OP-071JN-21
CÓD: 7891182042581

SESAB-BA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Residência Multiprofissional em Saúde – Núcleo Terapia Intensiva – Enfermagem

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

ÍNDICE

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 Melittus. 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

ÍNDICE

Conhecimentos Específicos
Residência Multiprofissional em Saúde
Núcleo Terapia Intensiva – Enfermagem

1. Parada cardiorrespiratória (PCR) e as manobras de reanimação cardiopulmonar – suporte básico de vida préhospitalar e hospitalar; Monitorização hemodinâmica não invasiva. Monitorização hemodinâmica não invasiva: indicações, instalação, complicações relacionadas aos sistemas de Swan-ganz, PAM, PIC, PIA; Monitorização metabólica: diurese e balanço hídrico; Farmacologia aplicada ao paciente crítico: drogas vasoativas, antiarrítmicas, anticonvulsivantes, antiplaquetárias, anticoagulantes, analgésicos, antibióticos; Uso de hemocomponentes e soluções em UTI; Fisiologia cardiocirculatória e interpretação do ECG; Hemogasometria; Ventilação mecânica: modos ventilatórios, tipos de suporte ventilatório e desmame ventilatório; Insuficiência renal aguda. Métodos dialíticos em terapia intensiva; Doenças cerebrovasculares: acidente vascular cerebral isquêmicos e hemorrágicos.Hipertensão intracraniana. Culdados com DVE. Problemas associados à lesão neurológica: alterações das funções motora, sensitiva, cognitiva, perceptiva, de comunicação e comportamento. Problemas secundários à lesão; Síndromes coronarianas agudas (Angina instável, IAM SSSTe IAM CSST), Arritmias, Insuficiência cardíaca aguda. Choque cardiogênico. Uso do balão intra-aórtico. Cardioversão elétrica. Estimulação cardíaca artificial - marcapasso temporário; Abordagem pré-hospitalar e intra-hospitalar ao politraumatizado: lesões maxilo-faciais, torácica, abdominal, pélvica, geniturinária e de extremidades. O indivíduo com trauma crânio-encefálico e raquimedular em unidade de terapia intensiva. Avaliação neurológica do indivíduo inconsciente; Escala de Glasgow, monitorização da PIC e tratamento da hipertensão intra-craniana. Problemas secundários à lesão; Cirurgias ortotraumatológicas. Imobilização por aparelho gessado, tração; Assistência de enfermagem nas neurocirurgias; laparotomias e cirurgias abdominais; Pré-operatório imediato de cirurgias: Neurocirurgias; Revascularizaçao do miocárdio e valvulopatias; Cateterismo cardíaco e angioplastias; Cuidados intensivos aos transplantados; Emergências Pulmonares – Insuficiência Respiratória, Atelectasia, Troboembolismo Pulmonar, Edema Agudo de Pulmão; Emergências Abdominais – Abdômen Agudo (apendicite, peritonite, colecistite, coledocolitíase), Trauma Abdominal (por arma branca e de fogo); Urgências Gastroenterológicas – Hemorragia Digestiva Alta e Baixa; Intervenções na intoxicação Exógena aguda; Acidentes por animais peçonhentos; Envenenamento; Atuação em complicações obstétricas e a necessidade de cuidados intensivos; Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico e hiperosmolar. Grande queimado em UTI; Sepse e choque séptico; Choque: Neurogênico, Hipovolêmico e Anafilático. Obstrutivo; Prevenção e Tratamento da lesão por pressão no paciente crítico; Estratégias ventilatórias; Ventilação não invasiva (indicação e contraindicação); Avaliação da funcionalidade; Classificação internacional da funcionalidade; Polineuropatia do paciente crítico01
2. Segurança do paciente 162
3. Técnicas de expansão e desobstrução pulmonar 165
4. Anatomia e Fisiologia da Deglutição 171
5. Avaliação Fonoaudiológica nos Recém-Nascidos 182
6. Triagem de deglutição e Avaliação Fonoaudiológica em Adultos; Avaliação instrumental diagnóstica (exames objetivos) 186
7. Aleitamento Materno sob o Olhar da Fonoaudiologia 189
8. Reabilitação Fonoaudiológica em Diferentes populações (recém-nascidos, AVC, paciente crítico, demências) 193
9. Reabilitação do Paciente Traqueostomizado 202

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 (pratica 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 eqüidade.

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 esta 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.

Concluímos 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 do 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 eqüidade. 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, freqüentemente, 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 aceso 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 eqüidade.

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 freqüentemente 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 cumprimento 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 eqüidade são referidas ao "sistema de saúde" (Lane & Kelman, 1975). Freeborn & Greenlick (1973) consideram a efetividade e aeficiência 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 custo, 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 eqüidade (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 signficativo 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

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia 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 Melittus. 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 peritonial, hemodiálise, inserção de cateteres e drenos, uso de drogas imunossupressoras, são fatores que contribuem para a ocorrência de infecção.

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

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

Atendendo o paciente no hospital

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

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

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

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

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

Ao receber o paciente na unidade de internação, o profissional de enfermagem deve providenciar e realizar a assistência necessária, atentando para certos cuidados que podem auxiliá-lo nessa fase. O primeiro contato entre o paciente, seus familiares e a equipe é muito importante para a adaptação na unidade. O tratamento realizado com gentileza, cordialidade e compreensão ajuda a despertar a confiança e a segurança tão necessárias. Assim, cabe auxiliá-lo a se familiarizar com o ambiente, apresentando-o à equipe presente e a outros pacientes internados, em caso de enfermaria, 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 indique a necessidade de tal procedimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sistema de informação em saúde

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

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

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

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

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

Sistema de informação em enfermagem

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

Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

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

- A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da 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 papeleta, riscar um traço em diagonal e escrever, Erro, papeleta 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. È 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. È 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 é 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 pelos 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 TERAPIA INTENSIVA – ENFERMAGEM

1. Parada cardiorrespiratória (PCR) e as manobras de reanimação cardiopulmonar – suporte básico de vida préhospitalar e hospitalar; Monitorização hemodinâmica não invasiva. Monitorização hemodinâmica não invasiva: indicações, instalação, complicações relacionadas aos sistemas de Swan-ganz, PAM, PIC, PIA; Monitorização metabólica: diurese e balanço hídrico; Farmacologia aplicada ao paciente crítico: drogas vasoativas, antiarrítmicas, anticonvulsivantes, antiplaquetárias, anticoagulantes, analgésicos, antibióticos; Uso de hemocomponentes e soluções em UTI; Fisiologia cardiocirculatória e interpretação do ECG; Hemogasometria; Ventilação mecânica: modos ventilatórios, tipos de suporte ventilatório e desmame ventilatório; Insuficiência renal aguda. Métodos dialíticos em terapia intensiva; Doenças cerebrovasculares: acidente vascular cerebral isquêmicos e hemorrágicos.Hipertensão intracraniana. Culdados com DVE. Problemas associados à lesão neurológica: alterações das funções motora, sensitiva, cognitiva, perceptiva, de comunicação e comportamento. Problemas secundários à lesão; Síndromes coronarianas agudas (Angina instável, IAM SSSTe IAM CSST), Arritmias, Insuficiência cardíaca aguda. Choque cardiogênico. Uso do balão intra-aórtico. Cardioversão elétrica. Estimulação cardíaca artificial - marcapasso temporário; Abordagem pré-hospitalar e intra-hospitalar ao politraumatizado: lesões maxilo-faciais, torácica, abdominal, pélvica, geniturinária e de extremidades. O indivíduo com trauma crânio-encefálico e raquimedular em unidade de terapia intensiva. Avaliação neurológica do indivíduo inconsciente; Escala de Glasgow, monitorização da PIC e tratamento da hipertensão intra-craniana. Problemas secundários à lesão; Cirurgias ortotraumatológicas. Imobilização por aparelho gessado, tração; Assistência de enfermagem nas neurocirurgias; laparotomias e cirurgias abdominais; Pré-operatório imediato de cirurgias: Neurocirurgias; Revascularizaçao do miocárdio e valvulopatias; Cateterismo cardíaco e angioplastias; Cuidados intensivos aos transplantados; Emergências Pulmonares – Insuficiência Respiratória, Atelectasia, Troboembolismo Pulmonar, Edema Agudo de Pulmão; Emergências Abdominais – Abdômen Agudo (apendicite, peritonite, colecistite, coledocolitíase), Trauma Abdominal (por arma branca e de fogo); Urgências Gastroenterológicas – Hemorragia Digestiva Alta e Baixa; Intervenções na intoxicação Exógena aguda; Acidentes por animais peçonhentos; Envenenamento; Atuação em complicações obstétricas e a necessidade de cuidados intensivos; Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico e hiperosmolar. Grande queimado em UTI; Sepse e choque séptico; Choque: Neurogênico, Hipovolêmico e Anafilático. Obstrutivo; Prevenção e Tratamento da lesão por pressão no paciente crítico; Estratégias ventilatórias; Ventilação não invasiva (indicação e contraindicação); Avaliação da funcionalidade; Classificação internacional da funcionalidade; Polineuropatia do paciente crítico 01
2. Segurança do paciente 162
3. Técnicas de expansão e desobstrução pulmonar 165
4. Anatomia e Fisiologia da Deglutição 171
5. Avaliação Fonoaudiológica nos Recém-Nascidos 182
6. Triagem de deglutição e Avaliação Fonoaudiológica em Adultos; Avaliação instrumental diagnóstica (exames objetivos) 186
7. Aleitamento Materno sob o Olhar da Fonoaudiologia 189
8. Reabilitação Fonoaudiológica em Diferentes populações (recém-nascidos, AVC, paciente crítico, demências) 193
9. Reabilitação do Paciente Traqueostomizado 202

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) E AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR – SUPORTE BÁSICO DE VIDA PRÉHOSPITALAR E HOSPITALAR; MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA. MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA: INDICAÇÕES, INSTALAÇÃO, COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AOS SISTEMAS DE SWAN-GANZ, PAM, PIC, PIA; MONITORIZAÇÃO METABÓLICA: DIURESE E BALANÇO HÍDRICO; FARMACOLOGIA APLICADA AO PACIENTE CRÍTICO: DROGAS VASOATIVAS, ANTIARRÍTMICAS, ANTICONVULSIVANTES, ANTIPLAQUETÁRIAS, ANTICOAGULANTES, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS; USO DE HEMOCOMPONENTES E SOLUÇÕES EM UTI; FISIOLOGIA CARDIOCIRCULATÓRIA E INTERPRETAÇÃO DO ECG; HEMOGASOMETRIA; VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODOS VENTILATÓRIOS, TIPOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO E DESMAME VENTILATÓRIO; INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA. MÉTODOS DIALÍTICOS EM TERAPIA INTENSIVA; DOENÇAS CEREBROVASCULARES: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICOS E HEMORRÁGICOS.HIPERTENSÃO INTRACRANIANA. CULDADOS COM DVE. PROBLEMAS ASSOCIADOS À LESÃO NEUROLÓGICA: ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES MOTORA, SENSITIVA, COGNITIVA, PERCEPTIVA, DE COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO. PROBLEMAS SECUNDÁRIOS À LESÃO; SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (ANGINA INSTÁVEL, IAM SSSTE IAM CSST), ARRITMIAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA. CHOQUE CARDIOGÊNICO. USO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO. CARDIOVERSÃO ELÉTRICA. ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - MARCAPASSO TEMPORÁRIO; ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR E INTRA-HOSPITALAR AO POLITRAUMATIZADO: LESÕES MAXILO-FACIAIS, TORÁCICA, ABDOMINAL, PÉLVICA, GENITURINÁRIA E DE EXTREMIDADES. O INDIVÍDUO COM TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO E RAQUIMEDULAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO INDIVÍDUO INCONSCIENTE; ESCALA DE GLASGOW, MONITORIZAÇÃO DA PIC E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO INTRA-CRANIANA. PROBLEMAS SECUNDÁRIOS À LESÃO; CIRURGIAS ORTOTRAUMATOLÓGICAS. IMOBILIZAÇÃO POR APARELHO GESSADO, TRAÇÃO; ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS NEUROCIRURGIAS; LAPAROTOMIAS E CIRURGIAS ABDOMINAIS; PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS: NEUROCIRURGIAS; REVASCULARIZAÇAO DO MIOCÁRDIO E VALVULOPATIAS; CATETERISMO CARDÍACO E ANGIOPLASTIAS; CUIDADOS INTENSIVOS AOS TRANSPLANTADOS; EMERGÊNCIAS PULMONARES – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, ATELECTASIA, TROBOEMBOLISMO PULMONAR, EDEMA AGUDO DE PULMÃO; EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS – ABDÔMEN AGUDO (APENDICITE, PERITONITE, COLECISTITE, COLEDOCOLITÍASE), TRAUMA ABDOMINAL (POR ARMA BRANCA E DE FOGO); URGÊNCIAS GASTROENTEROLÓGICAS – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E BAIXA; INTERVENÇÕES NA INTOXICAÇÃO EXÓGENA AGUDA; ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS; ENVENENAMENTO; ATUAÇÃO EM COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E A NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS; CETOACIDOSE DIABÉTICA E ESTADO HIPERGLICÊMICO E HIPEROSMOLAR. GRANDE QUEIMADO EM UTI; SEPSE E CHOQUE SÉPTICO; CHOQUE: NEUROGÊNICO, HIPOVOLÊMICO E ANAFILÁTICO. OBSTRUTIVO; PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO NO PACIENTE CRÍTICO; ESTRATÉGIAS VENTILATÓRIAS; VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO); AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE; CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE; POLINEUROPATIA DO PACIENTE CRÍTICO

Enfermagem em emergência e cuidados intensivos:

a. Assistência de enfermagem em situações de urgência e emergência:

A urgência é caracterizada como um evento grave, que deve ser resolvido urgentemente, mas que não possui um caráter imediatista, ou seja, deve haver um empenho para ser tratada e pode ser planejada para que este paciente não corra risco de morte.

A emergência é uma situação gravíssima que deve ser tratada imediatamente, caso contrário, o paciente vai morrer ou apresentará uma sequela irreversível.

Neste contexto, a enfermagem participa de todos os processos, tanto na urgência quanto na emergência. São diversos locais onde os profissionais de enfermagem podem atuar como, por exemplo:

- Unidades de atendimento pré-hospitalar;
- Unidades de saúde 24 horas;
- Pronto socorro;
- Unidades de terapia intensiva;
- Unidades de dor torácica;
- Unidade de terapia intensiva neo natal
- E até mesmo em unidades de internação.

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos e preparados para atuarem em situações de urgência e emergência, pois a capacitação profissional, a dedicação e o conhecimento teórico e prático, irão fazer a diferença no momento crucial do atendimento ao paciente.

Muitas vezes estas habilidades não são treinadas e quando ocorre a situação de emergência, o que vemos são profissionais correndo de uma lado para outro sem objetividade, com dificuldades para atender o paciente e ainda com medo de aproximar-se da situação.

Por outro lado, quando temos uma equipe treinada, capacitada e motivada, o atendimento é realizado muito mais rapidez e eficiência, podendo na maioria das vezes, salvar muitas vidas.

A enfermagem trabalha diariamente com pacientes em risco de morte e que dependem deste cuidado para que mantenham suas vidas. As ações da equipe de enfermagem visam sempre à assistência ao paciente da melhor forma possível, expressando assim, a qualidade e a importância da nossa profissão.

Estudar, capacitar, praticar são ações essenciais para o desenvolvimento profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, portanto estar preocupado com as ações desenvolvidas no dia a dia de trabalho é fundamental.

Os serviços de Urgência e Emergência podem ser fixos a exemplo da Unidades de Pronto Atendimento e as emergências de hospitais ou móveis como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ainda, podem ter diferentes complexidades para atendimento de demandas urgentes e emergentes clínicas e cirúrgicas em geral ou específicas como unidades cardiológicas, pediátricas e traumatológicas.

O importante é que, independente da complexidade ou da classificação do serviço, existem 5 coisas imprescindíveis que todo Enfermeiro de Urgência e Emergência deve saber.

1. Acolhimento e Classificação de Risco:

O acolhimento do paciente e família na prática das ações de atenção e gestão nas unidades de saúde tem sido importante para uma atenção humanizada e resolutiva.

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência[1]. O Enfermeiro deve estar além de acolher o paciente e família, estar habilitado a atendê-los utilizando os protocolos de classificação de risco.

2. Suporte Básico (SBV) e Avançado de Vida (SAV)

A parada cardiorrespiratória é um dos eventos que requerem atenção imediata por parte da equipe de saúde e o Enfermeiro tanto dos serviços móveis quanto dos fixos de urgência e emergência devem estar aptos.

O protocolo American Heart Association (AHA) é a referência de SBV e SAV utilizado no Brasil. A AHA enfatiza nessa nova diretriz sobre a RCP de alta qualidade e os cuidados Pós-PCR[2]. O SBV é uma sequência de etapas de atendimento ao paciente em risco iminente de morte sem realização de manobras invasivas e o SAV requer procedimentos invasivos e de suporte ventilatório e circulatório[3].

3. Atendimento à Vítima de Trauma

Os acidentes automobilísticos e a violência são as maiores causas de morte de indivíduos entre 15 e 49 anos na população das regiões metropolitanas, superando as doenças cardiovasculares e neoplasias4.

Por isso, o enfermeiro vai se deparar com vítimas de trauma nas urgências e emergências e deverá estar habilitado a agir de acordo com os protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar ao Trauma.

4. Assistência ao Infaefálico (AVE)

As doenças cardiovasculares representam uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo e O IAM é uma das principais manifestações clínicas da doença arterial coronária5.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida em todo o mundo. Estatísticas brasileiras indicam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina e Caribe6.

Então, o Enfermeiro precisa estar apto a realização da avaliação clínica para identificação e atendimento precoce do IAM e AVE ou AVC e prevenção de complicações.

5. Assistência às Emergências Obstétricas

As principais causas de morte materna no Brasil são por hemorragias e hipertensão7. O Enfermeiro precisa saber como identificar precocemente a pré-eclâmpsia e eclampsia, bem como as hemorragias gestacionais e uterinas, pois é uma demanda constante dos serviços de urgência e emergência e até mesmo os que não são referência em atendimento gestacional.

1) suporte de vida em situações de traumatismos em geral;

Tem por objetivo identificar graves lesões e instituir medidas terapêuticas e emergenciais que controlem e restabeleçam a vida.

Consiste em:
- Preparação
- Triagem
- Avaliação primária
- Reanimação
- Avaliação secundária
- Monitorização e reavaliação contínua
- Tratamento definitivo

Triagem

É utilizado para classificar a gravidade dos problemas. Existe um método de cores para definir:
-VERMELHO
- LARANJA
- AMARELO
- VERDE
- AZUL

* Indica-se sempre do paciente/cliente mais grave para o menos grave.

No caso com ônus de muitos acidentados e pouca equipe/profissional; dar-se a preferência aos graves com maior chance de vida, dentre estes o que menos utilizará material, tempo, equipamento e pessoal.

Avaliação Primária

Tem por finalidade verificar o estado da vitima e suas condições físicas /emocionais/ neurológicas.

Verifica-se:
- Obstrução das vias aéreas
- Insuficiência Respiratória
- Alterações Hemodinâmicas
- Déficit Neurológico

Usam-se os métodos das seguintes formas: A, B, C, D e E (casos sem comprometimento circulatório).

C, A, B, D e E (casos com comprometimentos circulatórios).

Significados:
A- Vias aéreas e proteção da coluna cervical
B- Respiração e ventilação
C- Circulação
D- Incapacidade neurológica
E- Exposição e controle da temperatura

Letra A: Deve-se aproximar da vitima e verificar se há alguma obstrução das vias aéreas, “a melhor forma é verbalmente, quando você conversa e a vitima consegui te responder”. Em caso contrário deve fazer da seguinte maneira:

1- Elevação do queixo
2- Elevação da mandíbula
3- Elevação da testa (somente em casos sem trauma)

Existe uma forma mais segura e eficaz, que consiste em realizar a inspeção com cânulas (Guedell) (nasofaringe ou orofaringe). Deve se atentar quanto o risco de lesão na coluna cervical, faça a devida imobilização.

Letra B: Manter a oxigenação adequada. Pode ser necessário de apoio:
1- Máscara facial ou tubo endotraqueal e insuflador manual.
2 - Ventilação Mecânica
Em caso de dificuldade considerar:
. Obstrução de via aérea – considerar cricotireoidotomia se outras opções falharem.
. Pneumotórax: drenar rapidamente em caso de compromisso respiratório.
. Hemotórax (ver protocolo: trauma torácico)
. Retalho costal: imobilizar rapidamente (ver protocolo: trauma torácico)
. Lesão diafragmática com herniação.

Letra C: Avaliar:
- Pulso: valorizar taquicardia como sinal precoce de hipovolemia
- Temperatura e coloração da pele: hipotermia, sudorese e palidez.
- Preenchimento capilar: leito ungueal
- Pressão arterial: inicialmente estará normotenso
- Estado da consciência: agitação como sinal de hipovolémia

Considerar relação entre % de hemorragia e sinais clínicos:

	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
PERDA SANGUÍNEA (ml)	Até 750	750 - 1500	1500 - 2000	> 2000
PERDA SANGUÍNEA (%)	Até 15%	15 - 30%	30 - 40 %	> 40%
FREQUÊNCIA CARDÍACA	<100	>100	>120	>140
PRESSÃO ARTERIAL	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
PREENCHIMENTO CAPILAR	Normal	Diminuído	Diminuído	Diminuído
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
DEBITO URINÁRIO (ml/hora)	30 ou mais	20 — 30	5 — 15	Praticamente ausente
ESTADO MENTAL	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso - confuso	Confuso - letárgico
FLUIDOTERAPIA (REGRAS 1:3 e 1:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e colóide	Cristalóide e colóide

Atuação:
1- RCP, se necessário.
2- Controle de hemorragia com compressão externa.
3- Reposição de volume, sendo necessários adequados acessos venosos, O traumatizado deve ter 2 acessos e com catéteres G14, «nunca» com menos do que G16. Eventualmente, poderá ser colocado um catéter numa jugular externa ou utilizada a via intra-¬óssea (a considerar também no adulto).
4- Em caso de trauma torácico ou abdominal grave: um acesso acima e outro abaixo do diafragma.
5- A escolha entre cristalóides e colóides não deve basear-se necessariamente no grau de choque, não estando provada qualquer diferença de prognóstico na utilização de um ou outro. O volume a infundir relaciona-se com as perdas e a resposta clínica. Uma relação de 1:3 e 1:1 no caso de perdas/cristalóides a administrar e perdas/colóides a administrar, respectivamente.
6- Atenção aos TCE, TVM e grávida Politraumatizada sendo à partida, ainda que discutível, de privilegiar colóides.

7- Regra geral, não utilizar soros glicosados no traumatizado, existindo apenas interesse destes no diabético ou na hipoglicemia. Por norma, os soros administrados na fase pré-hospitalar num adulto politraumatizado não são suficientes para originar um edema pulmonar, mesmo em doentes cardíacos. Não se deve insistir tanto na recomendação de cuidado com a possibilidade de sobrecarga numa situação de hipovolémia, mas sim tratar esta última agressivamente.

8- Vigiar estado da consciência e perfusão cutânea, avaliando parâmetros vitais de forma seriada.

Letra D: Normalmente corrido em trauma direto no crânio ou estado de choque.

Avaliar:
- GCS (Escala Coma Glasgow) de uma forma seriada
- Tamanho simetria/assimetria pupilar e reatividade à luz
- Função motora (estímulo à dor)

Atuação:

1- Administrar Oxigênio 10 -12 l/min e atuação de acordo com protocolo específico.

2-Imobilização da coluna vertebral com colar cervical, imobilizadores laterais da cabeça, com plano duro ou maca de vácuo.

Letra E:

1- Despir e avaliar possíveis lesões que possam ter passado despercebidas, mantendo cuidados de imobilização da coluna vertebral. Utilizar técnicas de rolamento.

2- Evitar a hipotermia. Utilizar manta isotérmica.

Manter:

1- Vigilância parâmetros vitais e imobilização.

2- Analgesia de acordo com as necessidades.

Reanimação = ações para restabelecer as condições vitais do paciente.

Avaliação secundária

Exploração detalhada da cabeça aos pés, antecedentes pessoais se possível. Esta deverá ser completada no hospital com reavaliação e exames radiológicos pertinentes.

Muito importante: Pesquisar e presumir lesão associada em função do mecanismo da lesão, ex. queda sobre calcâneo com fratura da coluna vertebral.

Tipos de trauma

O trauma pode ser classificado de acordo com seu mecanismo, este pode ser contuso ou penetrante, mas a transferência de energia e a lesão produzida são semelhantes em ambos os tipos de trauma. A única diferença é a perfuração da pele.

Alguns exemplos:
. Trauma crânio encefálico (TCE) . Trauma Abdominal
. Trauma Raquimedular (medula) . Pneumotórax
. Trauma Facial
. Trauma Torácico (pneumotórax)

Trauma contuso (fechado):

O trauma contuso ocorre quando há transferência de energia em uma superfície corporal extensa, não penetrando a pele. Existem dois tipos de forças envolvidas no trauma contuso: cisalhamento e compressão.

O cisalhamento acontece quando há uma mudança brusca de velocidade, deslocando uma estrutura ou parte dela, provocando sua laceração. É mais encontrado na desaceleração brusca do que na aceleração brusca.

A compressão é quando o impacto comprime uma estrutura ou parte dela sobre outra região provocando a lesão. É freqüentemente associada a mecanismos que formam cavidade temporária.

Trauma penetrante (aberto):

O trauma penetrante tem como característica a transferência de energia em uma área concentrada, com isso há pouca dispersão de energia provocando laceração da pele.

Podemos encontrar objetos fixados no trauma penetrante, as lesões não incluem apenas os tecidos na trajetória do objeto, deve-se suspeitar de movimentos circulares do objeto penetrante. As lesões provocadas por transferência de alta energia, por exemplo, arma de fogo, não se resumem apenas na trajetória do PAF (projétil de arma de fogo), mas também nas estruturas adjacentes que sofreram um deslocamento temporário.

VERIFICAR ANTES DE TRANSPORTAR
- Via aérea com imobilização cervical
- Ventilação (com tubo orotraqueal se GCS <8) e oxigenação
- Acessos venosos e fluidoterapia EV (soro não glicosado)
- Avaliação seriada da GCS
- Equipamentos necessários na ambulância.

Tratamento Definitivo

Caracterizado pela estabilização do paciente/ cliente/ vitima, será procedido se necessário tratamento após diagnóstico médico e controle de todos os sinais vitais.

2) suporte de vida em situações de queimaduras;

O queimado necessita boa assistência de enfermagem para que tenha uma recuperação física, funcional e psico-social, precoce

A equipe de enfermagem trabalhando paralelamente à equipe médica, deve ter conhecimentos especializados sobre cuidados a serem prestados aos queimados.

Esses cuidados iniciam-se com atitude correta ao receber os pacientes que chegam agitados devido à dor ou ao trauma psíquico, devendo continuar no decorrer de todo o tratamento até a ocasião da alta, quando os doentes e familiares são orientados quanto aos cuidados a serem seguidos.

Assistência Imediata

A assistência inicial deve ser prestada em ambiente que proporcione condições perfeitas de assepsia, tal como uma sala cirúrgica, tendo sempre presente a importância do problema do controle da infecção, desde o início e no decorrer do tratamento. Para o primeiro atendimento, um mínimo de material e equipamento se fazem necessários na sala:

EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE:
- Torpedo de oxigênio, se não contar com o sistema canalizado.
- Aspirador de secreção.
- Mesa estofada ou com coxim para receber o paciente.
- Mesa auxiliar para colocar material de curativo (tipo Mayo).
- Suporte de soro.
- Caixa com material de pequena cirurgia.
- Caixa com material de traqueostomia.
- Caixa com material de dissecção de veia.
- Material para intubação endotraqueal.
- Aparelho ressuscitador “Air-viva”.
- Pacotes de curativo (com tesoura, pinça anatômica, pinça dente de rato e pinça de Kocher).

MATERIAL DE CONSUMO
- Compressa de gaze de 7,5 cm x 7,5 cm.

- Atadura de gaze de 90 x 120 cm com 8 dobras longitudinais.
- Ataduras de rayon e morim.
- Atadura de gaze de malha fina impregnada em vaselina.
- Algodão hidrófilo.
- Ataduras de crepe.
- Luvas.

Pacotes de campos cirúrgicos e aventais.
- Fita adesiva e esparadrapo.
- Máscara e gorro.
- Medicamentos de emergência.
- Antissépticos.
- Seringas de vários tamanhos.
- Agulhas e catéteres de vários calibres.
- Tubos para tipagem de sangue e outras análises laboratoriais.
- Frascos de soro fisiológico.

PROCEDIMENTO DA ENFERMAGEM

Na Sala de Cirurgia:

Aplicar imediatamente sedativo sob prescrição médica, com a finalidade de diminuir a dor, de preferência por via intra-venosa.

Ao aplicar o medicamento por esta via, deve-se aproveitar para colher amostra de sangue para tipagem, assim como procurar manter a veia com perfusão de soro fisiológico para posterior transfusão de sangue ou outros líquidos.

Retirar a roupa do paciente e colocá-lo na mesa sobre campos esterilizados e cobrir as lesões também com campos esterilizados.

Preparar material para dissecção de veia ou cateterismo transcutâneo “intra-cat”, e auxiliar o médico nestas operações.

Auxiliar ou executar com supervisão médica, tratamento local de remoção de tecidos desvitalizados, limpeza sumária das áreas queimadas, oclusão das lesões, ou ainda, preparo das mesmas para mantê-las expostas (método de exposição).

Unidade de Internação:

- Colocar o paciente no leito preparado com campos e arcos de proteção esterilizados, e também sobre coxim preparado com várias camadas de ataduras de gaze e revestido com rayon, conforme a localização das queimaduras. Isto quando o método de tratamento é o de exposição.

Controle de diurese e outras perdas de líquidos: executar cateterismo vesical com sonda de demora (sonda de Foley), anotando o volume urinário. Esta sonda é mantida ocluída, sendo aberta a cada hora para verificar o aspecto, volume e densidade de urina. Além da diurese, controlar as demais perdas líquidas, tais como: vômito, sudorese, exsudatos e evacuações, observando em cada caso o aspecto, a freqüência e o volume.

Esses dados devem ser anotados em folha especial do prontuário do paciente (Anexo I).

- Controle de Sinais Vitais: a temperatura, o pulso, a respiração, devem ser controlados e anotados cada 4 horas ou mais freqüentemente se o caso exigir.

Num grande queimado, dificilmente conseguimos adaptar o manguito do aparelho de pressão, mas esta, deve ser determinada, sempre que possível.

Além desses sinais vitais, a pressão venosa central, deve ser controlada através do cateter venoso.

- Controle de Administração Parenteral de Líquidos: deve ser exercida vigilância constante da permeabilidade da veia, do gotejamento e da quantidade dos líquidos em perfusão.

O paciente deve receber exatamente as soluções prescritas dentro dos horários estabelecidos. Este controle, é facilitado pelo uso do esquema adotado pelo Serviço de Queimados do H. C. da F.M.U.S.P. (Anexo II).

- Alimentação: não havendo contra-indicação, oferecer ao paciente uma dieta fracionada, iniciando com líquido em pequena quantidade. Se o paciente não apresentar vômitos, aumentar gradativamente a quantidade. Os líquidos podem ser oferecidos em forma de suco, caldo de carne e dieta especial de soja (leite, ovos, caseinato de cálcio e farinha de soja). Desde que haja tolerância por parte do paciente, passar a oferecer progressivamente dietas mais consistentes até chegar à dieta geral.

- Higiene: proceder a limpeza diária das áreas não lesadas, com água e sabão neutro. Manter o couro cabeludo limpo e cortar os cabelos, principalmente em caso de queimadura na cabeça.Aparar as unhas e mantê-las limpas.A tricotomia pubiana e axilar deve ser feita semanalmente, como medida de higiene.

Cuidados Especiais Dependentes da Localização da Queimadura:

CABEÇA:

- Crânio: proceder a tricotomia total do couro cabeludo.
- Face: proceder a tricotomia do couro cabeludo, nas áreas próximas às lesões. Manter decúbito elevado, para auxiliar a regressão do edema.
- Olhos: limpar com “cotonetes” umedecidos em água boricada a 3% e após proceder a instilação de colírio antibiótico.
- Ouvidos: limpar conduto auditivo externo com “cotonetes” e soro fisiológico.
- Orelhas: utilizar travesseiro baixo e não muito macio para não comprimir as cartilagens a fim de prevenir deformidades.
- Narinas: limpar com “cotonetes” e soro fisiológico.
- Boca: limpar com espátula montada com algodão ou gaze embebida em água bicarbonatada a 2%.
- Lábios: passar vaselina para remoção de crostas.

- PESCOÇO:

Manter em extensão, com auxílio de coxim no dorso. A presença de necrose seca ou lesões profundas, poderá provocar compressão e garroteamento, com perturbações respiratórias. Nestes casos o médico executará a escarotomia.

- MEMBROS SUPERIORES:

Os curativos oclusivos dos membros superiores, têm a finalidade de proporcionar conforto ao paciente e facilitar atuação de enfermagem. Os membros devem ser mantidos em abdução parcial e em ligeira elevação.

- TRONCO:

Visando evitar os fatores mecânicos, que possam reduzir a expansibilidade do tórax, o método mais indicado é a posição de Fowler e semi-Fowler. Entretanto a escolha de decúbito será feita também de acordo com a área menos atingida. Se a lesão for principalmente face posterior, o decúbito será ventral, sobre um coxim, que será trocado todas as vezes que se fizer necessário.

- PERÍNEO:

Para as lesões desta região, o tratamento por exposição é utilizado sistematicamente, devendo as coxas serem mantidas em abdução parcial. A higiene íntima deve ser feita com água morna e sabão neutro, ou com solução oleosa. Em nosso serviço utilizamos a seguinte fórmula de solução oleosa:

-Cloroxilenol 0.1%.