou seja, decidam o que é melhor para eles, sem levar em conta seus pensamentos ou sentimentos e, geralmente, justificam suas atitudes com uma frase semelhante a esta: “é para o seu próprio bem”, mesmo que o cliente discorde. Desta forma, mesmo tendo a intenção de fazer o bem, estão reduzindo adultos a condição de crianças e interferindo em sua liberdade de ação.

Este modo de agir permeia o cotidiano da assistência prestada pela Enfermagem, devido possivelmente, a forte influência de Nightingale que considerava que a enfermeira deveria executar suas ações baseadas no que seria melhor para o paciente e que ela deveria saber como ele se sente e o que deseja.

Outra forma possível de análise desta atitude paternalista dos profissionais de saúde pode ser nossa origem latino americana. Em países em que existem uma grande diferença sócio-econômico-cultural, como no Brasil, as pessoas tendem a ser mais submissas. Os indivíduos não estando acostumados a exercerem a cidadania aceitam, sem questionamentos, a assistência ofertada.

Para saber o que é bom para cada um dos clientes é preciso que se estabeleça um relacionamento interpessoal de confiança mútua e que o cuidador esteja atento aos limites de sua atuação, uma vez que poderá estar ferindo um outro princípio, a autonomia do cliente.

O princípio de não-maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis.

Para atender a este princípio, não basta apenas, que o profissional de saúde tenha boas intenções de não prejudicar o cliente. É preciso evitar qualquer situação que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está prejudicando o cliente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos.

Autonomia, o terceiro princípio, diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada.

Esta autodeterminação é limitada em situações em que “pensar diferente” ou “agir diferente”, não resulte em danos para outras pessoas. A violação da autonomia só é eticamente aceitável, quando o bem público se sobrepõe ao bem individual.

A autonomia não nega influência externa, mas dá ao ser humano a capacidade de refletir sobre as limitações que lhe são impostas, a partir das quais orienta a sua ação frente aos condicionamentos.

O direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Assim, também os profissionais da saúde precisam estabelecer relações com os clientes em que ambas as partes se respeitem. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estejam em divergência com aqueles dominantes na sociedade, ou quando o cliente é uma criança, um deficiente mental ou um sofredor psíquico.

Cabe aos profissionais da saúde oferecer as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do cliente, sem utilização de formas de influência ou manipulação, para que possa participar das decisões sobre o cuidado/assistência à sua saúde, isto é, ter respeito pelo ser humano e seus direitos à dignidade, à privacidade e à liberdade. Deve-se levar em conta que vivemos em sociedade, portanto, possuímos responsabilidades sociais.

Entretanto, no caso da Enfermagem, a autonomia pode apresentar-se mais como uma intenção codificada do que sua efetividade na prática, pois a decisão tomada sofre influência conforme a autonomia que se tem na prática. Sem essa autonomia necessária para identificarmos os atos que deveriam ou não ser realizados, corremos o risco de reproduzirmos apenas atos autômatos.

Aos profissionais de enfermagem cabe buscar essa autonomia no conhecimento, isto é, construir um corpo de conhecimento específico que possibilite uma maior autonomia no processo de cuidar, vinculando o pensar ao ato de fazer.

O princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.

No Brasil, a Constituição de 1988 refere que a saúde é direito de todos. Dessa forma, todo cidadão tem direito à assistência de saúde, sempre que precisar, independente de possuir ou não um plano de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde dos brasileiros. Entretanto, mesmo com criação de normas regulamentadoras, o SUS ainda não está consolidado e o não atendimento de seus princípios doutrinários impõe as profissionais de saúde a convivência cotidiana com dilemas éticos, quando não oferece serviços de saúde de qualidade.

Conhecendo estes quatro princípios podemos utilizá-los como recursos para análise e compreensão de situações de conflito, sempre que estas se apresentarem, comparando com casos semelhantes que já tenham ocorrido e ponderando as consequências das condutas tomadas anteriormente sobre os clientes, familiares e a comunidade.

“A relação do paciente com seus cuidadores pode estar permeada pelo conflito, pois distintos critérios morais e éticos guiam a atuação de cada um dos envolvidos. Os profissionais de saúde, em geral orientam-se pelo critério da beneficência, os pacientes pelo da autonomia e a sociedade pelo de justiça”

Esta relação terapêutica deve-se fundamentar na parceria com o cliente, na possibilidade do deste fazer escolhas e, principalmente, na possibilidade do profissional compreender a escolha do cliente.

Concluimos com algumas considerações e questionamentos:

Entendemos que a ética reconhece o valor de todos os seres vivos e encara os humanos como um dos fios que formam a grande teia da vida. Nesta teia, todos os fios são importantes, inseparáveis e co-produtores uns dos outros. Ao nos dedicarmos a agir eticamente, estaremos buscando saúde e vida. Esta busca leva o ser humano a um processo contínuo de crescimento.

Como nosso trabalho é realizado em um ambiente complexo (instituição de saúde ou comunidade), nele, todas as nossas ações (modo de ouvir, olhar, tocar, falar, comunicar e realizar procedimentos), são questionáveis do ponto de vista ético. A maneira como nos relacionamos com colegas de trabalho, clientes e familiares (dos clientes e nossos) podem influenciar o resultado do nosso trabalho. Uma relação de reciprocidade não permite arrogância, onipotência e autoritarismo, mas permite a liberdade de expressão do pensamento, idéias e experiências e passa pelo respeito à compreensão moral e ética dos seres envolvidos.

A ética em saúde é permeada pelo “bem pensar” e pela “introspecção” (auto-exame), não sendo suficiente a “boa intenção”. O auto-exame nos permite descobrir que somos seres falíveis, frágeis, insuficientes, carentes e que necessitamos de mútua compreensão.

A bioética é um instrumento que nos guiará nas reflexões cotidianas de nosso trabalho, sendo fundamental para que as gerações futuras tenham a vida com mais qualidade.

Entretanto, como está o ensino da bioética no mundo? Como as escolas estão preparando os profissionais de saúde para os impasses éticos do dia-a-dia? As decisões são orientadas para que o mundo se torne mais humano? Como buscar a equidade na assistência com respostas morais adequadas a realidade que se apresenta no nosso mundo do trabalho?

Enfim, o que queremos é que nossas ações sejam pensadas, refletidas, competentes e que principalmente os profissionais da Enfermagem, se utilizem do conhecimento disponível de forma responsável.

CONCEITOS DE EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE

O Processo saúde-doença constitui-se num fenômeno complexo, cuja gênese envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica (Breilh, 1991; Breilh & Granda, 1986; Laurell, 1983), sendo que as necessidades de saúde a ele relacionadas dizem respeito a estas diversas dimensões do real. Também as ações que tomam como objeto o processo saúde-doença, embora possuam características técnicas evidentes, têm se organizado, historicamente, enquanto práticas sociais (Donnangelo, 1976), podendo ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou, mesmo, com as necessidades de serviços de saúde (Paim, 1982). Desta forma, nem as necessidades de saúde nem as práticas a elas referidas existem em abstrato, possuindo historicamente a ser buscada por quem pretende investigá-las.

As relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser apreendidas a partir de duas vertentes principais. A primeira delas consiste na busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. A segunda diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos.

Nesta última perspectiva, a técnica da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbi-mortalidade em outras tantas circunstâncias.

Sob o rótulo de “avaliação” reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “fomos bem?”, “deu resultados?”, “estamos satisfeitos?”, até a chamada pesquisa avaliativa (Suchman, 1967; Weiss, 1972), que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade.

Além disso, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

O primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Além disso, naqueles trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe, freqüentemente, sequer a preocupação, por parte dos autores, com a definição dos termos empregados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Por outro lado, na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação. O presente artigo busca contribuir com o esforço de sistematização desse conhecimento, na perspectiva de sua apropriação pelos gestores e profissionais de saúde.

OBJETO E NÍVEIS DE AVALIAÇÃO

As práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Os recortes possíveis são inúmeros. Paim (1993), por exemplo, situou os distritos sanitários em relação às seguintes formas e níveis de organização dos serviços de saúde: a) ações de saúde; b) serviços de saúde; c) estabelecimentos de saúde; d) distrito sanitário; e) instituições de saúde; f) sistema de saúde; g) sistema político; h) sistema econômico e social. Já Donabedian (1980a), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado, distingue quatro níveis de organização dos provedores do cuidado médico: a) o profissional individual; b) diversos profissionais; c) uma equipe organizada; dA) plano, instituição e sistema.

A depender do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos. Por exemplo, quando o enfoque é direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si. Já quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade. A maior parte dos estudos disponíveis sobre o tema, na literatura especializada, versa, sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas.

OS PRINCIPAIS ATRIBUTOS: EFETIVIDADE, IMPACTO, EFICÁCIA, QUALIDADE, EFICIÊNCIA, ACESSIBILIDADE, EQUIDADE, COBERTURA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser assim agrupados:

a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);

- b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- c) relacionados com os custos das ações (eficiência);
- d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

A utilização dessas noções varia enormemente de autor para autor, existindo tentativas de hierarquização das mesmas. A qualidade é vista, com frequência, como o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde (Donabedian, 1980a; Vuori, 1982). A abrangência deste termo impõe que a sua definição resulte, frequentemente, de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado. Para Vuori (1982), a qualidade dos serviços de saúde seria constituída pela efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica.

Donabedian (1980a), que desenvolveu uma discussão sistemática sobre a questão, num dos seus artigos expressava dúvidas acerca da natureza da noção de qualidade, ou seja, apesar de afirmar ser a qualidade uma propriedade do cuidado médico, considerava não estar claro se a mesma era um atributo único, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um conjunto heterogêneo de fenômenos reunidos pelo uso, razões administrativas ou preferências pessoais. Para este autor, a busca de uma definição para a qualidade deveria se iniciar a partir das dimensões do cuidado médico, a saber: a técnico-científica, a relação interpessoal e as “amenidades” (conforto e estética das instalações e equipamentos). Apesar de identificar três possíveis definições para a qualidade, a depender do contexto absolutista, individualizada e social, questionava se alguns dos componentes da definição social da qualidade, como o acesso e continuidade, não seriam, na realidade, instrumentos para a obtenção da qualidade, e não componentes da mesma, alertando para o risco da perda da utilidade analítica do conceito com a sua ampliação. Justificava, assim, sua opção pelo estudo da qualidade do cuidado médico, pois mesmo a avaliação de programas só aproximar-se-ia, segundo ele, da aferição da qualidade quando o mesmo envolvesse a prestação de cuidado individual. Nesta perspectiva, elaborou inicialmente uma definição, segundo a qual a qualidade poderia ser entendida como a intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos. Foi proposto um modelo unificado para aferição da qualidade envolvendo o balanço entre riscos, benefícios e custos do cuidado (Donabedian et al., 1982). Já em artigo posterior, Donabedian (1990), surpreendentemente, passou a considerar a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Em 1991, este mesmo autor definiu a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de “bom” (goodness). Considerava, ainda, que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela sua efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes.

Verifica-se frequentemente uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e, mesmo, qualidade, a começar pelo Dicionário Aurélio (Ferreira, 1986), que considera os três primeiros como sinônimos. Eficaz é o “que produz o efeito desejado”; eficiência é a “ação, força, virtude de produzir um efeito”; e efetivo é o “que se manifesta por um efeito real”. A qualidade tem sido definida como “efeito” (Donabedian, 1980a); a efetividade, como qualidade (Freeborn & Greenlick, 1973). Tanto a eficácia como a efetividade têm sido definidas em relação ao cum-

primento de objetivos propostos (Rundall, 1992; Rodrigues & Torres, 1982). A efetividade tem sido vista, ainda, como um atributo composto pela eficiência e pela eficácia (Campos, 1988).

Observa-se, contudo, uma evolução na atribuição de significado a alguns desses conceitos. A eficácia, por exemplo, inicialmente era definida como benefício ou efeito da atividade pela OMS (1970), ou como cumprimento de metas em livros didáticos de administração sanitária (Ferrara et al., 1976), ou ainda utilizada como equivalente a efetividade (Doll, 1974). Mais recentemente, verifica-se uma tendência à convergência entre algumas definições. A eficácia vem sendo referida mais consistentemente como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais (Vuori, 1982; Cavallo et al., 1988; Donabedian, 1990; OTA, 1978). Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional (Chavez, 1981; Brook & Lohp, 1985; Vuori, 1982; Donabedian, 1990; OTA, 1978).

Embora sem uma fundamentação convincente, a diferença entre impacto e efetividade tem sido buscada tanto em relação ao objeto da avaliação quanto no que concerne ao tempo. Ou seja, o efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à efetividade. Por outro lado, o efeito de um “sistema” sobre uma população expressaria o impacto (De Geyndt, 1970). Em relação ao tempo, o curto prazo diria respeito à efetividade e o longo prazo, ao impacto (Rundall, 1992).

Dentre essas noções, a qualidade, a efetividade, o impacto, a eficiência e a satisfação do usuário são consideradas, por alguns autores, como atributos do cuidado médico. Já a cobertura, o acesso e a equidade são referidas ao “sistema de saúde” (Lane & Kelman, 1975). Freeborn & Greenlick (1973) consideram a efetividade e a eficiência como abordagens para avaliação. Já Doll (1974) considera a eficácia médica, a aceitação social e a eficiência econômica como atributos da efetividade.

No que tange à eficiência, as concordâncias são relativamente maiores, correspondendo essa noção às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos. Donabedian (1990), contudo, distingue a otimização (optimality) da eficiência. A primeira corresponderia ao cuidado efetivo, possível de ser obtido através da relação custo/benefício mais favorável. Já a segunda corresponderia ao máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo.

Ou seja, a noção de otimização do cuidado implica que, atingido um determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos, o que implicaria um ponto de corte baseado na relação custo-benefício, e não no grau máximo de efetividade possível de ser atingido. Considera, ainda, como atributo a ser considerado a legitimidade, que corresponderia ao grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo.

A AVALIAÇÃO E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: LIMITES E PERSPECTIVAS

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Tem-se observado, contudo, algumas modificações neste quadro nas últimas décadas. Além dos estudos de avaliação de serviços (Paim et al., 1978), ou programas (Lessa, 1973) e estudos de utilização de serviços (Carvalho et al., 1988; Tanaka & Rosenburg, 1990), têm surgido trabalhos preocupados com a discussão da qualidade e sua operacionalização (Campos, 1988), com a avaliação de processos de descentralização das ações de saúde (Silva, 1989; Formigli et al., 1992) e da implementação de políticas públicas (Teixeira, 1991), com o impacto de ações de atenção primária (UNICEF/SES-CE/SOCEP/HOPE, 1990), com a avaliação da equidade (Veras, 1991) e da tecnologia (Novaes, 1991),

com a utilização do processo de avaliação como estratégia para a garantia da qualidade dos serviços (Lessa & Pousada, 1988; Pitta, 1992), além de revisões sobre o tema (Sylver, 1992).

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma “sala de situações” para o planejamento (Matus, 1987).

A cobertura e a eficiência, por exemplo, poderiam ser monitoradas a partir de informações já disponíveis, como o número de consultas por tipo de ação de saúde e os custos. O registro sistemático de novas informações como as primeiras consultas por problemas priorizados, bem como os cálculos dos custos dos procedimentos, aperfeiçoariam os indicadores possíveis de serem construídos a partir desses dados. Periodicamente, a avaliação desses atributos pode ser complementada ou, em certos casos, validada por estudos populacionais de utilização e de cobertura.

Há que se destacar a importância da avaliação da efetividade/ impacto das ações sobre o nível de saúde da população. Na impossibilidade de se realizar estudos especiais voltados para a aferição deste atributo, o acompanhamento e estudo das séries temporais de indicadores de morbi-mortalidade podem fornecer padrões indicativos das modificações esperadas.

Também o estudo da qualidade técnico-científica, da equidade, do acesso e da satisfação do usuário requer a incorporação, no processo de planejamento, de desenhos específicos para a avaliação dessas características das práticas de saúde. Esses atributos, em si, possuem um valor que lhes é atribuído socialmente: por exemplo, avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de equidade no acesso, ao mesmo, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde.

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infraestrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado. No caso das doenças mentais e em diversas condições clínicas, as relações interpessoais também podem interferir no próprio desfecho terapêutico. Em decorrência desses fatos é que se torna relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços.

A avaliação de alguns dos atributos acima mencionados, como a cobertura, a qualidade técnico-científica e a satisfação do usuário, pode também fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis. Ou seja, se a cobertura de determinada intervenção como a vacinação contra o sarampo, por exemplo é abrangente, se as ações são desenvolvidas com a qualidade técnico-científica requerida e se existe aderência da população-alvo, a possibilidade de o impacto observado traduzido em redução da incidência ser também significativo é elevada.

Por outro lado, os projetos de reorganização das práticas de saúde (Paim, 1993) necessitam da definição de estratégias para avaliação, sintonizadas com as modificações propostas para um novo modelo assistencial, que ultrapassem a simples aferição do atendimento à demanda espontânea, centrada no cuidado médico individual, quer nos seus aspectos quantitativos, quer naqueles qualitativos.

O enfrentamento desses desafios implica a decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo. Requer, ainda, um esforço coletivo de gestores e pesquisadores da área, esforço este voltado para o equacionamento dos obstáculos anteriormente mencionados. Estes problemas referem-se principalmente à diversidade terminológica discutida, mas também às inadequações e insuficiências metodológicas indicadoras não somente de um incipiente desenvolvimento teórico do campo, como mesmo da ausência de “acordos de grupo” visando uma uniformização conceitual.

A superação dos mesmos pode não se situar exclusivamente no plano do conhecimento, pois, por vezes, conceitos inadequados poderão ser preservados, devido ao fato de se referirem a práticas reais, de “constituírem o real” (Gonçalves, 1990). A identificação dos fenômenos aos quais os conceitos se referem é um passo inicial. Em seguida, as relações entre os fenômenos devem ser buscadas em diferentes contextos, o que poderá indicar o grau e a forma de articulação entre os diversos conceitos, a partir de um referencial teórico definido. Também a confluência e a concordância entre autores devem ser consideradas, visando auxiliar na superação da confusão terminológica, ao invés de contribuir para aumentá-la.

Por fim, a elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades de saúde da população, bem como as possíveis modificações ocorridas no nível de saúde das mesmas, em contextos históricos determinados, constituem-se em requisitos para a afirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, SEÇÃO II – DA SAÚDE

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

PRÊAMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA GRADUAÇÃO

1. Ética e Bioética em Enfermagem: Aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro.	01
2. Fundamentos de Enfermagem: O cuidado humanizado em saúde e em enfermagem. Sinais vitais.	01
3. Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias e cuidados na aplicação, venóclise). Aplicação de calor e frio.	17
4. Cuidados de enfermagem aos clientes portadores de úlceras por pressão e/ou Feridas.	24
5. Cuidados e manuseio de tubos, drenos, sondas e cateteres.	27
6. Metodologia da Assistência de Enfermagem: Sistematização da Assistência em Enfermagem, Processo de Enfermagem.	31
7. Administração em Enfermagem: princípios e elementos de administração, estrutura organizacional, supervisão, avaliação de desempenho, planejamento de recursos humanos e materiais em enfermagem.	33
8. Biossegurança: Prevenção e controle de infecção hospitalar.	39
9. Saúde Coletiva: Vigilância em Saúde, Programa de prevenção, controle e tratamento da hanseníase e tuberculose.	41
10. Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	60
11. Programa Nacional de DST/AIDS.	61
12. Calendário de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.	69
13. Saúde do adulto e do idoso: Cuidados de enfermagem nas situações clínicas e agravos aos indivíduos e famílias.	72

ÉTICA E BIOÉTICA EM ENFERMAGEM: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Prezado Candidato, o tópico acima supracitado foi abordado na matéria de “Conhecimentos Gerais em Saúde”, não deixe de conferir. Bons estudos!

FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM: O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM. SINAIS VITAIS

Fundamentos de Enfermagem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atendendo o paciente no hospital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sistema de informação em saúde

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

No hospital, a disponibilidade de uma rede integrada de informações através de um sistema informatizado é muito útil porque agiliza o atendimento, tornando mais rápido o processo de admissão e alta de pacientes, a marcação de consultas e exames, o processamento da prescrição médica e de enfermagem e muitas outras ações frequentemente realizadas. Também influencia favoravelmente na área gerencial, disponibilizando em curto espaço de tempo informações atualizadas de diversas naturezas que subsidiam as ações administrativas, como recursos humanos existentes e suas características, dados relacionados a recursos financeiros e orçamentários, recursos materiais (consumo, estoque, reposição, manutenção de equipamentos e fornecedores), produção (número de atendimentos e procedimentos realizados) e aqueles relativos à taxa de nascimentos, óbitos, infecção hospitalar, média de permanência, etc.

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

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

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

Sistema de informação em enfermagem

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

Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

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

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

- A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação. Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente;

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

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

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

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

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

- indicar o horário de cada anotação realizada;

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

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

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

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

- distinguir na anotação a pessoa que transmite a informação; assim, quando é o paciente que informa, utiliza-se o verbo na terceira pessoa do singular: Informa que, Refere que, Queixa-se de, já quando a informação é fornecida por um acompanhante ou membro da equipe, registrar, por exemplo: A mãe refere que a criança ou Segundo a nutricionista

- atentar para a utilização da sequência céfalo-caudal quando houver descrições dos aspectos físicos do paciente. Por exemplo: o paciente apresenta mancha avermelhada na face, MMSS e MMII;

- organizar a anotação de maneira a reproduzir a ordem em que os fatos se sucedem. Utilizar a expressão, entrada tardia. Ou em tempo, para acrescentar informações que porventura tenham sido anteriormente omitidas;

- utilizar a terminologia técnica adequada, evitando abreviaturas, exceto as padronizadas institucionalmente. Por exemplo: Apresenta dor de cabeça cont..... por, Apresenta cefaléia contínua;

- evitar anotações e uso de termos gerais como, segue em observação de enfermagem, ou, sem queixas, que não fornecem nenhuma informação relevante e não são indicativos de assistência prestada;

- realizar os registros com frequência, pois se decorridas várias horas nenhuma anotação foi feita pode-se supor que o paciente ficou abandonado e que nenhuma assistência lhe foi prestada;

- registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como aquelas relativas à prevenção de complicações, por exemplo: Contido por apresentar agitação psicomotora;

- assinar a anotação e apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem (em cumprimento ao art. 76, Cap. VI do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

Assistência de enfermagem aos pacientes graves e agonizantes e preparo do corpo pós morte

O paciente pode passar por cinco estágios psicológicos em preparação para morte. Apesar de serem percebidos de forma diferente em cada paciente, e não necessariamente na ordem mostrada o entendimento de tais sentimentos pode ajudar a satisfação dos pacientes. As etapas do ato de morrer são:

Negação: quando o paciente toma conhecimento pela primeira vez de sua doença terminal, pode ocorrer uma recusa em aceitar o diagnóstico.

Ira: uma vez que o paciente parando de negar a morte, é possível que apresente um profundo ressentimento em relação aos que continuarão vivos após a morte, ao pessoal do hospital, a sua própria família etc.

Barganha: apesar de haver uma aceitação da morte por parte do paciente, pode haver uma tentativa de negociação de mais tempo de vida junto a Deus ou com o seu destino.

Depressão: é possível que o paciente se afaste dos amigos, da família, dos profissionais de saúde. É possível que venha sofrer de inapetência, aumento da fadiga e falta de cuidados pessoais.

Aceitação: Nessa fase, o paciente aceita a inevitabilidade e a iminência de sua morte. É possível que deseje simplesmente o acompanhamento de um membro da família ou um amigo

Semiologia e Semiotécnica aplicadas em Enfermagem

A **Semiologia da enfermagem** pode ser chamada também de propedêutica, que é o estudo dos sinais e sintomas das doenças humanas. A palavra vem do grego semeion = sinal + lógos = tratado, estudo). A semiologia é muito importante para o diagnóstico e posteriormente a prescrição de patologias.

A **semiologia**, base da prática clínica requer não apenas habilidades, mas também ações rápidas e precisas. A preparação para o exame físico, a seleção de instrumentos apropriados, a realização das avaliações, o registro de achados e a tomada de decisões tem papel fundamental em todo o processo de assistência ao cliente.

A equipe de **enfermagem** deve utilizar todas as informações disponíveis para identificar as necessidades especiais em um conjunto variado de clientes portadores de diversas patologias.

A **semiologia geral da enfermagem** busca ensinar aos alunos as técnicas (semiotécnicas) gerais que compõem o exame físico. O exame físico, por sua vez, compõe-se de partes que incluem a anamnese ou entrevista clínica, o exame físico geral e o exame físico especializado.

O exame físico é a parte mais importante na obtenção do diagnóstico. Alguns autores estimaram que 70 a 80 % do diagnóstico se baseiam no exame clínico bem realizado.

Cumprir todas essas etapas com resolutividade, mantendo o foco nas necessidades do cliente é realmente um desafio. Esses fatores, a complexidade que cerca a semiologia e muitas decisões que precisam ser tomadas torna necessário que o enfermeiro tenha domínio de diversas informações.

Semiotécnica é um campo de estudo onde estão inseridas as mais diversas técnicas realizadas pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Procedimentos como: realização de curativos, sondagens vesical e gástrica, preparo dos mais diversos tipos de cama, aspiração entre outras. A fundamentação científica na aplicação de cada técnica é muito importante, inclusive para noções de controle de infecções.

Sistematização da Assistência em Enfermagem

Em todas as instituições de saúde é crucial ter o controle e entender o fluxo de trabalho das equipes. Um exemplo prático é a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Ela organiza o trabalho quanto à metodologia, à equipe e os instrumentos utilizados, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Esse processo é organizado em cinco etapas relacionadas, interdependentes e recorrentes. Seu objetivo é garantir que o acompanhamento dos pacientes seja prestado de forma coesa e precisa. Com a utilização desta metodologia, consegue-se analisar as informações obtidas, definir padrões e resultados decorrentes das condutas definidas. Lembrando que, todos esses dados deverão ser devidamente registrados no Prontuário do Paciente.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002, prontuário é o “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Ele poderá ser em papel ou digital. Contudo, a metodologia em papel não garante uma uniformidade nas informações e permite possíveis quebras de condutas, além de ser oneroso na questão do seu armazenamento, bem como na questão da sustentabilidade.

Devido à uma necessidade cada vez maior de atenção com a Segurança do Paciente há uma necessidade crescente das Instituições de saúde buscarem sistemas de gestão informatizado que trazem o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em sua composição. Essas ferramentas digitais permitem:

- ampliar o acesso às informações dos pacientes de forma ágil e atualizada, com conteúdo legível;
- criar aletras sobre interações medicamentosas, alergia e inconsistências;
- estabelecer padrões para conclusões diagnósticas e planos terapêuticos;
- realizar análises gerenciais de resultados, indicadores de gestão e assistenciais.

Para entender melhor esse processo explicamos abaixo como funciona a metodologia.

As cinco etapas do processo de Enfermagem dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem:

1. Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem

O primeiro passo para o atendimento de um paciente é a busca por informações básicas que irão definir os cuidados da equipe de enfermagem. É uma etapa de um processo deliberado, sistemático e contínuo na qual haverá a coleta de dados que serão passados pelo próprio paciente ou pela família ou outras pessoas envolvidas. Essas informações trarão maior precisão de dados ao Processo de Enfermagem dentro da abordagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Por isso, serão abordadas: alergias, histórico de doenças e até mesmo questões psicossociais, como, por exemplo, a religião, que pode alterar de forma contundente os cuidados prestados ao paciente. Este processo pode ser otimizado com a utilização de PEP, com formulários específicos que direcionam o questionamento da enfermeira e o registro online dos dados, que podem ser acessados por todos da Instituição, até mesmo de forma remota. Assim, é possível realizar as intervenções necessárias para prestação dos cuidados ao paciente, com maior segurança e agilidade.

2. Diagnóstico de Enfermagem

Nesta etapa, se dá o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados, conduzindo a tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem que mais irão representar as ações e intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Para isso, utilizam-se bibliografias específicas que possuem a taxonomia adequada, definições e causas prováveis dos problemas levantados no histórico de enfermagem. Com isso, se faz a elaboração de um plano assistencial adequado e único para cada pessoa. Tudo que for definido deve ser registrado no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), revisitado e atualizado sempre que necessário.

3. Planejamento de Enfermagem

De acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, a ideia é que os enfermeiros possam atuar para prevenir, controlar ou resolver os problemas de saúde.

É aqui que se determinam os resultados esperados e quais ações serão necessárias. Isso será realizado a partir nos dados coletados e diagnósticos de enfermagem com base dos momentos de saúde do paciente e suas intervenções. São informações que, igualmente, devem ser registradas no PEP, incluindo as prescrições checadas e o registro das ações que foram executadas.

4. Implementação

A partir das informações obtidas e focadas na abordagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a equipe realizará as ações ou intervenções determinadas na etapa do Planejamento de Enfermagem. São atividades que podem ir desde uma administração de medicação até auxiliar ou realizar cuidados específicos, como os de higiene pessoal do paciente, ou mensurar sinais vitais específicos e acrescentá-los no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – NÚCLEO SAÚDE DA FAMÍLIA – ENFERMAGEM

1.	O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB); Fatos que precederam a Reforma Sanitária Brasileira	01
2.	A constituição de 1988	02
3.	Modelos de proteção social	02
4.	Atenção Primária à Saúde (APS): conceitos, princípios e organização no Brasil e no mundo. Aspectos sócio-históricos da Atenção Primária à Saúde - APS; Alma Ata e a história da APS; Concepções da APS	07
5.	Estratégia da Saúde da Família	12
6.	Sistema Único de Saúde; 30 anos do SUS; Princípios e Diretrizes do SUS	15
7.	Redes de Atenção à Saúde e o papel da APS	15
8.	Leis 8.080 e 8.142	17
9.	A família e o Sistema de Saúde	17
10.	Território, cidadania e saúde: aspectos conceituais; As dimensões do território: a Família enquanto objeto de intervenção.	27
11.	Interdisciplinaridade no cuidado e a família.	32
12.	Planejamento e Programação Local em Saúde	33
13.	Principais Sistemas de Informação em Saúde	45
14.	Organização, funcionamento e avaliação de unidade de saúde da família	50
15.	Gestão das Unidades de Saúde da Família	50
16.	Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação no Brasil, organização, normatizações, princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.	55
17.	Núcleos de Apoio à Saúde da Família: organização, funcionamento e regulamentação	59
18.	Território e Determinantes Sociais da Saúde	62
19.	Epidemiologia e as Ferramentas Analisadoras da Situação de Saúde	62
20.	Políticas Públicas	67
21.	Direito à Saúde e Participação Social	74
22.	Processo de Trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS)	76
23.	Modelos Tecnoassistenciais e Organização das Práticas de Saúde na APS; Modelo Sanitarista/Campanhista; Modelo da Prevenção; Modelo da Promoção à Saúde; Ações Programáticas; Modelo Biomédico; Modelo de Vigilância à Saúde	77
24.	Rede de Atenção à Saúde.	89
25.	Integralidade e Linha do Cuidado	89
26.	Intersetorialidade	91
27.	Educação Permanente em Saúde (EPS)	97
28.	Biótica	101
29.	Ferramentas do Apoio Matricial	101
30.	Gestão do Cuidado e Clínica Ampliada	102
31.	Trabalho em Equipe e Projeto Terapêutico Singular	103
32.	Itinerários Terapêuticos	103
33.	Regulação Assistencial e Integralidade de Atenção	109
34.	Institucionalização da avaliação em saúde	110
35.	Instrumentos de avaliação na APS.	113
36.	Vigilância à Saúde e APS no território da ESF.	114
37.	Trabalho em equipe no controle de riscos, agravos e danos à saúde	118
38.	Aspecto Epidemiológico da mortalidade materna; Planejamento familiar; Saúde Reprodutiva e Sexualidade; Violência à mulher no contexto Social; Prevenção do câncer cervicouterino e de mama; Transmissão vertical das DST/AIDS; Assistência Pré-natal.	134
39.	Políticas e Programas de Saúde da Criança; Vigilância em saúde da criança e seus determinantes; perfil epidemiológico da população infantil do Brasil; Promoção da Saúde Mental da criança	163
40.	Conhecimentos gerais em saúde mental: Política Nacional de Saúde Mental (lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e alterações posteriores); Reforma Psiquiátrica histórico e princípios; Política de Redução de Danos (Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 200: 5); Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011)	182
41.	Políticas e Programas de Saúde da Mulher.	194
42.	Políticas e Programas de Saúde do idoso	194
43.	Políticas de Saúde voltadas para populações vulneráveis.	204
44.	Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas.	205
45.	O processo saúde - doença e o envelhecimento; Morbidades mais comuns no envelhecimento. Resolutividade dos problemas de saúde no envelhecimento	209
46.	A atenção primária e a saúde do trabalhador	209

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (RSB); FATOS QUE PRECEDERAM A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde pública (DGSP), implementaram um modelo sanitário visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o **sistema de saúde**. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos

No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional. Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se **Sistema Único de Saúde (SUS)** além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária.

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país

definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o planejamento do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instituídas para nortear a operacionalização do sistema, sendo a mais importante a NOB\SUS 01-96, pois a partir dela o município tornou-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente.

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos.

A NOAS – SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização\regionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção.

E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. **As cinco prioridades estabelecidas foram:** Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem. O Pacto em

Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma imponente do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização.

Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico.

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>

A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de Conhecimentos Gerais em Saúde

MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

O elevado custo dos sistemas de seguridade social tem figurado como o principal obstáculo a inviabilizar a implementação de ações reputadas prioritárias, sobretudo em face do constante desequilíbrio das contas, consistindo num dos principais fatores a ameaçar a manutenção de um sistema securitário, afigurando-se imprescindível um rigoroso controle tanto dos recursos disponíveis quanto dos gastos a serem efetuados com os encargos securitários.

Assume, pois, a equação das contas, o posto de maior relevância dentre as muitas prioridades de um sistema securitário, dependendo seu sucesso de um cuidadoso manejo dos valores arrecadados e de uma boa administração contábil-financeira das possíveis reservas acumuladas, estabelecendo-se um parâmetro de previsibilidade operado de acordo com os dados atuariais considerados num determinado período.

Pois bem, os sistemas securitários foram concebidos inicialmente sob “modelo bismarckiano”, este caracterizado pela contribuição individual como critério para a concessão das prestações

securitárias, especialmente em relação aos benefícios, de modo que aqueles não puderam contribuir com o sistema previdenciário ficam sem receber o benefício da aposentadoria.

Depois viria o “modelo beveridgiano”, caracterizando-se pela cobertura universal, como a concessão de prestações básicas sem a exigência de contribuição individual, dando-se o seu financiamento mediante tributos gerais. Nesse modelo, a aferição do direito de proteção social se dá pelas mesmas características definidoras da cidadania, ou seja, o simples fato de uma pessoa ter nascido ou possuir a cidadania daquele país já lhe dá o direito da proteção social.

Esses dois modelos inspiraram variações. Surgiram assim diversos outros no cenário mundial, destacando-se os modelos “social-democrata” e o “liberal”. Em linhas gerais, hoje se fala em duas espécies básicas de modelos securitários: os contributivos, formulados com base nas ideias bismarckianas, e os não contributivos, que fundamentam no Plano Beveridge. Outros modelos existentes são espécies mistas, normalmente conjugando elementos de um de outro.

Nos modelos contributivos os ônus do sistema ficam a cargo dos segurados, mediante o estabelecimento de tributação específica, normalmente contribuições sociais, cujos valores arrecadados verterão exclusivamente para os fins securitários. Reflete, portanto, opções políticas de minimização da participação do Estado em matéria securitária, com a individualização dos diversos riscos sociais. Logo, a proteção social neste modelo está associada ao tributo social recolhido individualmente pelo segurado, e não à cidadania, sendo a inclusão securitária implementa, em regra, mediante um sistema de capitalização. É exemplo de modelo contributivo, o modelo “liberal” ou residual, preferido pelos países anglo-saxões, adotado por alguns países da América Latina, com destaque o Chile que o implantou em 1981.

Já os modelos não contributivos caracterizam-se pela universalização da proteção securitária, com cobertura ampla, alcançando os mais diversos riscos sociais, cujo maior fundamento para a elevada proteção social é a cidadania, portanto, sendo os riscos sociais em geral incumbência do Estado. Em suma, este modelo remete ao Estado os encargos da mais ampla proteção social. A principal referência é o modelo social-democrata, adotado pelos países nórdicos, dentre os quais a Dinamarca e a Holanda.

A rigor não existe um modelo não contributivo, porquanto todos necessitam de uma fonte de custeio das prestações securitárias a serem concedidas. Quando se diz “não contributivo”, ou gratuito, quer se dizer que não há uma tributação específica para o sistema securitário, suportada pelo segurado individualizado, sendo custeado por recursos oriundos dos tributos convencionais.

Antes de prosseguirmos, é preciso esclarecer que a referência a “sistema securitário” engloba todo o conjunto de proteção social, e não somente à Previdência Social, como parece ser, apesar de alguns aspectos atinentes ao estudo dos regimes de financiamento e dos regimes de concessão de benefícios se concentrarem mais no ambiente previdenciário. No caso do Brasil, esse conjunto de proteção social é traduzido pelo sistema de seguridade social, na forma do art. 194 da Constituição Federal de 1988, englobando, portanto, tanto as ações de Previdência Social quanto de Saúde e de Assistência Social. Portanto, quando falarmos em “modelos securitários”, em “regimes de financiamento” e em “regimes de concessão de prestações” estaremos nos referindo a todo o sistema securitário, e não apenas à Previdência Social.

A COMPOSIÇÃO DE UM MODELO SECURITÁRIO

A expressão “modelo securitário” deve ser entendida como a reunião coordenada e lógica de elementos, princípios e regras contáveis e atuariais, que se traduzem em modelo de política social, adotados para orientar as ações a serem implementadas pelo sistema securitário, seja no tocante ao aspecto financeiro como também no tocante aspecto prestacional.

Efetivamente, qualquer modelo securitário a ser adotado, mesmo em se tratando de um modelo não contributivo, é necessariamente composto de elementos que orientam o seu financiamento e elementos que orientam a concessão das suas prestações, sejam benefícios ou serviços, operando esses elementos de forma coordenada, de modo a alcançar seus objetivos.

Em suma, um modelo securitário é definido em função do regime de financiamento adotado, que consiste no conjunto de princípios e regras relativas ao custeio; e do regime de concessão das respectivas prestações securitárias, que é quem vai ditar as fórmulas e as regras a serem observadas no tocante à concessão das prestações.

A escolha de um modelo securitário a ser adotado por um determinado Estado dá em face da análise de diversos elementos típicos, tais como o estágio de desenvolvimento e necessidades econômicas de seu povo, as suas tradições culturais e filosofias sociais, bem como os objetivos almejados pelo sistema securitário.

O EQUILÍBRIO FINANCEIRO E ATUARIAL

O principal ingrediente de um modelo securitário, especialmente em se tratando de um modelo contributivo, é a sua organização financeira, mediante a observância de princípios e critérios capazes de preservar o equilíbrio financeiro e atuarial, ganhando extrema relevância quando se fala em Previdência Social, eis que esta é mais afeita à concessão de prestações de caráter pecuniário e vitalícias, a exemplo das aposentadorias.

Na verdade, estamos a falar dos meios que proporcionarão o sucesso do sistema, garantindo os fins almejados: o controle dos recursos e da concessão das prestações, estabelecendo-se um equilíbrio entre ambos.

Por equilíbrio financeiro deve ser entendida a justa relação entre os valores arrecadados e os valores despendidos com os custos securitários, consistindo no equilíbrio da equação previdenciária, ou seja, a igualdade absoluta ou aproximada nas contas da Previdência Social, considerados os valores arrecadados e os valores gastos a título de pagamento de prestações previdenciárias, de modo que resulte em zero ou próximo disso.

Para o alcance de tal objetivo deve-se cuidar especialmente da questão de evasão de receitas, com a criação de instrumentos legais e a implementação de maior rigor na fiscalização. Há também que haver uma constante preocupação com os gastos, pela estrita observância dos critérios de concessão de benefícios, enfatizando a reabilitação profissional e programas de parcerias com a iniciativa privada, buscando-se a manutenção do quadro atual de contribuintes e a conquista de novos contribuintes.

Por outro lado, o equilíbrio atuarial é a relação entre os riscos protegidos e os recursos disponíveis sob as perspectivas do presente e do futuro, tudo associado à previsibilidade do sistema.

Esse equilíbrio está estreitamente relacionado com a Atuária, ciência do seguro, que cuida das previsibilidades do sistema securitário, investigando a sua viabilidade sob diversos aspectos, levando em conta os riscos protegidos e os recursos disponíveis sob as expectativas do presente e do futuro, estabelecendo projeções em relação ao envelhecimento da população, expectativa de vida e índice de natalidade e informando as possíveis variações no tocante ao número de contribuições e beneficiários para que o sistema tome as devidas precauções estabelecendo medidas resolutivas.

Em suma, o equilíbrio atuarial busca estabelecer uma constante na equação previdenciária, sob o ponto de vista estatístico, protegendo o sistema contra possíveis desajustes futuros em face da modificação do perfil dos contribuintes, dos segurados e beneficiários, como por exemplo, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população etc. O desequilíbrio atuarial implicaria no inevitável desequilíbrio financeiro.

No caso do sistema securitário brasileiro, é seguida a regra do art. 201 da Constituição Federal, com a nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/1998, cujo teor dispõe que “a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial...”

REGIMES DE FINANCIAMENTO

Acompanhando as lições de Alfredo J. Ruprecht (1996, p. 108), podemos dizer que são conjuntos de regras, técnicas e medidas administrativas das quais se valerá o órgão gestor ao aplicar mecanismos atuariais e contáveis a fim de assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do sistema securitário, sempre tomando como base dados demográficos, econômicos e sociais. Em outras palavras, é o modo pelo qual, segundo técnicas específicas, busca-se o equilíbrio financeiro entre os recursos disponíveis e os encargos securitários.

Alguns autores também utilizam a expressão “sistemas de financiamento” para denominar esse conjunto de regras e medidas, a exemplo de Miguel Horvath Júnior (2002, p. 231), para quem, citando a OIT (Organização Internacional do Trabalho), “é de fundamental importância a definição do sistema de financiamento já que a segurança do sistema dele depende”

É pelo regime ou sistema de financiamento adotado que se pode visualizar quantos e quais serão as prestações a serem concedidas, as pessoas que serão alcançadas, a possibilidade de criação de novos benefícios ou de novas contribuições etc. Tudo isso, com base em estudos e levantamentos periódicos sobre os fatores que envolvem todo o sistema securitário, tais como idade da população economicamente ativa e inativa, as necessidades básicas dos segurados, índices de natalidade e mortalidade, aumento ou diminuição de receita etc.

Assim, um sistema securitário jamais poderá ignorar ou desprezar dados oriundos das ciências afins. Exemplo disso é a observância da expectativa de vida dos segurados, fator determinante da sobrevivência, ou seja, o período que se inicia com a concessão da aposentadoria. Se esse fator não é levado a efeito, não subsistirá o sistema, pois poderá ocorrer do indivíduo passar mais tempo na qualidade de beneficiário do que como contribuinte. Enfim, a escolha de um regime financeiro pelo qual se regerá o sistema securitário é de extrema importância.

Zambite (2007, p. 34) discorre sobre os dois regimes básicos de financiamento que se contrapõem: regime de capitalização e regime de repartição simples. Esses dois regimes fundamentais, de acordo com a combinação de seus elementos, admitem inúmeras variações, dando origem a outros regimes.

Há quem classifique os dois regimes básicos citados em sub-regimes, a exemplo de Társis Nametala (2006, p. 23-27), como também há quem utilize terminologia distinta, porém, falando dos mesmos institutos.

O REGIME DE CAPITALIZAÇÃO

Funda-se na ideia de poupança, guardando certa similitude com o FGTS, eis que as contribuições são acumuladas em fundos de pensões ou em contas específicas e aplicados nos mercados financeiros e noutros ativos, ao longo da vida ativa do segurado, sendo o capital gerado utilizado para custear as prestações previdenciárias. Ao passar para a inatividade o segurado terá de volta o que contribuiu acrescido dos rendimentos do capital, tudo mediante regras estabelecidas pelo mercado financeiro.

A ideia fundamental do regime de capitalização é a formação de reservas de capital que garantirão as prestações devidas aos segurados futuramente, cujos valores variarão de acordo com os rendimentos obtidos com os investimentos feitos pelos administradores do fundo, sendo mais comumente adotado pelos regimes privados de previdência social, como é o caso do regime privado brasileiro, não se falando em solidariedade, ou um “pacto intergeracional”, eis que cada geração suporta seus próprios riscos.

Alguns teóricos apontam como principal vantagem desse regime a garantia de concessão de benefícios na justa medida das contribuições devidamente corrigidas pelos investimentos. Como desvantagem apresenta-se a vulnerabilidade aos riscos do mercado financeiro.

Oito países adotaram o regime de capitalização: Chile (1981), Peru (1993), Argentina (1994), Colômbia (1994), Uruguai (1995), México (1997), Bolívia (1997) e El Salvador (1998). Esses países, ao implantar tal regime, seguiram orientação do Banco Mundial, braço financeiro do FMI, dando ênfase às ideias liberais de privatização.

O regime de capitalização admite variações:

a) Regime de capitalização integral individual, no qual é considerada a individualidade de cada um, sendo as contribuições creditadas em conta individual do segurado.

b) Regime de Capitalização integral coletiva, no qual a peculiaridade diz respeito à formação dos recursos considerada uma determinada geração de contribuintes que também será beneficiada. Noutras palavras, o conjunto das contribuições formará recursos para favorecer a uma dada coletividade segura.

O REGIME DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Este regime flui do princípio da solidariedade, daí também ser chamado por alguns de regime da solidariedade. Os contribuintes do presente é que irão custear as prestações dos beneficiários atuais, tratando-se de uma espécie de pacto social entre gerações, em que os ativos financiam os inativos, de modo que todas as contribuições recolhidas formarão recursos a serem utilizados para o pagamento dos benefícios daquele ano, não existindo acumulação de reservas que possam ser utilizadas no futuro.

A esta sistemática pactual dá-se o nome de “solidariedade intra e intergeracional”, segundo o qual, a geração hoje em atividade é quem contribui para financiar os gastos previdenciários da geração que já está se encontra na inatividade, e que por sua vez já contribuiu para a geração anterior, e assim sucessivamente.

Quando os contribuintes do presente se tornarem inativos, seus benefícios serão custeados pelas contribuições das futuras gerações de segurados, tornando-se imprescindível a manutenção do

equilíbrio entre o número de contribuintes e o número de beneficiários. Adotam este regime como regra, acrescentando-lhe alguma especificidades, o Brasil, os Estados Unidos da América, a França, a Alemanha e a Espanha.

Como esse regime é financiado por descontos nas rendas dos ativos do mesmo período, três fatores ameaçam o seu funcionamento: a evolução da estrutura demográfica, a crise do emprego e a concorrência dos fundos de pensão. A ampliação da expectativa de sobrevida é um dos fatores que muito influenciam a evolução da estrutura demográfica, pois provoca uma nítida elevação na proporção do número de idosos em relação aos ativos.

A repartição simples, ou regime de solidariedade, admite algumas variações, merecendo destaque o regime de repartição profissional, o regime de repartição social e o regime de repartição híbrido.

a) O regime de repartição profissional

É caracterizado pelo recolhimento de parcelas dos salários dos segurados em atividade, a título de contribuição para o sistema, com o fim de custear seus futuros benefícios sem, contudo, descaracterizar-se a ideia de solidariedade intra e intergeracional, elemento fundamento no regime de repartição simples. É como funciona na França e também no Brasil, quando tomamos como referência apenas os benefícios previdenciários de caráter previsível, tal como a aposentadoria por idade e a aposentadoria por tempo de contribuição, exceto a aposentadoria por tempo de contribuição, para a qual a utilizada o fator previdenciário, descaracterizando a exclusividade da repartição profissional.

b) O regime de repartição social

As prestações securitárias são suportadas por toda a sociedade, mediante fontes diversas de custeio, destacando-se os recursos oriundos dos tributos convencionais. Funda-se na ideia de responsabilidade coletiva em favor do indivíduo, com inspiração no “modelo Beveridgiano”, sendo adotado pelos países nórdicos, como elemento que compõe o modelo social-democrata. O sistema securitário brasileiro segue esse método apenas em relação à Saúde e a Assistência Social e os benefícios não programados, tais como o auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

c) O regime de repartição híbrido ou misto

Este, por sua vez, conjuga características do regime profissional e do regime social, dando origem a um terceiro gênero. No regime híbrido, tanto a sociedade, mediante os tributos genéricos, quanto o segurado, mediante contribuição específica, participam do financiamento do sistema securitário. Observa-se neste regime características tanto do modelo bismarckiano quanto do modelo Beveridgiano, com as devidas adaptações e peculiaridades de cada Estado que o adota.

No Brasil, este regime é adotado como regra básica de financiamento, quando pensamos todo o sistema de seguridade social, incluindo-se, portanto, a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social, conforme veremos mais adiante.

REGIME COMPLEXO OU MISTO

Resulta da combinação de elementos dos sistemas de repartição simples e do regime de capitalização.

Neste regime estabelece-se um teto para o cálculo das contribuições, que também limita o valor máximo do benefício, organizado de acordo com as regras de um sistema de repartição simples, em que os ativos contribuem para os inativos se beneficiarem.

Para os trabalhadores que auferirem rendimentos além do limite estabelecido no teto, haverá uma previdência complementar obrigatória, estruturada num sistema de capitalização, ou seja, baseado numa espécie de poupança individual.

Em suma, acrescenta-se ao teto do sistema de repartição simples uma espécie de previdência complementar obrigatória, sob a forma de capitalização, para aqueles contribuintes com rendimentos superiores ao valor do teto. Englobaria, então, duas espécies de regimes previdenciários: uma obrigatória para todos os que auferirem renda, até um teto estabelecido; e a outra, também obrigatória, mas somente para aqueles que auferirem renda acima do teto. Estes últimos participariam obrigatoriamente dos dois regimes previdenciários.

Adotam-no, por exemplo, a Argentina e o Uruguai.

REGIME DE REPARTIÇÃO EM CONTAS NOTORIAS OU CAPITALIZAÇÃO VIRTUAL.

É também conhecido como regime de capitalização virtual escritural. Trata-se de mais uma combinação entre o regime de capitalização e o regime de repartição, resultando uma nova espécie na qual os trabalhadores em atividade custeiam os benefícios dos inativos, como igualmente ocorre no regime de repartição simples ou solidariedade. No entanto, como no sistema de capitalização, os benefícios serão calculados com base nas contribuições efetivamente recolhidas.

Este regime conjuga a solidariedade pura da repartição simples com o caráter individual do regime de capitalização, expressando a grande importância da observância de dados atuariais. O segurado ativo contribui para o inativo se beneficiar, mas o benefício deste será calculado com base nas suas contribuições efetivamente recolhidas, considerando-se também a idade do segurado, estimando-se o tempo pelo qual ele irá receber o benefício. Em suma, no cálculo do benefício será levado a efeito, os valores contribuídos, o tempo de contribuição, a idade etc.

A Suécia foi o país pioneiro na ideia de “contas nocionais”, mantendo o financiamento pelo sistema de repartição, ou seja, mediante a solidariedade intergeracional, mas tratando as contribuições dos segurados como se fossem recolhidas em contas individuais, tal como ocorre no modelo puro de capitalização, constituindo estas a base para o cálculo do benefício.

A lógica desse método de financiamento é essencialmente de repartição, mas ele introduz o que vem sendo denominado na literatura especializada de contas virtuais ou nocionais, que são usadas para calcular benefícios de acordo com o montante das contribuições capitalizadas durante a vida laboral, devidamente corrigidas, assim como outras variáveis demográficas. Foi implementado em diversos países, incluindo Itália, França, China e Brasil, com as necessárias adaptações às peculiaridades de cada um.

Está sendo cada vez mais preferido em face da sua conjugação com a sistemática do regime de repartição simples sem descaracterizar este. No Brasil foi adotado parcialmente, apenas relação à aposentadoria por tempo de contribuição, cuja renda mensal do benefício é calculada mediante a obrigatória a utilização do fator previdenciário, que conjuga valores atuariais como idade, tempo de contribuição, valores recolhidos, sobrevida etc.

REGIMES DE CONCESSÃO DE PRESTAÇÕES SECURITÁRIAS

Enquanto os regimes financeiros cuidam do gerenciamento dos recursos, relacionando-se mais estreitamente com as questões de arrecadação, paralelamente temos os regimes de concessão de

prestações, definidos como conjuntos de princípios, regras, técnicas e de medidas administrativas voltados especificamente para a definição dos critérios de concessão das prestações securitárias.

Aqui a análise é volta não propriamente para a arrecadação, mas para a destinação a lhe ser dada, mediante a concessão das prestações.

Tradicionalmente são classificados em dois os sistemas ou regimes que disciplinam a concessão de benefícios: o sistema de contribuição definida e o sistema de benefício definido.

Um desses métodos ou regimes de concessão de prestação, quando combinado a um regime qualquer de financiamento, vai indicar o modelo securitário adotado num determinado país.

Não uma vinculação direta de combinação entre um dado regime de financiamento e um regime de concessão de prestação, mas verifica-se uma atração entre natural entre o regime de capitalização (financiamento) e o regime de contribuição definida (concessão de prestação), como também entre o regime de repartição simples (financiamento) e o regime de benefícios definidos (concessão de prestação), evidentemente também se incluindo nesse contexto as variações de cada um deles.

REGIME DE BENEFÍCIO DEFINIDO

Neste, calcula-se o benefício com base na renda sobre a qual é efetuada a contribuição, de modo que já se tem ideia de um valor aproximado a ser pago a título de benefício, pois já há uma definição preestabelecida dos critérios a serem observados nos realizações dos cálculos.

Não se procede à individualização pura e simples das contribuições. O que existe é uma projeção baseada em dados atuariais e financeiros de uma forma genérica, ou seja, aplicada para todos os segurados. Se porventura ocorrer uma imprevisibilidade que venha a reduzir ou eliminar a capacidade de trabalho do segurado, este estará garantido, com base no princípio da solidariedade, pedra-base deste regime. Assim, as contribuições de uns serão utilizadas para complementar os benefícios de outros menos venturosos, que tenham sofrido riscos imprevisíveis como acidente ou doença.

O regime de benefício definido, que é método de concessão de benefício, tem uma natural atração pelo sistema financeiro de repartição simples, haja vista a solidariedade dos contribuintes atuais em relação aos contribuintes do passado (beneficiários), elemento fundamental em ambos, fenômeno este expressado pelo “princípio da solidariedade entre e intergeracional”. O sistema securitário brasileiro caminha por essas trilhas, com algumas adaptações peculiares. A lei preestabelece a sistemática de financiamento combinada com a metodologia de cálculo dos benefícios.

O MODELO SECURITÁRIO BRASILEIRO

No Brasil, desde o marco inicial do sistema securitário, outrora chamado apenas de “sistema previdenciário”, atribuído à Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo nº 4.682, de 21/01/1923), e até mesmo antes disso, predominaram características dos ideais e métodos do modelo bismarckiano, porém, com a adição de características próprias do modelo que posteriormente constaria do Plano Beveridge, ou seja, como regra, exigia-se a contribuição do segurado para a correspondente concessão do benefício, mas também havia situações de concessão de benefício sem uma correspondente contribuição.