

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

# SESAB-BA

Residência em Enfermagem em Terapia Intensiva - Enfermagem

DZ022-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.  
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo [sac@novaconcursos.com.br](mailto:sac@novaconcursos.com.br).

## **OBRA**

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Residência em Enfermagem em Terapia Intensiva - Enfermagem

EDITAL Nº 001/2019

## **AUTORES**

Conhecimentos Gerais Em Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Básicos - Profª Ana Luisa M. Da Costa Lacida

Conhecimento Específicos - Profª Ana Luisa M. Da Costa Lacida

## **PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO**

Robson Silva

Christine Liber

## **DIAGRAMAÇÃO**

Renato Vilela

Victor Andrade

## **CAPA**

Joel Ferreira dos Santos



[www.novaconcursos.com.br](http://www.novaconcursos.com.br)

[sac@novaconcursos.com.br](mailto:sac@novaconcursos.com.br)

# APRESENTAÇÃO

## PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%\*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

\*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

## CURSO ONLINE



### PASSO 1

Acesse:

[www.novaconcursos.com.br/passaporte](http://www.novaconcursos.com.br/passaporte)



### PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

\*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

**Ex: JN001-19**



### PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

# SUMÁRIO

## CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

## CONHECIMENTOS BÁSICOS

Ética e Bioética em Enfermagem: Aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro.....	01
Fundamentos de Enfermagem: O cuidado humanizado em saúde e em enfermagem. Sinais vitais.....	08
Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias e cuidados na aplicação, venóclise).....	25
Aplicação de calor e frio.....	30
Cuidados de enfermagem aos clientes portadores de úlceras por pressão e/ou Feridas.....	31
Cuidados e manuseio de tubos, drenos, sondas e cateteres.....	34
Metodologia da Assistência de Enfermagem: Sistematização da Assistência em Enfermagem, Processo de Enfermagem.....	36
Administração em Enfermagem: princípios e elementos de administração, estrutura organizacional, supervisão, avaliação de desempenho, planejamento de recursos humanos e materiais em enfermagem.....	38

# SUMÁRIO

Biossegurança: Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	52
Saúde Coletiva: Vigilância em Saúde.....	55
Programa de prevenção, controle e tratamento da hanseníase e tuberculose.....	64
Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.....	76
Programa Nacional de DST/AIDS.....	78
Calendário de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.....	78
Saúde do adulto e do idoso: Cuidados de enfermagem nas situações clínicas e agravos aos indivíduos e famílias.....	83

## CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Conhecer o programa nacional de segurança do paciente.....	01
Conhecer o código de ética, os valores políticos e os atos normativos da profissão.....	03
Compreender o processo da internação hospitalar (regulação, referência e contra referência).....	03
Conhecer aspectos da Infecção Relacionada à Assistência Hospitalar e cuidados para prevenção da sepse.....	03
Conhecer o processo de cuidado de enfermagem nas principais doenças que afetam os adultos e idosos (traumas, afecções respiratórias, cardíacas, distúrbios psiquiátricos, neurológicos, renais, metabólicos e gastrointestinais), suas causas e consequências para o paciente e família.....	05
Cuidados de Enfermagem em situações críticas de saúde.....	05
Conhecer as indicações, contraindicações e os cuidados ao adulto e idoso em uso de cateteres, sondas, tubo orotraqueal, traqueostomia.....	19
Identificar os cuidados ao adulto e idoso em pré, trans e pós-operatório, analisando os fatores que podem pôr em risco a vida do paciente.....	19
Conhecer os cuidados e riscos ao adulto e idoso em uso de medicamentos. Farmacologia aplicada ao paciente crítico: drogas vasoativas, anti-hipertensiva, antiarrítmicas e anticonvulsivantes, antiplaquetárias, anticoagulantes, analgésicos, antibióticos e ansiolíticos.....	32
Aspectos básicos relativos as condições críticas como choque e parada cardiorrespiratória e seus princípios de diagnóstico e assistência; Princípios básicos do controle metabólico e hidroeletrólítico do paciente internado.....	32

# ÍNDICE

## CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

## BIOÉTICA

O profissional de enfermagem atua sob um conjunto de valores pessoais quando se relaciona com um paciente. Cada paciente possui um sistema pessoal de valores. O profissional de enfermagem não deve permitir que os seus valores entrem em conflito com os do paciente. A objetividade enriquece a habilidade do profissional em atuar de modo inteligente e disciplinado quando assiste pacientes com problema de saúde. Ele deve se empenhar em desenvolver uma autoconsciência para entender atitudes e sentimentos e para controlar o comportamento nas relações profissionais com os pacientes.

No ambiente de assistência de saúde, os valores do profissional de enfermagem, do paciente e da sociedade interagem. Inevitavelmente, conflitos de valores surgem, os quais podem causar dilemas éticos. A ética determina a conduta apropriada e é tão importante quanto os direitos legais. O profissional precisa constantemente lembrar-se da ética, quando lidar com pacientes e com outros profissionais de saúde.

Uma vez que o profissional de enfermagem está ciente dos valores que motivam o comportamento pessoal e profissional, é mais fácil ajudar os pacientes a identificar os valores que influenciam seus próprios comportamentos e atitudes. A frequência e a intensidade com as quais a pessoa pratica comportamento de promoção de saúde depende do valor dado na redução da ameaça da doença e na promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem ajudam os pacientes a elucidarem seus valores pessoais, ordenam prioridades de valores, minimizam conflitos, conseguem uma estabilidade entre valores e comportamentos relacionados à prevenção de doenças e à promoção de saúde e recebem tratamento ético. A competência de um profissional está na habilidade em ajudar os pacientes a compreenderem a si próprios e ao impacto de alguns comportamentos no seu bem-estar.

### Definição de Valores e Ética

Um valor é uma convicção pessoal sobre a importância sobre uma dada ideia ou comportamento. Dar valor a um certo comportamento ou ideia é achá-los preferíveis a outros. Os valores que um indivíduo retém refletem necessidades pessoais, culturais, influências sociais e relacionamento com pessoas de importância pessoal. Os valores variam entre as pessoas, desenvolvem-se e mudam com o tempo. Um sistema de valores bem desenvolvido faz com que a tomada de decisões seja uma tarefa relativamente sem conflitos.

A ética consiste nos princípios ou padrões que determinam a conduta apropriada. O termo origina-se da palavra grega "ethos", que significa costume. A ética refere-se ao que é certo e errado, o que é dever ou obrigação. Sendo uma característica de todas as profissões, a ética protege os direitos dos homens.

Os valores influenciam como um indivíduo percebe os outros e como ele age. Quando os valores entram em conflito, a ética frequentemente entra em cena e o resul-

tado é o dilema. Não há situação absolutamente certa ou errada, mas uma pessoa não deve comprometer os valores de outra quando tentar resolver um dilema ético. Por exemplo, um enfermeiro de uma comunidade, solicitado por um colega de trabalho para entrar em greve, precisa decidir-se entre a lealdade a seus colegas e aos pacientes.

As pessoas apegam-se a valores em um contínuo de relativa importância. Valores relacionados formam sistemas de valores, como aqueles relacionados à religião, saúde, liberdade e auto-respeito. Um sistema objetivo de valores permite a uma pessoa ser flexível ao tomar decisões e facilita uma ótima interação com terceiros.

Valores éticos, morais e legais não estão necessariamente relacionados. Uma crença moral é uma forte convicção de que alguma coisa é absolutamente certa ou errada em todas as situações. Desta maneira, o que é uma questão moral para uns é dilema ético para outros (por exemplo, aborto). Um direito legal é uma reivindicação justa ou algo que é devido de acordo com as garantias legais e está frequentemente relacionados aos valores éticos (por exemplo, no caso da remoção de um sistema de suporte de vida de um paciente em coma), mas não está necessariamente relacionado a todas as situações (por exemplo, o direito ao tratamento de saúde é uma questão ética e não um direito legal).

Dois tipos específicos de valores são os terminais e instrumentais. Um valor terminal envolve finalidade ou objetivos desejados, como a felicidade ou o sucesso na profissão. Um valor instrumental envolve modelos desejáveis de conduta, como honestidade ou manutenção da saúde de outrem. Valores instrumentais mudam com a experiência; valores terminais, os objetivos principais da pessoa, são alcançados através de comportamentos motivados por valores instrumentais.

Valores e ética regem o modo de uma pessoa agir e dão sentido à vida. A prática da enfermagem exige que o profissional de enfermagem atue dentro das regras legais e éticas e que, ao mesmo tempo, se mantenha fiel a um sistema de valores pessoais. Surgem, é claro, conflito de valores e, conseqüentemente, o profissional precisa estar preparado para lidar com estes dilemas éticos e resolver os conflitos da melhor maneira possível, para assegurar a qualidade da assistência e uma solução satisfatória do ponto de vista profissional.

### Determinação de Valores dos Profissionais de Enfermagem

O profissional de enfermagem que usa a determinação de valores apresenta um crescimento pessoal e adquire satisfação profissional. Durante os encontros com pacientes, colegas e profissionais de saúde, os seus valores são desafiados e testados. Como ele demonstra uma vontade de ser responsável por atuar profissionalmente? Como suas atitudes em relação a um paciente influenciam o cuidado providenciado? O enfermeiro tem dificuldade em assumir o papel de um profissional se seus valores pessoais são mal concebidos ou pouco claros. A determinação de valores ajuda-o a explorar estes valores e decidir se ele atua de acordo com suas convicções.

Uma visão clara dos valores pessoais permite-lhe dar maior atenção às necessidades dos pacientes. A determinação de valores também facilita a tomada de decisão e resolução de problemas.

O processo de determinação de valores pode ser usado numa base contínua entre os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde que enfrentam conflitos similares diariamente. Nas relações de trabalho, os profissionais de enfermagem desenvolvem uma confiança nos colegas, em cujas reações eles podem confiar. O profissional consciente de seus valores atua rápida e decididamente e pode ajudar seus colegas a determinar seus valores ao lidar e cuidar de pacientes. Compartilhar valores sobre pacientes, suas famílias, colegas de trabalho e companheiros ajudam os profissionais a reconhecer seus próprios valores. Esta partilha ajuda-os a compreender o comportamento dos colegas. As linhas de comunicação tornam-se mais abertas quando se deparam com um tema controverso. A qualidade das relações de trabalho é enriquecida à medida que os profissionais de enfermagem adquirem conhecimento sobre si mesmos e seus colegas.

### **Determinação de Valores de Pacientes**

A valorização também é um instrumento útil no auxílio aos pacientes e seus familiares para adaptarem-se ao estresse da doença e outros problemas relacionados à saúde. O profissional de enfermagem ajuda o paciente a discriminar as emoções para determinar seus significados e sentidos. A determinação de valores é uma atividade para despertar a consciência, através da qual os pacientes adquirem consciência das prioridades pessoais, identificam ambiguidades nos valores e resolvem os conflitos iniciais entre os valores e o comportamento. O objetivo do profissional é comunicar-se com o paciente para ajudá-los a estabelecer comportamento de proteção e promoção de saúde. O paciente torna-se mais propenso a expressar problemas e sentimentos sinceros e, então, ele está apto a estabelecer um plano de assistência individualizado. O enfermeiro que quer saber e aprende quais são os valores do paciente, está apto a planejar um programa bem-sucedido de promoção de bem-estar.

Um sistema de estratégias pode ser usado para tornar a avaliação mais criteriosa, prática e significativa para uma pessoa com valores não muito claros. Essas estratégias são, na verdade, exercícios para ajudar um indivíduo na determinação de valores, utilizando as três etapas de valorização. Os profissionais de enfermagem podem usá-las com os pacientes ou para determinar seus próprios valores.

Algumas vezes é difícil para um profissional de enfermagem determinar quando o paciente pode se beneficiar com a determinação de valores. Nem todos os pacientes acreditam nos valores socialmente preferidos, tais como o desejo de manter sua saúde, uma vontade de trabalhar pesado ou a importância de ter uma carreira de sucesso. Em alguns casos, os comportamentos do paciente sugerem ao profissional de enfermagem que seus valores não são claros. Esses comportamentos podem interferir nos esforços do profissional de enfermagem para promoção

de uma boa assistência. Quando os comportamentos dos pacientes refletem uma necessidade de determinação de valores, o papel do profissional de enfermagem será determinar se o paciente está infeliz, inseguro do seu sistema de valores, ou se está vivenciando um conflito de valores que pode ser prejudicial à sua saúde. Nesses casos, a determinação de valores pode ser útil.

Simplemente encorajar o paciente expressar seus sentimentos pode fornecer informações inadequadas, se o problema real for um conflito de valores. O profissional que está familiarizado com a determinação de valores pode ajudá-lo a definir valores, esclarecer objetivos e procurar soluções.

Proporcionar meios de determinação de valores não é uma tentativa de psicanálise. O papel do profissional de enfermagem é fornecer respostas para as perguntas ou afirmações do paciente, de modo que estimule a introspecção. O estímulo verbal do profissional para a determinação é gerado por uma consciência de que o processo de valorização irá motivar o paciente a examinar seus pensamentos e ações. Esses estímulos podem ajudá-los a escolher um valor livremente, considerar alternativas, apreciar a escolha, afirmá-la a outros e incorporar comportamentos que reflitam o valor escolhido.

Quando o profissional de enfermagem incita um estímulo para a determinação, ele deve ser: breve; sem julgamento; seletivo; que estimule pensamentos, e espontâneo. Isto assegura que o paciente está sendo tratado como um indivíduo com necessidades reais e não permite que o profissional seja severo ou moralizante.

A determinação de valores pode ocorrer em qualquer contexto. A valorização tem sempre mais sucesso quando o profissional tem a oportunidade de um contato repetido com o paciente. É difícil para ele ajudar significativamente o paciente a superar cada etapa do processo de valorização, se o tempo dedicado a isto for curto.

No final, o paciente adquire a noção de como a valorização proporciona satisfação pessoal. A determinação de valores promove a ponderação e tomada de decisões efetivas. O paciente torna-se consciente de como os valores influenciam suas ações, um componente essencial na resolução de problemas.

É necessário tempo para que o profissional possa desenvolver a determinação de valores, como um instrumento para a assistência de paciente. Os profissionais de enfermagem não podem tentar ajudar seus pacientes a examinarem seus valores, a não ser que eles mesmos tenham conhecimento de seus próprios valores. A determinação de valores pode ser um meio valioso dos pacientes identificarem seus sentimentos verdadeiros e convicções e ter um melhor conhecimento de seus objetivos na vida.

### **Valores e Ética**

A singularidade da profissão de enfermagem está na complexidade e diversidade de papéis e responsabilidades assumidas por seus membros. O profissional de enfermagem atua como uma conexão entre o paciente e outros profissionais de saúde, para assegurar que os direitos do paciente sejam respeitados. Atualmente, o profissional está apto a se empenhar visando o objetivo de proporcionar um atendimento completo e abrangente para uma gama maior de pacientes.

A assistência de saúde é realizada numa sociedade pluralística onde existem muitos sistemas de crenças e fé. Com tanta diversidade moral e cultural, frequentemente é difícil definir valores comuns de assistência de saúde. O profissional de enfermagem tem conhecimento de valores e ética e os usa para proporcionar uma boa assistência para o paciente. Depende do próprio profissional a tentativa de resolver dilemas éticos que surgem durante sua interação com o paciente. Se ele sabe claramente o que eles valorizam e por que, estará apto a tomar, e ajudar os pacientes a tomarem, decisões éticas responsáveis.

Uma pessoa que ingressa na profissão de enfermagem possui um conjunto de valores pessoais que guiarão suas ações. Esses valores são o resultado de uma escolha ou hábitos pessoais. Um jovem adulto que ingressa na carreira de enfermagem será incapaz, a princípio, de identificar todos os atributos de um enfermeiro profissional. Mas, após socializar-se com a profissão, ele logo verificará a interação de valores pessoais e profissionais.

Dois valores primários identificados por Hall (1973) são o valor próprio e equivalência. O valor próprio é a crença de uma pessoa em se considerar valiosa para as pessoas importantes de sua vida. O valor próprio está relacionado à confiança, à expressão de emoções e à capacidade de se relacionar com as outras pessoas. O valor de equivalência é a crença de que outras pessoas têm valor equivalente a si mesmo. Hall sugere que estes dois valores primários devem existir conjuntamente. Ter um sentimento positivo pelos outros requer que uma pessoa primeiro avalie a si própria. Esses dois valores primários são "forças orientadoras" na vida pessoal e profissional do enfermeiro.

Existem muitos outros valores, como a confiabilidade e a competência, que o enfermeiro adquire durante a socialização. Se os valores pessoais são similares aos ideais para o trabalho, os profissionais assumem seu papel com pouca dificuldade; se eles são incompatíveis, o profissional de enfermagem provavelmente se sentirá frustrado e insatisfeito.

### Ética Profissional

Que responsabilidades estão envolvidas no papel de um profissional? Fromer relacionou as principais características de um profissional:

- A profissão é exercida em tempo integral e é principal fonte de rendas.
- O profissional vê trabalho como um compromisso a uma solicitação. É mais que um emprego.
- Profissionais estão organizados com seus colegas por razões profissionais, isto é, por razões que transcendem dinheiro e outros benefícios tangíveis.
- O profissional possui conhecimento e habilidade úteis baseados numa educação de duração e dificuldade incontestáveis.
- Os profissionais demonstram uma orientação de atendimento que vai além da motivação financeira.
- O profissional procede de acordo com seu próprio julgamento.

Como profissional, o enfermeiro tem um compromisso com pacientes e com a própria profissão, em fornecer a melhor qualidade de assistência de saúde disponível. A formação educacional do profissional de enfermagem fornece o conhecimento e habilidades necessárias para ajudá-lo a cumprir o compromisso profissional. Experiências clínicas promovem a socialização na profissão, por que o profissional aprende os padrões e normas usados por outros colegas no exercício da profissão e outras disciplinas de assistência médica. O processo de tornar-se um profissional somente está completo quando os valores da profissão são integrados aos valores do indivíduo.

### Códigos de Ética

A profissão de enfermagem possui códigos de ética que asseguram ao profissional a atenção por altos ideais de conduta. Um código de ética profissional é uma declaração coletiva das expectativas do grupo, um padrão de comportamento. Um código de ética para os profissionais de enfermagem relaciona as responsabilidades especiais assumidas por aqueles que cuidam de pessoas doentes. Eles lidam com pessoas, que por causa de doença ou trauma, são frequentemente vulneráveis ou dependentes das capacidades e conhecimentos profissionais. A profissão de enfermagem precisa formular e cumprir altos ideais de conduta para assegurar ao público e a sociedade que os profissionais individualmente, não tirarão partido de suas posições.

Um código é um conjunto de princípios que são geralmente aceitos por todos os membros de uma profissão. Estes princípios indicam alguns dos fatores que os profissionais de enfermagem devem considerar, quando da decisão da conduta apropriada. Códigos de ética também fornecem um alicerce comum para o currículo de enfermagem profissional.

É muito difícil codificar todos os princípios nos quais uma pessoa deve se basear para resolver dilemas num campo complexo como o da enfermagem. Os profissionais de enfermagem enfrentam dilemas éticos que não são claramente regulamentados pelos códigos de ética.

Um código de ética precisa ser curto, no entanto detalhado o suficientemente para que sempre ofereça uma orientação clara e obtenha aceitação geral. A Associação Americana de Profissionais de Enfermagem (AAPE) e o Conselho Internacional de Profissionais de Enfermagem (CIPE) estabeleceram códigos amplamente aceitos, que os profissionais de enfermagem devem tentar seguir. Embora esses códigos se diferenciem em algum ponto de ênfase específica, eles refletem os mesmos princípios básicos.

Cada profissional de enfermagem assume a responsabilidade de realizar atividades de enfermagem específicas na assistência de um paciente. Ser responsável também se refere à esfera das funções de deveres associado ao papel dos enfermeiros. À medida que assumem mais funções, estas funções tornam-se parte de sua responsabilidade. Sendo responsável, ele se torna seguro e digno de confiança pelos colegas e paciente. Um profissional responsável é competente em conhecimento e habilidades. É imperativo que ele também possua responsabilidade ética em relação ao paciente. Um profissional de enfermagem cuida de um paciente que é, no mínimo, parcialmente dependente da escolha de ação feita pelo

enfermeiro e que depositou confiança nas capacidades deste profissional. A responsabilidade de um enfermeiro requer uma disposição de atuação apropriada dentro das diretrizes de conduta da ética profissional.

A profissão de enfermeiro é caracterizada pela responsabilidade; eles precisam estar aptos a responder por suas ações (por exemplo, dar uma dosagem errada de um medicamento). Um profissional de enfermagem responsável denuncia erros e inicia os cuidados para prevenir qualquer prejuízo futuro ao paciente. Ter responsabilidade pede uma avaliação de efetividade do profissional de enfermagem em assumir responsabilidades.

Um profissional de enfermagem tem responsabilidade para com ele, com o paciente, a profissão, a instituição empregatícia e a sociedade. Ele assume a responsabilidade por si próprio, por relatar às autoridades apropriadas qualquer conduta que coloque os pacientes em risco. A prioridade mais alta do profissional é a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Ter responsabilidade para com o paciente significa que o profissional fornece informação precisa a ele sobre o tratamento. Ele tem a responsabilidade de informar o paciente sobre procedimentos e fornecer informações que o ajudem a tomar decisões.

Ele mantém responsabilidade para com a profissão e, conseqüentemente, para com a sociedade, mantendo altos padrões de ética e encorajando outros profissionais a fazerem o mesmo. Ele relata qualquer conduta de outro profissional da mesma área ou de um médico que coloque em risco o paciente. O profissional de enfermagem que falha em apresentar esta conduta é considerado co-responsável.

O profissional de enfermagem tem responsabilidade em relação à instituição. Administradores de enfermagem e médicos são geralmente as pessoas para as quais os profissionais de enfermagem devem obediência. As instituições desenvolvem normas e procedimentos para fornecer diretrizes coerentes para a realização de atividades de assistência de saúde. Normas e procedimentos previnem confusões e erros quando é dada assistência.

A preocupação ética primária de profissionais de enfermagem é ajudar cada paciente a receber assistência de saúde de alta qualidade. Ele possui o potencial não apenas de ajudar os pacientes, mas também de causar algum desconforto ou estresse. É frequentemente difícil discriminar as ações benéficas das desnecessariamente estressantes. Um profissional de enfermagem pode ser mais responsável por um paciente se os benefícios e as desvantagens das ações forem cuidadosamente ponderadas. Sendo responsável, o profissional de enfermagem terá, como consequência maior responsabilidade.

Os conflitos surgem em situações de ser responsável e ter responsabilidade. Frequentemente, entre administradores de enfermagem e médicos, o profissional de enfermagem pode ficar indeciso sobre quem tem responsabilidade por quem. Normas e procedimentos dão uniformidades aos padrões básicos de assistência de enfermagem, deste modo mantém a qualidade de assistência em uma instituição. Se um enfermeiro discorda das expectativas da instituição, é possível trabalhar dentro do sistema para mudá-las, talvez aperfeiçoando ou modificando normas e procedimentos ultrapassados.

A sociedade como um todo tem objetivo de proporcionar assistência de saúde para todos. Como membro de um sistema de saúde, o profissional de enfermagem age dentro das regras desse sistema. Barreiras burocráticas são sempre impostas por este sistema, o que pode criar conflitos envolvendo valores de ética do profissional. Enfermeiros podem entrar em conflito, ao tentarem proteger os direitos dos indivíduos vulneráveis e em condições inferiores. Entretanto, a menos que defendam os direitos de todos os pacientes, não estarão agindo de acordo com as demandas da sociedade.

A responsabilidade profissional serve quatro propósitos básicos:

- Avaliar as novas normas da prática profissional e re-avaliar as existentes.
- Manter os padrões de assistência de saúde.
- Facilitar a reflexão pessoal, o pensamento ético e o crescimento pessoal por parte dos profissionais.
- Fornecer bases para tomadas de decisão éticas.

O desempenho individual de um profissional de enfermagem pode ser medido? Uma tendência recente na assistência de saúde é o estabelecimento de padrões de assistência. A Comissão Mista de Credenciamento de Hospitais tem recomendado certos padrões para o exercício da assistência de enfermagem. Estes padrões fornecem uma estrutura básica para avaliar se assistências de enfermagem competentes são ministradas. O desempenho então pode ser medido objetivamente, bem como criticamente. Tucker e associados produziram um exemplo de um conjunto de padrões a seguir para proporcionar bem-estar físico geral a um paciente, tal como certificar-se de que o paciente está confortável e na posição correta. Esses padrões não eliminam a necessidade de um plano individual de assistência. Entretanto, profissionais de enfermagem que incorporam esses padrões em um plano de assistência satisfazem sua responsabilidade éticas. A responsabilidade é assegurada porque a qualidade de assistência pode ser medida.

### Amparo do Paciente

Os padrões éticos regem o comportamento de profissionais e instituições para com os pacientes. Em contraste, as leis determinam o licenciamento de profissionais e prescrevem os limites da prática legal. Geralmente é verdade que as práticas éticas são práticas legais. Entretanto, somente a lei é prontamente executável.

Como Kohnke destacou, o conceito de amparo transpõe esta lacuna entre a ética e a lei. Em enfermagem, amparo consiste em informar o paciente e, então, apoiar qualquer que seja a decisão tomada. Informar apropriadamente um paciente adéqua-se às responsabilidades legais do profissional de enfermagem e apoiá-lo adéqua-se às necessidades éticas de respeitar o direito de uma pessoa à autodeterminação.

Amparo é um processo complexo que, primeiro, requer do profissional de enfermagem a aquisição da compreensão de suas próprias atitudes, valores e crenças e, depois aprender a aproximar-se do paciente com a men-

te aberta, reconhecendo valores e crenças diferentes. Amparo não é o mesmo que determinação de valores; entretanto, para dar amparo, o profissional de enfermagem precisa determinar quais são os valores.

As duas funções primárias de amparo são informar e apoiar. Para informar um paciente propriamente, o profissional de enfermagem precisa ter informação exata ou saber onde conseguir. O profissional que dá amparo precisa também desejar que o paciente receba a informação. Entretanto, um paciente precisa concordar em receber a informação; ele tem o direito de não saber. Além disso o profissional de enfermagem que dá amparo, fornece a informação de um modo que tenha significado para o paciente. Finalmente, o profissional protetor reconhece que muitas pessoas, como membros de família, médicos, administradores de assistência de saúde, não querem que o paciente obtenha informações. Esta situação torna amparo muito difícil. O papel de protetor torna-se um ato de ponderação cuidadosa, entre contar ao paciente o que ele precisa saber e não prejudicar a relação do paciente com a família ou o médico.

O profissional de enfermagem também dá apoio ao paciente sem assumir uma posição defensiva ou de salvamento. A responsabilidade da tomada de decisões permanece com o paciente e não com o protetor. O enfermeiro protetor não dá conselhos, faz julgamentos ou dá aprovação. O profissional de enfermagem tem consciência dos riscos que são inevitáveis se o paciente tomar decisão errada sobre o tratamento de saúde, mas é o paciente quem decide após receber a informação. Se a decisão for errada, o profissional instrui o paciente como aceitá-la e como fazer uma escolha melhor no futuro.

O estudante de enfermagem principalmente frequentemente encontrará pacientes que pedirão ajuda para tomar decisões simples, como, por exemplo, tomar banho. Essas questões podem ser importantes para um paciente doente. Elas oferecem excelentes oportunidades a um enfermeiro para ajudar o paciente a tomar decisões. Quando decisões mais importantes tiverem que ser tomadas, ele estará mais apto a tomá-las. Ajudando o paciente a tomar decisões aparentemente de pouca importância, o profissional de enfermagem ganha prática no papel de protetor.

Existe um ponto chave a lembrar quando o profissional de enfermagem exerce este papel. Nem todos os pacientes precisam de "amparo". Existem pacientes que são capazes de tomar suas próprias decisões, sem o auxílio do profissional. Entretanto, é sempre apropriado para ele compartilhar informações pertinentes e importantes com o paciente.

### **RESOLUÇÃO COFEN Nº 370/2010**

*Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético.*

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº. 242, de 31 de agosto de 2000;

**CONSIDERANDO** a necessidade de se aperfeiçoar as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de enfermagem;

**CONSIDERANDO** os estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, que fora instituída do COFEN e as sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** o que mais consta do Processo Administrativo COFEN Nº 196/2010.

#### **Resolve:**

*Art. 1º Aprovar o "CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM", que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.*

*Art. 2º Os Conselhos Regionais de Enfermagem deverão dar ampla publicidade ao Código de que trata a presente Resolução, devendo os Profissionais de Enfermagem conhecer seu inteiro teor.*

*Art. 3º O presente Código de Processo Ético entra em vigor no dia 1º de Janeiro de 2011, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN Nº 252/2001.*

*Brasília/DF, 03 de novembro de 2010.*

#### **MANOEL CARLOS NERI DA SILVA**

COREN-RO

Presidente

Caro candidato essa legislação é extensa e não a abordaremos em sua integralidade, segue o sumário e acesse o link abaixo para estudá-la.

### **Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem**

#### **SUMÁRIO**

##### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICO-DISCIPLINARES

DA COMPETÊNCIA

DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO

DAS PARTES

##### **DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR**

DA ADMISSIBILIDADE

DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA

DOS ATOS PROCESSUAIS

DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

DA CITAÇÃO

DA INTIMAÇÃO

DAS NOTIFICAÇÕES

DA CARTA PRECATÓRIA

DOS PRAZOS

DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO

DA INSTRUÇÃO

DAS TESTEMUNHAS

DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO

DA ACAREAÇÃO  
DA PROVA DOCUMENTAL  
DA PROVA PERICIAL  
**DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA**  
DO JULGAMENTO  
DA DECISÃO  
**DAS NULDADES E ANULABILIDADES**  
**DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA**  
DOS RECURSOS  
DO RECURSO PARA A ASSEMBLEIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS  
DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA  
**DA EXECUÇÃO DA PENA**  
**DA REVISÃO DA PENA**  
**DA REABILITAÇÃO**  
**DA PRESCRIÇÃO**  
**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Referências:** [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010\\_33338.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html)

## CONCEITOS DE EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE

Sob o prisma da Ciência Administrativa, faz-se necessária a verificação dos tradicionais conceitos de eficiência e eficácia e de outro mais novo, a efetividade. A partir desse embasamento, será analisado o entendimento da Ciência Jurídica acerca da introdução do Princípio da Eficiência na CF. Serão vistos os principais debates e dúvidas sobre o tema e, ainda, apresentadas algumas observações.

Idalberto Chiavenato ensina que toda organização deve ser analisada sob o escopo da eficácia e da eficiência, ao mesmo tempo:

*eficácia* é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto *eficiência* é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) A *eficiência* é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (...) (Chiavenato, 1994, p. 70).

A eficiência não se preocupa com os fins, mas apenas com os meios, ela se insere nas operações, com vista voltada para os aspectos internos da organização. Logo, quem se preocupa com os fins, em atingir os objetivos é a eficácia, que se insere no êxito do alcance dos objetivos, com foco nos aspectos externos da organização.

À medida que o administrador se preocupa em fazer corretamente as coisas, ele está se voltando para a *eficiência* (melhor utilização dos recursos disponíveis). Porém, quando ele utiliza estes instrumentos fornecidos por aqueles que executam para avaliar o alcance dos resultados, isto é, para verificar se as coisas bem feitas são as que realmente deveriam ser feitas, *então ele está se voltando para a eficácia* (alcance dos objetivos através dos recursos disponíveis) (Chiavenato, 1994, p. 70).

O autor diz que nem sempre se é eficiente e eficaz ao mesmo tempo. Uma organização pode ser eficiente e não ser eficaz e vice-versa. O ideal é ser igualmente eficiente e eficaz.

Chiavenato oferece pitorescos exemplos para diferenciarem os conceitos: eficiência é ir à igreja, enquanto eficácia é praticar os valores religiosos; eficiência é rezar, enquanto eficácia é ganhar o céu; ou ainda utilizando um outro exemplo, eficiência é jogar futebol com arte, enquanto eficácia é ganhar o jogo.

Sérgio Rodrigues Bio (1996), caminha no mesmo sentido no que diz respeito aos conceitos. Para ele “eficiência diz respeito a método, a modo certo de fazer as coisas. (...)”

Uma empresa eficiente é aquela que consegue o seu volume de produção com o menor dispêndio possível de recursos. Portanto, ao menor custo por unidade produzida”. Já a “eficácia diz respeito a resultados, a produtos decorrentes de uma atividade qualquer. Trata-se da escolha da solução certa para determinado problema ou necessidade. (...) Uma empresa eficaz coloca no mercado o volume pretendido do produto certo para determinada necessidade” (BIO, 1996, p. 21).

Porém, o autor vincula a eficácia à eficiência: “(...) a eficácia depende não somente do acerto das decisões estratégicas e das ações tomadas no ambiente externo, mas também do nível de eficiência(...)” (BIO, 1996, p. 22).

Leon C. Megginson, Donald C. Mosley e Paul H. Pietri Jr. dizem que uma das formas de se medir o desempenho organizacional refere-se à eficiência e à eficácia, conceitos que, segundo eles, são bem diferentes.

Para os autores:

*eficiência* é a capacidade de ‘fazer as coisas direito’, é um conceito matemático: é a relação entre insumo e produto (input e output). Um administrador eficiente é o que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão-de-obra, material, dinheiro, máquinas e tempo) necessários à sua consecução. Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente (Megginson et al, 1998, p. 11).

Por outro lado, “*eficácia* é a capacidade de ‘fazer as coisas certas’ ou de conseguir resultados. Isto inclui a escolha dos objetivos mais adequados e os melhores meios de alcançá-los. Isto é, administradores eficazes selecionam as coisas ‘certas’ para fazer e os métodos ‘certos’ para alcançá-las” (Megginson et al, 1998, p. 11).

James A. F. Stoner e R. Edward Freeman dizem que:

*Peter Drucker propôs o julgamento do desempenho de um administrador através dos critérios gêmeos de eficácia – capacidade de fazer as coisas ‘certas’ – e eficiência – a capacidade de fazer as coisas ‘certo’. Desses dois critérios, pelo que sugere Drucker, a eficácia é o mais importante, já que nenhum nível de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha dos objetivos errados* (Stoner e Freeman, 1995. p. 136).

Richard L. Daft diz que:

*eficiência* é um conceito mais limitado que diz respeito aos trabalhos internos da organização. A eficiência organizacional é o volume de recursos utilizados para produzir uma unidade de produto. Ela pode ser medida como a razão entre as entradas e as saídas. Se uma organização puder conseguir um determinado nível de produção com menos recursos que outra, diz-se que ela é mais eficiente (Daft, 1999, p. 39).

Segundo o autor, *"a eficácia organizacional é o grau em que a organização realiza seus objetivos. Eficácia é um conceito abrangente. Ele implicitamente leva em consideração um leque de variáveis tanto do nível organizacional como do departamental. A eficácia avalia a extensão em que os múltiplos objetivos – oficiais ou operativos – foram alcançados"* (Daft, 1999, p. 39).

O autor diz que a eficácia é difícil de ser medida nas organizações e tem opinião parecida sobre a relação entre eficácia e eficiência que Chiavenato:

Às vezes a eficiência conduz à eficácia. Em outras organizações, eficiência e eficácia não são relacionadas. Uma organização pode ser altamente eficiente e não conseguir seus objetivos porque fabrica um produto para o qual não existe demanda. De maneira análoga, uma organização pode alcançar suas metas de lucros, mas ser ineficiente (Daft, 1999, p. 39).

Torres traz os dois conceitos para a área pública:

*Eficácia: basicamente, a preocupação maior que o conceito revela se relaciona simplesmente com o atingimento dos objetivos desejados por determinada ação estatal, pouco se importando com os meios e mecanismos utilizados para atingir tais objetivos. Eficiência: aqui, mais importante que o simples alcance dos objetivos estabelecidos é deixar explícito como esses foram conseguidos. Existe claramente a preocupação com os mecanismos utilizados para obtenção do êxito da ação estatal, ou seja, é preciso buscar os meios mais econômicos e viáveis, utilizando a racionalidade econômica que busca maximizar os resultados e minimizar os custos, ou seja, fazer o melhor com menores custos, gastando com inteligência os recursos pagos pelo contribuinte* (Torres, 2004, p. 175).

Modernamente, a literatura especializada achou por bem incorporar um terceiro conceito, mais complexo que eficiência e eficácia. Trata-se da efetividade, especialmente válida para a administração pública.

A efetividade, na área pública, afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população. Ou seja, ela é mais abrangente que a eficácia, na medida em que esta indica se o objetivo foi atingido, enquanto a efetividade mostra se aquele objetivo trouxe melhorias para a população visada.

Mais uma vez vale a pena recorrer a Torres. Para ele:

*efetividade: é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando*

*claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito* (Torres, 2004, p. 175).

Torres ainda relaciona os conceitos de eficiência e efetividade às reformas gerenciais.

A medida que aumentam as preocupações com a melhoria da qualidade do Estado, as preocupações com eficiência e efetividade vão se sobrepondo às limitadas questões de ajuste fiscal. Ainda segundo o autor, eficiência tem foco na relação custo/benefício, enquanto efetividade se concentra na qualidade do resultado e na própria necessidade de certas ações públicas.

Conforme comentado anteriormente, a introdução do Princípio da Eficiência na Constituição Federal, através da Emenda Constitucional no. 19, representou um marco para a administração pública brasileira.

A Constituição de 1988 representou, para a gestão pública, um retrocesso ao modelo burocrático. Portanto, a edição da Emenda Constitucional no. 19 significa uma verdadeira mudança de paradigma e a possibilidade de importantes avanços para o campo público. Com ela, tem-se a permissão legal para se adotar no Brasil as reformas gerenciais.

A EC 19 contém numerosos artigos com significativas inovações e expressamente traz o Princípio da Eficiência:

*"Art 37- A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, (...)"*

Nesse momento, ao analisar o texto constitucional, cabe recurso aos ensinamentos da Ciência Jurídica.

O renomado Hely Lopes de Meirelles diz que:

*o Princípio da Eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros* (Meirelles, 2002, p. 94).

Maria Sylvia di Pietro cita a mesma definição do Prof Meirelles e acrescenta definição dada por Carvalho Simas, que esse dever de eficiência corresponde ao dever de boa administração da doutrina italiana, o que já se acha consagrado, entre nós, pela Reforma Administrativa Federal do Dec. Lei 200/67, quando submete toda a atividade do Executivo ao controle de resultado, fortalece o sistema de mérito, sujeitando a administração à eficiência administrativa e recomendando a demissão ou dispensa do servidor comprovadamente ineficiente ou desidioso.

A autora ainda diz tratar-se de ideia muito presente entre os objetivos da Reforma do Estado. Com esse objetivo estão sendo idealizados institutos, como os contratos de gestão, as agências autônomas, as organizações sociais e tantas outras inovações com que depara o administrador a todo o momento.

Alexandre de Moraes (2000) diz que este princípio obriga a Administração direta e indireta e seus agentes a prática do bem comum, por meio do manejo de suas competências de maneira imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre almejando a qualidade, bem como adotando os critérios necessários para melhor utilização dos recursos públicos.

Por outro lado, Celso Antônio Bandeira de Mello tem uma visão bem crítica sobre a introdução do princípio:

*Trata-se, evidentemente, de algo mais do que desejável. Contudo, é juridicamente tão fluido e tão difícil o controle ao lume do Direito, que mais parece um simples adorno agregado ao artigo 37 ou o extravasamento de uma aspiração dos que buliram no texto. (...) Finalmente, este princípio é uma faceta de um princípio mais amplo já superiormente tratado há muito tempo no Direito italiano: o princípio da boa administração.*

Lúcia Valle Figueiredo também não vê a novidade com bons olhos:

é de se perquirir o que muda com a inclusão do princípio da eficiência, pois, ao que se infere, com segurança, à Administração Pública sempre coube agir com eficiência com seus cometimentos. Na verdade, no novo conceito instaurado de Administração Gerencial, de 'cliente', em lugar de administrado, o novo 'clichê' produzido pelos reformadores, fazia-se importante, até para justificar perante o país as mudanças constitucionais pretendidas, trazer ao texto o princípio da eficiência. Tais mudanças, na verdade, redundaram em muito pouco de substancialmente novo, e em muito trabalho aos juristas para tentar compreender figuras emprestadas sobretudo do Direito Americano, absolutamente diferente do Direito Brasileiro (Figueiredo, 2001, p. 63).

O Prof Antônio Carlos da Cintra do Amaral, renomado jurista, escreveu um artigo intitulado "O Princípio da Eficiência no Direito Administrativo", na revista eletrônica *Diálogo Jurídico*, no. 13, de junho/agosto de 2002.

Neste artigo, o autor afasta conjecturas sobre a vontade do legislador e sobre a preocupação que ocorreu no Congresso Nacional sobre a tramitação da proposta de emenda constitucional. Para ele, esses fatores não são de nenhuma relevância para a interpretação das normas. Nesse caso, o que deve prevalecer é o significado objetivo do princípio da eficiência, contido no 'caput' do art. 37 da CF.

Em seguida, Amaral remete ao significado comum das palavras eficiência e eficácia no dicionário de Aurélio Buarque de Holanda, no qual elas são consideradas sinônimas. Como acha insuficiente, na busca do significado de eficiência recorre à ciência da Administração, mais especificamente aos conceitos de Idalberto Chiavenato, para diferenciar eficiência de eficácia.

Ao analisar os conceitos da administração, diz que a distinção também existe na ciência do Direito, na doutrina civilista, que distingue, *obrigações de meio* e *obrigações de resultado*.

Nesse sentido, cita Orlando Gomes: *para compreender a discrepância, impõe-se a distinção entre as obrigações de meios e as obrigações de resultado. Correspondem as primeiras a uma atividade concreta do devedor, por meio da qual faz o possível para cumpri-las.*

*Nas outras, o cumprimento só se verifica se o resultado é atingido (Gomes, 1984, p. 21).*

E vai buscar correspondência ainda com o Direito Italiano em Alberto Trabucchi, que afirma: "se a obrigação é de resultado, o adimplemento se entende verificado somente quando o resultado é alcançado; se é de meios, a obrigação é cumprida quando é empregada a atividade que se podia exigir da diligência do bom pai de família" (Trabucchi, 1991. p. 476).

Conclui dizendo que "entendo que o *princípio da eficiência*, contido no 'caput' do art. 37 da Constituição, refere-se à noção de *obrigações de meios*. Ao dizer-se que o agente administrativo deve ser eficiente, está-se dizendo que ele deve agir, como diz Trabucchi, com 'diligência do bom pai de família'".

E argúi se o artigo é de alguma utilidade ou é um simples adorno como diz Celso Antônio Bandeira de Mello, demonstrando pouca convicção acerca de sua serventia.

No entendimento de Amaral, o princípio contido no art 37 da CF aborda apenas o conceito de eficiência, não englobando o da eficácia, nem tampouco, portanto, o da efetividade.

A própria Constituição reconhece a diferença entre eficiência e eficácia. É o que fica patente com a leitura do artigo 74, que trata de um sistema de controle interno integrado entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, inciso II: "comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à **eficácia** e **eficiência** da gestão orçamentária, (...)".

Compartilhando da visão de Amaral, não se pode admitir que a Constituição reconhece a distinção entre conceitos em um artigo e não o faz em outro. Tal hipótese seria completamente absurda.

Nessa seara, pode-se concluir que a CF, ao tratar do princípio da eficiência, não faz menção à eficácia, nem tampouco à efetividade.

Surge então um questionamento fundamental. É viável ou mesmo desejável um Estado eficiente, mas que não seja eficaz nem efetivo? É claro que a resposta é negativa. Toda a moderna teoria gerencial sobre o Estado e, mais ainda, todas as ações do Estado devem ocorrer no sentido de que os objetivos desejados pela administração devam ser alcançados, com os melhores meios possíveis, atendendo às necessidades da população visada. Portanto, dizer que a Constituição naquele momento se referia somente aos meios é um contra-senso.

Outros autores podem afirmar que a vontade do legislador deve ser levada em consideração e que o princípio englobaria o conceito de eficácia, como pode se inferir da opinião de mestres como Moraes e Di Pietro.

Ou seja, para alguns autores o legislador, ao anunciar o princípio da eficiência, estaria englobando também os princípios da eficácia e da efetividade, ou, pelo menos, o primeiro. Os três ou dois princípios estariam condensados em um só. Seria como afirmar que os Constituintes não conheciam ou não levaram em conta a diferenciação oriunda da Ciência Administrativa.

Trilhando essa vertente se avista a solução. O artigo 74 data da redação original da Constituição. Sempre o tema de Controle Interno sofreu muita influência da Ciência da Administração. Daí a menção à eficiência e eficácia.

Já a redação da EC 19 se deu em outra realidade. O que se buscava era a modernização da administração pública. Uma mudança de paradigmas do modelo burocrático, que se preocupava principalmente com meios, para o modelo gerencial, com ênfase em resultados.

A introdução do Princípio da Eficiência significou um norte, um estímulo, uma indicação de caminho para a administração pública. Ela não se satisfazia somente com o controle, ela queria resultados.

A administração pública no Brasil é pendular. Ora grava para o controle, ora para a flexibilidade. A Constituição de 1988 foi um movimento no sentido do controle. A Emenda Constitucional 19 um movimento para a flexibilidade.

Outra controvérsia acerca do Princípio da Eficiência é sua relação com outros princípios, notadamente o Princípio da Legalidade.

Amaral ressalta que não vê oposição entre os princípios da eficiência e o da legalidade, na medida em que a atuação do agente administrativo deve ser eficiente e legal.

Di Pietro afirma que a eficiência é princípio que soma aos demais impostos à administração, não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de gerar sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de Direito.

Bento diz que se pode presumir a possibilidade de ocorrer conflito entre o princípio da eficiência e o da legalidade, ou mesmo o da moralidade. Argumenta que uma saída para essa questão seria o princípio da eficiência ser usado para barrar atos ineficientes, ainda que legais e morais, ou seja, uma arma contra a falta de inteligência administrativa. Para este autor, dizer que a eficiência deve ocorrer dentro dos limites da legalidade não resolve a questão, pois coloca a eficiência em um patamar meramente residual. Mas é preciso ir além e verificar a questão da discricionariedade administrativa.

Uma saída seria:

*a distinção entre as instâncias superiores da administração, encarregadas de formular as estratégias mais gerais a respeito das políticas públicas além de estabelecer o seu marco regulatório, e aqueles órgãos inferiores encarregados da sua implementação, concentrando o projeto antidiscionário sobre o topo da administração enquanto admite a flexibilização organizacional – posto que sempre supervisionada, inclusive do ponto de vista da eficiência – na sua base (Bento, 2003. p. 149).*

Aqui cabe discordar da visão de Bento. Ao se avaliar uma ação estatal sob o prisma da eficiência e sob o da legalidade, não se está diminuindo nenhum dos dois princípios. A Constituição determinou que os Poderes obedecerão aos princípios da eficiência e da legalidade. Logo, todos os atos públicos deverão caminhar sob o resguardo de ambos os princípios. Não pode haver choque entre eles. Não se pode admitir uma ação dentro dos limites da legalidade e não atinente à eficiência, ou vice-versa.

Nesse momento, poderia haver o questionamento se esses debates sobre conceitos jurídicos teriam alguma utilidade para a administração. A resposta com certeza seria positiva. Em toda a oportunidade que alguém ligado a qualquer ciência afirmar que o Princípio da Eficiência

só diz respeito aos meios, que ele é somente um adereço e que guarda alguma objeção ao Princípio da Legalidade, poderá ser respondido pelo administrador público.

A Emenda Constitucional 19 visou à boa administração, a administração capaz de proporcionar bem estar à população. Ela não foi um adereço. Ela permite que leis infraconstitucionais adotem mecanismos inovadores, sob a alegação de que estão de acordo com o Princípio da Eficiência.

A partir dela, toda conduta do governante estritamente legal sob o ponto de vista processual, mas que não traga benefícios práticos, afronta a lei. Por exemplo, a construção de uma ponte. Não basta que o processo licitatório esteja dentro da conformidade legal e que a construção seja feita na melhor relação entre qualidade e preço. É necessário que estes pressupostos sejam cumpridos, mas impõe-se um passo adiante. A ponte tem de atender aos anseios das pessoas que dela se servirão. Ela tem de trazer benefícios à população.

A promulgação da emenda não significou um choque entre duas ciências. Ao contrário, representa um momento em que a Ciência Jurídica, sob a influência dos administradores públicos, produziu um texto condizente com as práticas modernas de gestão e, a partir daí, inclusive utilizando-se de conhecimentos jurídicos, a Ciência da Administração pôde produzir significativos avanços na condução das políticas públicas.

Surgiram as agências executivas, as agências reguladoras, as Oscips, as O.S., o contrato de gestão, o termo de parceria, a modalidade de pregão no âmbito da licitação, e ocorreu o fim da unicidade do regime jurídico único como obrigatoriedade. Essas, entre outras medidas, significaram a materialização dos pressupostos do Princípio da Eficiência, a saber: a eficiência, a eficácia e a efetividade.

Na prática, o que se viu é que o Princípio da Eficiência ultrapassou os limites do debate acadêmico e se instalou definitivamente na vida pública nacional. A partir dele, sob o escopo legal, abriu-se a possibilidade de se praticar a administração pública com eficiência, eficácia e efetividade. Os pressupostos da moderna teoria gerencial podem ser adotados por qualquer governo, seja nos planos federal, estadual ou municipal.

Ou seja, a introdução desse princípio no ordenamento jurídico é a autorização básica e necessária para introduzir a moderna teoria gerencial na administração pública brasileira.

Portanto, cabe agora aos gestores públicos dar as efetivas respostas à população, no sentido de garantir a ela a prestação de comodidades públicas condizentes com seus anseios reais, a tanto tempo postos em segundo plano pelos governantes brasileiros.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fonte: [www.anpad.org.br](http://www.anpad.org.br) - Texto adaptado de Rodrigo Batista de Castro

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, SEÇÃO II – DA SAÚDE

### CONSTITUIÇÃO FEDERAL ART. 196 A 202

#### Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

# ÍNDICE

## CONHECIMENTOS BÁSICOS

Ética e Bioética em Enfermagem: Aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro.....	01
Fundamentos de Enfermagem: O cuidado humanizado em saúde e em enfermagem. Sinais vitais.....	08
Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias e cuidados na aplicação, venóclise).....	25
Aplicação de calor e frio.....	30
Cuidados de enfermagem aos clientes portadores de úlceras por pressão e/ou Feridas.....	31
Cuidados e manuseio de tubos, drenos, sondas e cateteres.....	34
Metodologia da Assistência de Enfermagem: Sistematização da Assistência em Enfermagem, Processo de Enfermagem.....	36
Administração em Enfermagem: princípios e elementos de administração, estrutura organizacional, supervisão, avaliação de desempenho, planejamento de recursos humanos e materiais em enfermagem.....	38
Biossegurança: Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	52
Saúde Coletiva: Vigilância em Saúde.....	55
Programa de prevenção, controle e tratamento da hanseníase e tuberculose.....	64
Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.....	76
Programa Nacional de DST/AIDS.....	78
Calendário de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.....	78
Saúde do adulto e do idoso: Cuidados de enfermagem nas situações clínicas e agravos aos indivíduos e famílias.....	83

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

### RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

*Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

**CONSIDERANDO** que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

**CONSIDERANDO** que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

**CONSIDERANDO** o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

**CONSIDERANDO** a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

**CONSIDERANDO** a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

**CONSIDERANDO** as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

**CONSIDERANDO** a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

**RESOLVE:**

*Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen ([www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)).*

*Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrias e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.*

*Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.*

*Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.*

*Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.*

*Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.*

*Brasília, 6 de novembro de 2017.*

*MANOEL CARLOS N. DA SILVA COREN-RO Nº 63592  
Presidente*

*MARIA R. F. B. SAMPAIO COREN-PI Nº 19084 Primeira-Secretária*

### ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

#### PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamen-

to dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

## PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

## CAPÍTULO I DOS DIREITOS

*Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.*

*Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.*

*Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.*

*Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.*

*Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.*

*Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.*

*Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.*

*Art. 8º Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.*

*Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.*

*Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.*

*Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.*

*Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.*

*Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.*

*Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.*

*Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.*

*Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.*

*Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.*

*Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.*

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

## **CAPÍTULO II DOS DEVERES**

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

§ 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais. Parágrafo único. Respeitar as diretrizes antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegitimidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida,

independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### CAPÍTULO III DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

#### **CAPÍTULO IV DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES**

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – A gravidade da infração;

II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – O dano causado e o resultado;

IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:  
 I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;  
 II – Ter bons antecedentes profissionais;  
 III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;  
 IV – Realizar atos sob emprego real de força física;  
 V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;  
 VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:  
 I – Ser reincidente;  
 II – Causar danos irreparáveis;  
 III – Cometer infração dolosamente;  
 IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;  
 V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;  
 VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;  
 VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;  
 VIII – Ter maus antecedentes profissionais;  
 IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

## CAPÍTULO V DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.



## EXERCÍCIOS COMENTADOS

**1. (Pref. Itupeva/SP-2016/Técnico de Enfermagem/BIORIO)** Avalie, com base no Decreto 7.508/11, as definições a seguir:

- Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
- Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

As definições referem-se respectivamente a:

- a) Mapa de Saúde e Portas de Entrada.
- b) Rede de Atenção à Saúde e Região de Saúde.
- c) Região de Saúde e Mapa de Saúde.
- d) Região de Saúde e Rede de Atenção à Saúde.
- e) Mapa de Saúde e Rede de Atenção à Saúde.

**Resposta: Letra D.** O decreto 7508/11 regulamenta a lei 8080/90, ou seja tenta colocar em prática :

- A Organização do Sus,
- O Planejamento de Saúde,
- A Assistência à Saúde e
- A Articulação Interfederativa.

Busca também concretizar e aprofundar os princípios propostos por essa lei, que são a regionalização, hierarquização, região de saúde e oficializa a Atenção Básica como porta de entrada, ordenadora do cuidado e acesso ao SUS. Além disso, reconhece a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) juntamente com a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) como essenciais para o fortalecimento da governança do SUS.

**2. (Pref. Marilândia/ES-2016/Analista de Serviços Afins-Enfermagem/IDECAN)** Em 1994, o Conselho Federal de Enfermagem homologou a Resolução nº 172/1994, que autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, em âmbito nacional. Sobre essas Comissões, é correto afirmar que

- a) têm função exclusivamente fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.
- b) são órgãos autônomos pertencentes às instituições de saúde e independentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem.
- c) umas das suas finalidades é aplicar as penalidades previstas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nos casos de infração ética.
- d) deverão ser compostas por enfermeiros e técnicos de enfermagem com vínculo empregatício nas instituições de saúde às quais pertencem.

**Resposta: Letra D.** O COFEN tem por finalidade autorizar a criação de Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas

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

### Definições

A enfermagem segundo Wanda Horta é "A ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e torna-lo independente destas necessidades quando for possível através do autocuidado". A enfermagem como ciência pode ser exercida em vários locais tais como : Hospitais, Empresas Particulares (Enf. Do Trabalho), Escolas, Unidades de Saúde. Dentro de introdução à enfermagem estuda-se a enfermagem no âmbito hospitalar.

Nos dias de hoje, o hospital é definido segundo a OMS como elemento de uma organização de caráter médico social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa, e preventiva a população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; e um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

### Funções do Hospital

- **Preventiva:** Principalmente nos ambulatórios, onde os pacientes retornam após a alta para controle.
- **Educativa :** Através da educação sanitária e prática da saúde pública visando o paciente, a família e a comunidade. Sob o ponto de vista de formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde.
- **Pesquisa:** O hospital serve de campo para a pesquisa científica relacionada à saúde.
- **Reabilitação:** O hospital através do diagnóstico precoce utilizando os cuidados clínicos, cirúrgicos e especiais por meios do qual o paciente adquire condições de retornar ao seu meio e suas atividades.
- **Curativa:** A função a qual o Brasil faz como função principal. Tratamento de qualquer natureza.

## CLASSIFICAÇÃO

### Segundo o tratamento:

**Geral:** É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas.

**Especial ou Especializada:** Limita-se a atender pacientes necessitados de assistência de determinada especialidade médica .Ex: Hospital do câncer.

Segundo o número de leitos:

**Pequeno porte:** hospital com capacidade normal de até 50 leitos.

**Médio porte:** hospital com capacidade normal de 50 a 150 leitos.

**Grande porte:** Capacidade normal de 150 a 500 leitos.

**Extra ou Especial:** capacidade acima de 500 leitos.

### Terminologia Hospitalar

**Matrícula ou registro:** definido como a inscrição de um paciente na unidade médica hospitalar que o habilita ao atendimento.

**Internação:** admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.

**Leito Hospitalar:** cama destinada a internação de um paciente em um hospital. Não é considerado leito hospitalar ( cama destinada ao acompanhante, camas transitórias utilizadas no serviço diagnóstico de enfermagem, cama de pré parto, recuperação pós anestésica e pós operatórios, camas instaladas no alojamento de médicos).

**Censo Hospitalar Diário:** É a contagem a cada 24 horas do número de leitos ocupados.

**Dia Hospitalar:** É o período de trabalho, compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

**Leito Dia :** Unidade representada pela cama a disposição de um paciente no hospital.

**Óbito hospitalar:** é o óbito que se verificam no hospital após o registro do paciente.

**Alta:** ato médico que configura a cessação da assistência prestada ao paciente.

### O PACIENTE

O paciente e o elemento principal de qualquer instituição de saúde. Considera-se paciente todo o indivíduo submetido a tratamento, controle especiais, exames e observações médicas.

O paciente procura o hospital quando atingido pela doença, pois se cria nele angustia, inquietação, que leva a exagerar o poder e conhecimento sobre os profissionais que o socorrem, muitas vezes torna-se difícil o tratamento do doente, originando problemas de relacionamento (paciente pessoal).

A doença trás ao paciente graves consequências como:

- Choque emocional ,
- Ameaça do equilíbrio psicológico do paciente,
- Rompimento das defesas pessoais,
- Leva a pedir proteção e cuidados,
- Obriga ao abandono das atividades normais,
- Ao recolhimento ao leito,
- Ao afastamento da comunidade .

O paciente ao ser admitido no hospital espera do médico e da enfermagem, uma explicação, uma palavra de conforto em relação ao seu estado de saúde. Se isto não acontece, o seu quadro psicológico pode ser agravado, levando-o a se tornar submisso e despersonalizado, ou então agressivo.

### Exame físico

O diagnóstico do paciente traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

### Métodos de exame físico

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

- Inspeção: é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.
- Palpação: consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgão), do corpo através da manipulação.
- Percussão: efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.
- Ausculta: consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

No exame físico verificar:

- Condições Gerais: estado de consciência, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.
- Sinais Vitais: Pulso, respiração, pressão arterial, temperatura.
- Postura e Aparelho Locomotor Motricidade, mecânica corporal e marcha.
- Tórax e Pulmões Contorno, expansibilidade, intensidade de ruídos respiratórios.
- Abdômen: Cicatrizes, lesões

### Atribuições do auxiliar de enfermagem no exame físico:

Preparar o material que consiste em:

- Termômetro
- Oftalmoscópio
- Esfigmomanômetro
- Otoscópio
- Estetoscópio
- Cuba-rim
- Martelo de percussão
- Vidro com álcool
- Abaixador de língua

- Bolas de algodão
- Fita métrica
- Toalha
- Para exames especiais, o material varia conforme o exame: espéculo vaginal, luvas, lubrificantes, lâminas, tubos para cultura, etc.)

Preparar o Paciente e o Ambiente :

- Explicar ao paciente o que vai ser feito, a fim de obter a sua colaboração;
- Verificar sua higiene corporal;
- Oferecer-lhe a comadre (se necessário);
- Levá-lo- para a sala de exame ou cercar a cama com biombo;
- Dispor o material para o exame sobre a mesa auxiliar;
- Cobrir o paciente de acordo com o tipo do exame, e da rotina do serviço.
- Obs.: Evitar descobrir o paciente mais do que necessário, procurando também não atrapalhar o médico;
- Usar roupas folgadas ou lençóis para permitir mudanças de posição com maior rapidez;
- Não permitir que o paciente sinta frio descobrindo só a região a examinar;
- Deixá-lo o mais seguro e confortável possível.

### Prestar Assistência Durante o Exame Físico

- Certificar-se da temperatura e iluminação da sala. Fechar janelas se estiver frio e providenciar um foco se a iluminação for deficiente.
- Verificar T.P.R.P.A , peso, altura e anotar no prontuário;
- Despir a camisola do paciente, cobrindo-o com lençol;
- Avisar o medico que o paciente esta pronto para o exame;
- Colocar-se junto a cama do lado oposto aquele que estiver o medico;
- Entregar-lhe os objetos a medida que necessitar.
- Obs.: Se for o enfermeiro ou auxiliar que for realizar o exame físico do paciente ou, colher algum material para exame todos os cuidados acima deverão também ser seguidos

### Posições para o Exame Físico:

#### a) Posição Ginecológica

- Indicações:** Exame vaginal, exame vulvo vaginal, lavagem vaginal, sondagem vesical, tricotomia).
- Descrição da Posição:
  - Colocar a paciente em de decúbito dorsal;
  - Joelhos flexionados e bem separados, com os pés sobre a cama;
  - Proteger a paciente com lençol ate o momento do exame

#### Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar a paciente, avisando-a que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Colocar a paciente em decúbito dorsal horizontal;

- Pedir a paciente para flexionar os membros inferiores, colocando os calcanhares na cama;
- Afastar bem os joelhos;
- Proteger a paciente com lençol em diagonal, de tal forma que uma ponta fique sobre o peito e a outra na região pélvica. As outras duas pontas deverão ser presas sob os calcanhares da paciente;
- Colocar a paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade;

#### **b) Posição de Decúbito Dorsal**

**Indicação:** Realizar exame físico

##### **Técnica:**

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos;
- Deitar o paciente de costas com a cabeça e ombros ligeiramente elevados por travesseiros, as pernas estendidas;
- Dar condições necessárias para a expansão pulmonar, não dobrando o pescoço ou cintura;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo;
- Deixar o paciente em posição correta para evitar distensão dos tendões da perna;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos e os pés bem apoiados;
- Evitar a queda dos pés equinos;
- Proteger o paciente sempre com o lençol, expondo apenas o necessário;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

#### **c) Posição de SIMS**

**Indicação:** Exames retais, lavagem intestinal, exames vaginais, clister

##### **Técnica**

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Colocar o paciente deitado do lado esquerdo
- Aparar a cabeça do paciente sobre o travesseiro
- Colocar o braço esquerdo para trás do corpo
- Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro
- Colocar o membro inferior esquerdo ligeiramente flexionado
- Colocar o membro inferior direito fletido até quase encostar o joelho no abdômen
- Deixar o paciente sempre protegido com lençol, expondo apenas a região necessária
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente.

#### **d) Posição de Fowler:**

**Finalidade:** pacientes com dificuldades respiratórias, para a alimentação do paciente, pós-operatório nasal, buco maxilo, cirurgia de tireoide (tireodectomia).

##### **Técnica:**

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Manter o paciente em posição dorsal, semi-sentado, recostado, com os joelhos fletidos, apoiados em travesseiros ou o estrado da cama modificado;
- Elevar a cabeceira da cama mais ou menos em ângulo de 45 graus
- Elevar o estrado dos pés da cama para evitar que o paciente escorregue
- Verificar se o paciente está confortável
- Proteger o paciente com lençol
- Deixar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento
- Recolocar o material no lugar
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

#### **e) Posição de Decúbito Lateral**

**Finalidade:** Cirurgias renais, massagem nas costas, mudança de decúbito.

##### **Técnica :**

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Posicionar o paciente na cama sobre um dos lados
- Colocar a cabeça sobre o travesseiro, apoiando também o pescoço
- Colocar outro travesseiro sob o braço que está suportando o peso do corpo
- Colocar um travesseiro entre as pernas para aliviar a pressão de uma perna sobre a outra
- Manter o alinhamento corporal a fim de facilitar a respiração;
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o local a ser examinado;
- Colocar o paciente em outra posição confortável após o repouso de mudança de decúbito ou exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

#### **f) Posição em Decúbito Ventral**

**Finalidade:** Laminectomias, cirurgias de tórax posterior, tronco ou pernas.

##### **Técnica**

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Deitar o paciente com o abdômen sobre a cama ou sobre a mesa de exames

# ÍNDICE

## CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Conhecer o programa nacional de segurança do paciente.....	01
Conhecer o código de ética, os valores políticos e os atos normativos da profissão.....	03
Compreender o processo da internação hospitalar (regulação, referência e contra referência).....	03
Conhecer aspectos da Infecção Relacionada à Assistência Hospitalar e cuidados para prevenção da sepse.....	03
Conhecer o processo de cuidado de enfermagem nas principais doenças que afetam os adultos e idosos (traumas, afecções respiratórias, cardíacas, distúrbios psiquiátricos, neurológicos, renais, metabólicos e gastrointestinais), suas causas e consequências para o paciente e família.....	05
Cuidados de Enfermagem em situações críticas de saúde.....	05
Conhecer as indicações, contraindicações e os cuidados ao adulto e idoso em uso de cateteres, sondas, tubo orotraqueal, traqueostomia.....	19
Identificar os cuidados ao adulto e idoso em pré, trans e pós-operatório, analisando os fatores que podem pôr em risco a vida do paciente.....	19
Conhecer os cuidados e riscos ao adulto e idoso em uso de medicamentos. Farmacologia aplicada ao paciente crítico: drogas vasoativas, anti-hipertensiva, antiarrítmicas e anticonvulsivantes, antiplaquetárias, anticoagulantes, analgésicos, antibióticos e ansiolíticos.....	32
Aspectos básicos relativos as condições críticas como choque e parada cardiorrespiratória e seus princípios de diagnóstico e assistência; Princípios básicos do controle metabólico e hidroeletrólítico do paciente internado.....	32

## CONHECER O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE;

### PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 (DOU de 02/04/2013)

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando o art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

Considerando o art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Considerando o art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Considerando o art. 8º, § 6º, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população;

Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país; Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar;

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de

gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

*Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).*

*Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.*

*Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP: I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.*

*Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições:*

*I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;*

*II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;*

*III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;*

*IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;*

*V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:*

*a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e*

*e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;*

e VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

I - Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - Promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - Implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Art. 6º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 7º Compete ao CIPNSP: I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como:

- a) infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;
- c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;
- d) processos de identificação de pacientes; e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde; f) prevenção de quedas; g) úlceras por pressão;
- h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e

i) uso seguro de equipamentos e materiais; II - aprovar o Documento de Referência do PNSP; III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente; IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente;

V - Analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;

VI - Recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e

VIII elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - Do Ministério da Saúde:

a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS);

b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);

c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);

d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

II - Um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

VI - Um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);

VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

IX - Um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);

X - Um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e

XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

§ 1º A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento.

§ 2º A participação das entidades de que tratam os incisos V a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes.

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do CIPNSP no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da publicação desta Portaria.

§ 4º O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Portaria.

§ 5º O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme nor-

matização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Inter gestores Tripartite (CIT). Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Referência:** <http://www.saude.mt.gov.br/upload/control-e-infecoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>

## CONHECER O CÓDIGO DE ÉTICA, OS VALORES POLÍTICOS E OS ATOS NORMATIVOS DA PROFISSÃO;

*Prezado candidato, este tema já foi abordado na apostila "Conhecimentos básicos", no tópico "Ética e Bioética em Enfermagem: Aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro". Não deixe de conferir!*

## COMPREENDER O PROCESSO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (REGULAÇÃO, REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA);

*Prezado candidato, este tema já foi abordado na apostila "Conhecimentos básicos", no tópico "Fundamentos de Enfermagem: O cuidado humanizado em saúde e em enfermagem. Sinais vitais". Não deixe de conferir!*

## CONHECER ASPECTOS DA INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA SEPSE;

### Prevenção e controle de infecção

Fonte de infecção relacionada a artigos hospitalares denominam-se artigos hospitalares os materiais empregados com o objetivo de prevenir danos à saúde das pessoas ou de restabelecê-la, necessários aos cuidados dispensados. Eles têm grande variedades e as mais diversas finalidades, podendo ser descartáveis ou permanentes, e esterilizáveis ou não. A equipe de enfermagem tem importante papel na manutenção dos artigos hospitalares de sua unidade de trabalho, seja em ambulatórios, unidades básicas ou outros setores em que esteja atuando. Para sua previsão e provisão, deve-se levar em consideração as necessidades de consumo, as condições de armazenamento, a validade dos produtos e o prazo de esterilização. Os artigos permanentes devem ter seu uso assegurado pela limpeza, desinfecção, descontaminação e esterilização.

Classificação de artigos hospitalares os artigos utilizados nos serviços de saúde são classificados em três categorias, propostas pela primeira vez por Spaulding<sup>7</sup>, conforme o grau de risco de provocar infecção nos pacientes.

## Classificação Conceito Processo

### Exemplos

Artigos críticos Materiais com elevado potencial de risco de provocar infecção, porque são introduzidos diretamente em tecidos normalmente estéreis Indicação de esterilização Instrumental cirúrgico, agulhas, cateteres intravasculares e dispositivos a eles conectados, como equipos de solução e torneirinhas

Artigos semicríticos Aqueles que entram em contato com mucosa íntegra e pele não-intacta; pode-se tornar artigo crítico se ocorrer lesão acidental durante a realização do procedimento A esterilização não é obrigatória, porém desejável; há indicação de, no mínimo, desinfecção de alto nível Equipamentos de anestesia e endoscópios

Artigos não- críticos Materiais que entram em contato somente com a pele íntegra e geralmente oferecem baixo risco de infecção Dependendo do grau de contaminação, podem ser submetidos à limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível Artigos como comadre, pagão, termômetros

### Processamento de artigos hospitalares

Descontaminação, segundo Rutala<sup>8</sup>, é o processo que visa destruir microrganismos patogênicos, utilizado em artigos contaminados ou em superfície ambiental, tornando-os, conseqüentemente, seguros ao manuseio. Apud Padoveze e Del Monte, 1999. 8 Rutala, 1996.

Pode ser realizada por processo químico, no qual os artigos são imersos em solução desinfetante antes de se proceder a limpeza; por processo mecânico, utilizando-se máquina termodesinfetadora ou similar; ou por processo físico, indicando-se a imersão do artigo em água fervente durante 30 minutos<sup>9</sup> - método não indicado por Padoveze<sup>10</sup> pois, segundo ele, há impregnação de matéria orgânica quando aplicado a artigos sujos. A limpeza é o ato de remover a sujidade por meio de fricção e uso de água e sabão ou soluções detergentes. Há várias fórmulas de detergentes disponíveis no mercado, variando do neutro a específicos para lavadoras.

Ainda nesta classificação, podemos apontar os enzimáticos utilizados para limpeza de artigos por imersão, bastante recomendados, atualmente, por sua eficácia na limpeza - são capazes de remover a matéria orgânica da superfície do material em tempo inferior a 15 minutos (em média, 3 minutos), não danificam os artigos e são atóxicos e biodegradáveis. Limpar é procedimento que deve sempre preceder a desinfecção e a esterilização; quanto mais limpo estiver o material, menor a chance de falhas no processo.

A matéria orgânica, intimamente aderida ao material, como no caso de crostas de sangue e secreções, atua como escudo de proteção para os microrganismos, impedindo que o agente desinfetante/esterilizante entre em contato com a superfície do artigo, tornando o procedimento ineficaz.

Para a realização da descontaminação e limpeza dos materiais, recomenda-se adotar as seguintes medidas: os procedimentos só devem ser feitos por profissionais de-

vidamente capacitados e em local apropriado (expurgo); sempre utilizar sapatos fechados, para prevenir a contaminação por respingos; quando do manuseio de artigos sujos, estar devidamente paramentado com equipamentos de proteção: avental impermeável, luvas de borracha antiderrapantes e de cano longo, óculos de proteção e máscara ou protetor facial; utilizar escovas de cerdas macias, evitando a aplicação de materiais abrasivos, como palhas de aço e sapólio; as pinças devem estar abertas quando de sua imersão na solução; desconectar os componentes acoplados, para uma efetiva limpeza; enxaguar os materiais em água corrente potável; secar os materiais com tecido absorvente limpo, atentando para o resultado da limpeza, principalmente nas ranhuras das pinças; Os detergentes enzimáticos são indicados para a limpeza de qualquer material ou instrumental médico-hospitalar que contenha matéria orgânica.

Dissolvem sangue, restos mucosos, fezes, vômito e outros restos orgânicos. São desenvolvidos especificamente para limpeza manual, automática, ultrassônica e lavadoras de endoscópios. A limpeza de artigos no ambiente hospitalar pode ser realizada manualmente ou em máquinas lavadoras, associadas ou não ao processo de desinfecção. 9 Padoveze e Del Monte, 1999, p. 5. 10 Op. cit, 1999. 11 Ibidem, 1999. 3 1 PROFAE armazenar o material ou encaminhá-lo para desinfecção ou esterilização. Desinfecção é o processo de destruição de microrganismos em estado vegetativo (com exceção das formas esporuladas, resistentes ao processo) utilizando-se agentes físicos ou químicos.

O termo desinfecção é aplicado tanto no caso de artigos quanto de superfícies ambientais. A desinfecção pode ser de: alto nível: quando há eliminação de todos os microrganismos e de alguns esporos bacterianos; nível intermediário ou médio: quando há eliminação de microbactérias (bacilo da tuberculose), bactérias na forma vegetativa, muitos vírus e fungos, porém não de esporos; baixo nível: quando há eliminação de bactérias e alguns fungos e vírus, porém sem destruição de microbactérias nem de esporos.

Os processos físicos de desinfecção são a pasteurização e a água em ebulição ou fervura. A pasteurização é uma desinfecção realizada em lavadoras automáticas, com exposição do artigo em água a temperaturas de aproximadamente 60 a 90 graus centígrados por 10 a 30 minutos, conforme a instrução do fabricante. É indicada para a desinfecção de circuitos de respiradores. A água em ebulição ou fervura é utilizada para desinfecção de alto nível em artigos termo resistentes.

Consiste em imergir totalmente o material em água fervente, com tempo de exposição de 30 minutos<sup>13</sup>, após o que o material é retirado com o auxílio de pinça desinfetada e luvas de amianto de cano longo. Em seguida, deve ser seco e guardado em recipiente limpo ou desinfetado ressalve-se que esse procedimento é indicado apenas nas situações em que não se disponha de outros métodos físicos ou químicos.

A desinfecção de artigos hospitalares por processo químico é feita por meio de imersão em soluções germicidas. Para garantir a eficácia da ação faz-se necessário: que o artigo esteja bem limpo, pois a presença de matéria orgânica reduz ou inativa a ação do desinfetante;

que esteja seco, para não alterar a concentração do desinfetante; que esteja totalmente imerso na solução, sem a presença de bolhas de ar; que o tempo de exposição recomendado seja respeitado; que durante o processo o recipiente seja mantido tampado e o produto esteja dentro do prazo de validade. Esterilização é o processo utilizado para destruir todas as formas de vida microbiana, por meio do uso de agentes físicos (vapor saturado sobre pressão autoclave e vapor seco estufa) e químicos (óxido de etileno, plasma de peróxido de hidrogênio, formaldeído, glutaraldeído e ácido peracético).

A esterilização pelo vapor saturado sob pressão é realizada em autoclave, que conjuga calor, umidade, tempo e pressão para destruir os microrganismos. Nela podem ser esterilizados artigos de superfície como instrumentais, baldes e bacias e artigos de espessura como campos cirúrgicos, aventais e compressas, e artigos críticos e semicríticos termo resistentes e líquidos. Na estufa, o calor é produzido por resistências elétricas e propaga-se lentamente, de maneira que o processo é moroso e exige altas temperaturas - vários autores indicam a esterilização por esse método apenas quando haja impossibilidade de submeter o material à auto clavação, como no caso de pós e óleos<sup>14,15</sup>. O material a ser processado em estufa deve ser acondicionado em caixas metálicas e recipientes de vidro refratário.

Frise-se que a relação tempo-temperatura para a esterilização de materiais por esse método é bastante controversa e as opiniões muito divergentes entre os diversos autores

#### **Fonte de infecção relacionada ao ambiente**

O ar, a água e as superfícies inanimadas verticais e horizontais fazem parte do meio ambiente de uma instituição de saúde. Particularmente no hospital, o ambiente pode tornar-se foco de infecção hospitalar, embora estudos tenham demonstrado não ser esse o principal meio de transmissão.

Os cuidados com o ambiente estão centrados principalmente nas ações de limpeza realizadas pelo Serviço de Higiene Hospitalar. Há uma estreita relação deste com o Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, cabendo-lhe as seguintes incumbências: padronizar produtos a serem utilizados na limpeza; normatizar ou indicar o uso de germicidas para as áreas críticas ou para as demais, quando necessário; participar de treinamentos e dar orientação técnica à equipe de limpeza; participar da elaboração ou atualização de manuais a respeito do assunto.

#### **Classificação das áreas hospitalares**

A frequência da limpeza varia de acordo com as áreas do hospital. Da mesma maneira que os artigos, as áreas hospitalares também foram classificadas de acordo com os riscos de infecção que possam oferecer aos pacientes:

## Área crítica

São as áreas de maior risco para a aquisição de infecções, devido a presença de pacientes mais susceptíveis ou pelo número de procedimentos invasivos realizados; são também considerados como críticos os locais onde os profissionais manipulam constantemente materiais com alta carga infectante UTI, centro cirúrgico, centro obstétrico e de recuperação pós-anestésica, isolamentos, setor de hemodiálise, banco de sangue, laboratório de análises clínicas, banco de leite, dentre outros.

**CONHECER O PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS DOENÇAS QUE AFETAM OS ADULTOS E IDOSOS (TRAUMAS, AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS, CARDÍACAS, DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS, NEUROLÓGICOS, RENAI, METABÓLICOS E GASTROINTESTINAIS), SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE E FAMÍLIA.**

*Prezado candidato, este tema já foi abordado na apostila "Conhecimentos básicos", no tópico "Saúde do adulto e do idoso: Cuidados de enfermagem nas situações clínicas e agravos aos indivíduos e famílias". Não deixe de conferir!*

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES CRÍTICAS DE SAÚDE;

**Urgência:** quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco até mesmo de morte. Na medicina, ocorrências de caráter urgente necessitam de tratamento médico e muitas vezes de cirurgia, contudo, possuem um caráter menos imediatista. Esta palavra vem do verbo "urgir" que tem sentido de "não aceita demora": O tempo urge, não importa o que você faça para tentar pará-lo. Estado grave, que necessita atendimento médico, embora não seja necessariamente urgente. Exemplos: contusões leves, entorses, hemorragia classe I, etc.

**Emergência:** quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo; incidente; imprevisto. No âmbito da medicina, é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato. Por isso, em algumas ambulâncias ainda há "emergência" escrita ao contrário e não "urgência". Estado que necessita de encaminhamento rápido ao hospital. O tempo gasto entre o momento em que a vítima é encontrada e o seu encaminhamento deve ser o mais curto possível. Exemplos: hemorragias de classe II, III e IV, etc.

### O Papel das Unidades de Urgência e Emergência no Sistema de Atenção à Saúde

No Brasil as Unidades de Urgência e Emergência, contrariando o que para elas havia sido planejado tornaram-se, principalmente a partir da última década do século passado, as principais porta de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para a obtenção de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências.

Com a universalização da atenção, garantida pela constituição de 1988, os contingentes populacionais, até então sem nenhum tipo de cobertura, passaram a pressionar o sistema fazendo com que, tanto nas pequenas cidades como nos grandes centros urbanos, os hospitais, através de suas Unidades de Urgência e Emergência, recebessem o impacto direto desta nova demanda, que em outras circunstâncias deveria destinar-se, prioritariamente ao atendimento ambulatorial, prestado na rede de postos de saúde, nas policlínicas e nos hospitais.

São inúmeras as explicações para esta distorção, responsável em parte pela crescente queda de qualidade do atendimento nos hospitais, sufocados que estão por uma demanda que não têm condições financeiras, tecnológicas e espaciais de satisfazer. Enfrentando filas intermináveis a população que depende da rede pública, encontra grandes dificuldades na marcação de consultas, inclusive nos postos de saúde, idealizados para ser a principal porta de entrada no sistema de atenção à saúde.

A realidade demonstra que este sistema tem sido incapaz de oferecer atendimento adequado a nível ambulatorial no diagnóstico e tratamento de ocorrências que exijam a presença de especialistas ou exames de maior complexidade. Mesmo quando estes serviços estão disponíveis, os prazos de atendimento oferecidos geralmente não se mostram compatíveis com a gravidade dos problemas ou ainda com a paciência, quase inesgotável, dos que buscam tratamento.

Nestes aspectos concordamos inteiramente tanto com o diagnóstico de Cecílio ao colocar em dúvida a adequação de um modelo de atenção idealizado para operar na forma de uma pirâmide, como com sua proposta de diversificar as portas de entrada no sistema, que passaria a ter a forma de um círculo. Infelizmente o drama das longas esperas não se esgota com a realização da primeira consulta, já que na maioria dos casos são solicitados exames complementares que via de regra não estão disponíveis nos postos de saúde, obrigando os pacientes a procurar unidades com maiores recursos de diagnóstico e se sujeitar novamente a prazos de atendimento extremamente longos.

Outro agravante do sistema é o horário reduzido de funcionamento das unidades de menor porte da rede de saúde, horário que coincide com a jornada de trabalho, dificultando sua utilização por grande parte da população. Assim um grande número de pacientes prefere abrir mão do atendimento oferecido nos postos de saúde, apesar de sua maior acessibilidade, para se dirigir às Unidades de Urgências e Emergências que oferecem, em geral, atendimento de 24 horas, maior oferta de clínicas especializadas, exames de maior complexidade e, caso necessário, a possibilidade de internação.

Esta distorção, entre inúmeras outras que afetam o modelo brasileiro de atenção à saúde, provoca uma série de impactos no funcionamento das Unidades de Emergência que devem, necessariamente, ser consideradas pelo arquiteto já nas primeiras tarefas de programação e dimensionamento, prevendo, por exemplo, um número maior de consultórios, para responder ao atendimento ambulatorial disfarçado que nelas é prestado, um reforço no dimensionamento dos recursos de diagnóstico e uma maior permanência dos pacientes após receber algum tipo de atenção.

A falta de atenção a esta realidade faz com que as salas de espera e as salas de observação sejam, em geral, sub-dimensionadas, sendo fato corriqueiro a presença de pacientes e acompanhantes amontoados nas salas de espera e nos corredores sem nenhum tipo de conforto e orientação. Nestas condições os ambientes de observação deixam de atender às suas funções específicas, passando a funcionar como verdadeiras unidades de internação.

As Unidades de Urgência prestam atendimento imediato em casos que, em princípio, não ofereçam risco de vida, exigindo instalações e equipamentos mais simples, próprios de uma retaguarda de baixa e média complexidade. As Unidades de Urgência / Emergência, por sua vez, são locais onde são praticados além dos procedimentos de menor complexidade, característicos das situações de urgência, procedimentos de maior complexidade, que podem oferecer risco de vida.

Estas unidades, diferentemente das Urgências devem operar com um nível elevado de resolutividade, demandando uma retaguarda dotada de recursos de apoio ao diagnóstico (imagenologia, traçados gráficos, laboratório de análises clínicas etc.), tratamento (centro cirúrgico, centro obstétrico e UTIs), observação e internação compatíveis com a complexidade dos procedimentos nelas praticados.

Dentre as diversas unidades funcionais que compõem o edifício hospitalar, as emergências são as que mais necessitam de flexibilidade arquitetônica, já que seu modelo de funcionamento poderá sofrer constantes mudanças, tanto pela incorporação de novas tecnologias como pela orientação dada por diferentes equipes de saúde.

O dimensionamento, a sinalização e a localização destas áreas, externas à edificação, devem ser cuidadosamente estudados, devido à necessidade de garantir aos usuários (que em geral, não estão familiarizados com a EAS) um rápido acesso ao hall de entrada, fundamental nos casos que por sua gravidade exijam um atendimento imediato. A área de manobra das ambulâncias deve ser dimensionada de modo a possibilitar que encostem de

ré, facilitando os procedimentos de desembarque dos pacientes. Deve-se prever uma área de desembarque coberta para no mínimo duas ambulâncias.

#### **Sala de Triagem e de Consulta de Enfermagem:**

O objetivo da sala de triagem é dar maior eficiência ao atendimento, efetuando uma primeira avaliação do paciente, para somente então encaminhá-lo às áreas de diagnóstico e tratamento. Esta avaliação pode ser feita pela equipe médica, ou eventualmente pela de enfermagem. A consulta de enfermagem, por sua vez, tem como objetivo agilizar o atendimento, através da diminuição do tempo da consulta médica, cuidando a equipe de enfermagem de levantar as primeiras informações do sobre o paciente, anotando seus dados antropomórficos, tomando sua temperatura e tirando sua pressão arterial.

A existência de salas de triagem e a realização de consultas de enfermagem dependerão do modelo de atendimento adotado pela direção da unidade, que poderá optar por efetuar os procedimentos de triagem em outros ambientes da edificação (salas de espera, consultórios indiferenciados e, até mesmo, nos halls de acesso), assim como descartar a realização das consultas de enfermagem, alegando que a diminuição do tempo de consulta médica não é desejável quando se busca um melhor acolhimento do paciente.

As consultas de enfermagem são mais comuns em unidades ambulatoriais, onde o tempo de espera pela consulta médica não é tão crítico. Quando realizadas em unidades de emergência, este tipo de consulta contribui para retardar o contato do paciente com a equipe médica, o que não se coaduna com os procedimentos nelas praticados. A adoção crescente da consulta de enfermagem nas unidades de emergência deve-se, em parte, ao atendimento ambulatorial disfarçado que, cada vez mais, vem sendo praticado nessas unidades.

**Posto de Enfermagem Central:** Além dos postos de enfermagem exclusivos das salas de observação a unidade de emergência deve ser dotada de um posto de enfermagem central, que além de exercer uma atividade de controle de todo o funcionamento da unidade apoia, com o serviço de enfermagem, os diferentes atendimentos realizados na unidade. Para exercer de forma adequada estas funções a localização do posto de enfermagem central deve ser cuidadosamente estudada de forma a proporcionar uma visão o mais ampla possível da unidade, facilitando o controle das diferentes tarefas e o acesso da equipe de saúde. A correta disposição e o dimensionamento das partes que integram o posto de enfermagem são cuidados importantes para otimizar seu funcionamento. Podemos considerar que o posto de enfermagem divide-se em três partes principais: a área onde se localiza o serviço de enfermagem, dotada de banca e cuba de lavagem, a área de prescrição e a área onde se localiza o balcão de atendimento.

#### **RCP**

A parada cardiorrespiratória pode ser entendida como uma condição de emergência severa no qual há uma interrupção das atividades respiratórias e circulatórias. A intervenções de emergência visam restabelecer

a circulação sanguínea e a oxigenação. O suporte Básico de Vida são medidas de primeiros socorros para pacientes em parada cardio respiratória fora do ambiente hospitalar.

## SUORTE BÁSICO DE VIDA

Em uma situação de parada cardiorrespiratória fora da Unidade de Saúde devemos utilizar o Suporte Básico de Vida através de seus passos chamados de “**CABD primário**”, em que:

- “**C**” significa **C**hecar se a vítima responde e se há respiração, **C**hamar por ajuda, **C**hecar pulso, realizar **C**ompressões (30 compressões);
- “**A**” significa **A**bertura de vias aéreas;
- “**B**” significa **B**oa ventilação (realizar 2 ventilações);
- “**D**” significa **D**esfibrilação.

### Sequência Completa de Atendimento a uma Vítima em Parada cardiorrespiratória

#### Segurança do Local

A primeira decisão a tomar quando encontrar uma vítima em parada cardiorrespiratória fora da unidade hospitalar é avaliar a **segurança do local**. Deve haver segurança tanto para a vítima quanto para o socorrista. Caso o local seja de risco, o socorrista deverá primeiro garantir a segurança antes de iniciar as manobras de suporte básico de vida. Ex.: Se a vítima encontra-se em um prédio em desmoronamento, o socorrista deverá retirar a vítima deste local; Caso a vítima esteja no trânsito, o socorrista deverá primeiro tornar o local seguro (sinalizando de forma a desviar ou parar o trânsito) ou remover a vítima para um local seguro. Depois de garantir a segurança, prosseguir o atendimento.

#### Avaliar a Responsividade e a Respiração da Vítima

Chamar a vítima, se ela não responder, aplique contato físico. Caso a vítima responda, apresente-se e converse com ela indagando se precisa de ajuda. Se a vítima não responder, cheque a respiração através da observação do tórax, se há elevação do tórax em menos de 10 segundos. Se a vítima tem respiração, permaneça ao seu lado e observe a sua evolução. Se achar necessário chame ajuda. Caso a vítima não tenha respiração ou estiver somente com *gasping* (respiração agonizante), chame ajuda imediatamente.

#### Chame Ajuda

Em um ambiente fora do hospital, ligue para a emergência (Sistema de Atendimento Móvel de Saúde – SAMU 192). Se estiver sozinho no atendimento, peça para uma pessoa chamar ajuda, enquanto continua prestando assistência. A pessoa que ficou responsável por ligar para o Serviço Médico de Urgência deverá ter condições de responder as perguntas como a localização do incidente, condições da vítima, tipo de atendimento que está sendo prestado e o que já foi realizado, etc.

Se por ventura, o socorrista estiver sozinho, sem ninguém por perto, e a vítima está em parada cardiorrespiratória por hipóxia (trauma, overdose de drogas e crianças), o socorrista deverá primeiro fazer 5 ciclos de ressuscitação cardiopulmonar “RCP” e só depois chamar ajuda.

#### Cheque o Pulso

Caso a vítima não apresenta respiração, cheque o pulso carotídeo em menos de 10 segundos:

- **Vítima apresenta pulsação** – faça ventilação a cada 5 a 6 segundos, mantendo uma frequência de 10 a 12 ventilações por minuto. Cheque o pulso a cada 2 minutos.
- **Vítima não apresenta pulsação ou está em dúvida** – Inicie ciclos de compressões e ventilações (30 compressões por 2 ventilações).

#### Inicie Ciclos de 30 compressões seguidas por 2 Ventilações

Caso haja ausência de pulso e respiração, inicia-se as compressões torácicas seguidas de 2 ventilações.

#### Procedimento Adequado de Compressões Torácicas

Para reverter a parada cardiorrespiratória é fundamental realizar as compressões torácicas de forma correta. Para realizar as compressões torácicas:

1. **Posicione ao lado da vítima**. Mantenha seus joelhos com certa distância um do outro de forma que dê uma melhor estabilidade;
2. **Afaste as roupas**, ou se tiver tesoura, corte as roupas que cobrem o tórax deixando essa região desnuda;
3. **Posicione-se** – Coloque a região hipotênar de uma mão sobre o esterno da vítima e coloque a outra mão sobre a primeira, de forma a entrelaçá-las. Estenda os braços e posicione formando um ângulo de aproximadamente 90°C acima da vítima;
4. **Faça compressões** com uma frequência, de no mínimo, 100 compressões por minuto. A compressão deverá realizar uma profundidade de, no mínimo, 5 cm. Permita que o tórax volte à posição normal antes de realizar a próxima compressão; Atente-se para minimizar interrupções das compressões;

**Observação:** Importante reverter com outro socorrista, a cada 2 minutos, para evitar o cansaço e compressões de má qualidade.

#### Ventilações

As ventilações deverão ocorrer apenas após as 30 compressões. Deve-se realizar 30 compressões para 2 ventilações com duração de 1 segundo cada e oferecer quantidade de ar que promova a elevação do tórax da vítima.

Além disso, antes de iniciar as compressões e ventilações, será necessária a abertura da via aérea, que poderá ser feita inclinando a cabeça da vítima e elevando o seu queixo. Caso haja suspeita de trauma, proceda com a elevação das mandíbulas de modo a não tracionar a coluna cervical.

## Ventilação em Vítima com Apenas Parada Respiratória

Quando a vítima apresenta somente uma parada respiratória ou em vítima com *gasping* apresentando pulso, o socorrista deverá fazer 1 ventilação a cada 5 ou 6 segundos que darão uma frequência média de 10 a 12 ventilações por minuto.



### FIQUE ATENTO!

Prestar atenção ao Suporte Básico de Vida através de seus passos chamados de CABD primário, visto que seus passos são muito importantes nos concursos públicos.

## Desfibrilação

A fibrilação ventricular é uma condição na qual o coração desempenha um grande quantidade de sístoles num período de tempo curto de modo que não há tempo do coração se encher de sangue durante a diástole provocando uma condição de choque cardiogênico seguido de parada cardíaca. A melhor forma de evitar a parada cardíaca é desfibrilar antes que a parada cardíaca se concretize.

### Tempo Ideal para realizar a Fibrilação Ventricular

- Primeiros 3 a 5 minutos de parada cardiorrespiratória, o coração se encontra em fibrilação ventricular grosseira;
- Depois de 5 minutos, a fibrilação ventricular diminui amplitudes das sístoles devido à queda de energia do tecido miocárdio.

Neste sentido, o tempo ideal para realizar a desfibrilação é quando a fibrilação ventricular se inicia, ou seja, nos primeiros 3 a 5 minutos da parada cardiorrespiratória.

A desfibrilação é o único tratamento para parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.

### Referências Bibliográficas

[www.enfermagemesquematzada.com.br/parada-cardiorrespiratoria](http://www.enfermagemesquematzada.com.br/parada-cardiorrespiratoria)

## Obstrução das vias aéreas por corpo estranho (Ovace)

A obstrução de vias aéreas por corpo estranho é bastante comum em nosso cotidiano, podendo ocorrer durante o almoço, brincadeiras entre crianças, churrasco entre amigos, dentre outros.

O reconhecimento precoce é fator determinante para o tratamento e evolução satisfatória do quadro.

Podemos encontrar obstrução leve da via aérea quando o cliente tem troca gasosa, está consciente, consegue tossir e apresentar chiados no peito quando respira. Nesse caso, encorajar a pessoa a tossir para expelir o corpo estranho, acompanhando sua evolução. Caso a obstru-

ção da via aérea se torne grave, a troca gasosa pode estar insuficiente ou ausente. A pessoa pode não conseguir tossir, ruídos respiratórios podem ser percebidos ou estar ausente, a pele fica cianótica e não consegue falar nem respirar. Nesse momento, a pessoa leva as mãos ao pescoço, agarrando-o com o polegar e os dedos, olhos arregalados, apresentando claro sinal de asfixia. É necessário acionar imediatamente o serviço de emergência.

Nessa situação, indica-se a Manobra de Heimlich. Para isso, você deve posicionar-se atrás do cliente, envolvendo-o com os braços, fechando uma das mãos, que é colocada com o lado do polegar contra o abdome na linha média entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical. O punho fechado deve ser agarrado pela outra mão. Em seguida, aplicar golpes rápidos para dentro e para cima até que o corpo estranho seja expelido ou a pessoa tornar-se inconsciente. Esta manobra provoca uma tosse artificial, tentando expelir o corpo estranho. Caso a pessoa fique inconsciente, inicie o protocolo de SBV. Em Ovace, é importante a retirada do corpo estranho, que somente deve ser removido se for visualizado.

Tentar visualizá-lo na região posterior da faringe após realizar a primeira ventilação. A varredura digital às cegas não deve ser realizada.

Para pessoas obesas, aplique compressões torácicas em vez de abdominais, caso não consiga envolvê-la com os braços.

## Ovace em Crianças

A Manobra de Heimlich pode ser aplicada em crianças, porém, observe que a estatura da criança é menor que a do adulto. Para que a manobra seja realizada com eficiência, você deve ficar ajoelhado atrás da criança, de modo que fique aproximadamente com sua estatura para a execução da manobra. Cuidado, pois as compressões abdominais em crianças podem causar lesões internas pela proximidade dos órgãos.

### Ovace no bebê

Para realizar a desobstrução de vias aéreas em bebês responsivos, sentar-se ou ajoelhar-se com bebê em seu colo, segurando-o de barriga para baixo e com a cabeça levemente mais baixa que o tórax, apoiada em seu antebraço. Apoie a cabeça e a mandíbula do bebê com sua mão, com cuidado para não comprimir os tecidos moles do pescoço.

Apoie seu antebraço sobre sua coxa ou colo para dar suporte ao bebê. Com a região hipotênar de sua mão, aplicar cinco golpes nas costas entre as escápulas do bebê; cada golpe deve ter a intensidade suficiente para deslocar o corpo estranho. Após aplicar os cinco golpes nas costas, posicione a outra mão nas costas do bebê e apoie a região posterior de sua cabeça com a palma de sua mão. O bebê ficará adequadamente posicionado entre seus dois antebraços, com a palma de uma mão dando suporte à face e à mandíbula, enquanto a palma da outra mão apoia a parte posterior da cabeça. Girar o bebê enquanto apoia sua cabeça e pescoço. Segure-o de costas. Repouse seu antebraço sobre sua coxa e mantenha a cabeça do bebê mais baixa que o tronco. Aplique cinco compressões torácicas rápidas abaixo da linha dos mamilos, no mesmo local onde se realiza a RCP.

Aplique as compressões torácicas com uma frequência de uma por segundo, com a intensidade suficiente para deslocar o corpo estranho.

Alterne a sequência de cinco golpes nas costas e cinco compressões torácicas até que o objeto seja removido. Se o bebê tornar-se inconsciente, parar de aplicar os golpes nas costas, colocando-o em uma superfície rígida e plana. Abra a via aérea e inspecione se o corpo estranho se encontra na região posterior da faringe, pois só deve ser removido quando visualizado. A varredura digital às cegas não deve ser realizada.

Realize cinco ciclos de 30 compressões e duas ventilações, observando durante a ventilação se visualiza o corpo estranho. Após aproximadamente 2 minutos de RCP, acione o serviço de emergência.

O lactente não deve ser abandonado para solicitar ajuda. Mantê-lo sempre ao seu lado.

### **Cuidando do cliente com agravos respiratórios em urgência e emergência**

Dentre os agravos respiratórios destacam-se a insuficiência respiratória, a asma, a embolia pulmonar e edema agudo de pulmão.

Sabemos que a incidência de problemas respiratórios é maior nos meses de inverno, principalmente em crianças e idosos. Segundo pesquisa coordenada pelo professor Saldiva, do Departamento de Poluição Atmosférica da FMUSP, nessa estação do ano a procura por pronto-socorros infantis aumenta cerca de 25% no município de São Paulo. Aponta ainda que nesse mesmo período a taxa de mortalidade de idosos acima de 65 anos aumenta em torno de 12%. Segundo o pesquisador, esses números indicam os chamados efeitos agudos da poluição, considerada um dos fatores de risco para a maior incidência de problemas respiratórios.

Em atenção às urgências, a insuficiência respiratória (IR) destaca-se como um dos agravos que requer atenção especial devido a sua gravidade. Está relacionada à incapacidade do sistema respiratório em manter as trocas gasosas em níveis adequados, resultando na deficiência de captação e transporte de oxigênio (O<sub>2</sub>) e/ou na dificuldade relacionada à eliminação de gás carbônico (CO<sub>2</sub>). Pode ser classificada em aguda e crônica. Esta classificação é eminentemente clínica, baseada na maior ou menor rapidez em que surgem os sintomas e sinais clínicos, acompanhados por alterações evidenciadas por meio de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos.

Em condições fisiológicas e repouso, o lado direito do coração envia para a circulação pulmonar cerca de 5 litros de sangue por minuto. Ao passar pelos capilares ocorre a hematose, com captação de oxigênio pela corrente sanguínea e eliminação de CO<sub>2</sub> para os alvéolos. Para que estes 5 litros de sangue regressem para o lado esquerdo do coração como sangue arterial, é necessário que no mesmo intervalo de tempo circule pelos alvéolos cerca de 4 litros de ar. Em caso de diminuição da ventilação alveolar surge a hipoxemia.

Esse fato pode ocorrer quando um grupo de alvéolos está parcialmente ocupado por líquido ou quando a via aérea está parcialmente obstruída. Com o agravamento

do quadro, a ventilação de uma área considerável do pulmão poderá entrar em colapso, originando um verdadeiro "curto-circuito" ou shunt e retenção de CO<sub>2</sub>, caracterizando a hipercapnia.

Para avaliar as condições de ventilação pulmonar do paciente utiliza-se o exame de gasometria, cuja variação da medida dos gases e outros parâmetros podem ser analisados no sangue arterial ou venoso. A gasometria arterial é mais utilizada e os valores normais são:

#### **Parâmetros..... Valores de normalidade**

pH.....	7,35 a 7,45
PaO <sub>2</sub> .....	80 - 90 mmHg
PaCO <sub>2</sub> .....	35 - 45 mmHg
Bicarbonato.....	22 - 26 mEq/L
Excesso de base.....	-2 a +2 mEq/L
Saturação de O <sub>2</sub> .....	96 - 97%

É muito importante que, ao receber o resultado da gasometria arterial, o técnico de enfermagem comunique imediatamente o enfermeiro e o médico, pois este exame é relevante para a reavaliação da terapêutica.

As manifestações clínicas da IR dependem necessariamente dos efeitos da hipoxemia, da hipercapnia e da ação sinérgica sobre os tecidos nobres do organismo. O sistema nervoso é o mais vulnerável a estes mecanismos fisiopatogênicos, seguido pelo rim, coração e fígado, justificando assim o predomínio dos sintomas neurológicos na insuficiência respiratória.

Podemos observar os efeitos da hipoxemia sob dois aspectos:

- 1) Ação indireta no sistema nervoso vegetativo, por meio da produção de catecolaminas, originando:
  - alteração do padrão respiratório: taquipneia e polipneia;
  - alteração da frequência cardíaca: taquicardia, com aumento da velocidade de circulação e do débito cardíaco, devido a ação sobre os centros vegetativos cardiocirculatórios;
  - hipertensão pulmonar: pode condicionar sobrecarga do coração direito por vasoconstrição da artéria pulmonar e dos seus ramos;
  - poliglobulia: por estimulação da medula óssea.
- 2) Ação direta, depressora nos tecidos e órgãos, como:
  - cianose: devido ao aumento da carboxihemoglobina no sangue;
  - insuficiência cardíaca: ocasionando o cor pulmonale como resultado da sobrecarga cardíaca direita e das lesões induzidas pela hipóxia no miocárdio;
  - confusão, convulsões e coma: resultantes da irritação e depressão dos neurônios;
  - uremia, anúria e insuficiência renal: por ação direta da hipoxemia sobre as estruturas nobres do rim.

A hipercapnia moderada determina duas ações simultâneas e contrapostas sobre o sistema nervoso central e cardiovascular:

- a elevação do PaCO<sub>2</sub> exerce um estímulo sobre a medula suprarrenal aumentando a secreção de catecolaminas, desencadeando a vasoconstricção, hipertensão e taquicardia;
- para a ação de vasoconstricção das catecolaminas é necessária a presença de terminações do sistema nervoso vegetativo, encontradas nos vasos do organismo, exceto no cérebro.

Portanto, sobre a circulação cerebral, produz vasodilatação e cefaleia. O efeito estimulante da hipercapnia origina agitação e agressividade. Ao deprimir o centro respiratório, determina a oligopneia e apneia, ao mesmo tempo em que atua sobre o neurônio, deprimindo-o e acarretando sonolência, confusão, coma e vasodilatação parálitica.

O organismo tenta eliminar CO<sub>2</sub> com uma respiração profunda e rápida, mas este tipo de respiração pode ser inútil, se os pulmões não funcionam com normalidade.

### **Cuidando do cliente com agravos cardiovasculares em urgência e emergência**

#### **Arritmias cardíacas**

As arritmias são distúrbios na geração, condução e/ou propagação do impulso elétrico no coração, podendo representar risco iminente de morte quando associada a agravos como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), tromboembolismo e choque cardiogênico.

Podem ser espontâneas, denominadas primárias, ou secundárias quando vinculadas a outras patologias de base como infarto agudo do miocárdio. A incidência de arritmias é maior em adultos, relacionadas ou não a outras patologias. Em crianças, a grande maioria das arritmias tem característica secundária a patologias de base, pós-operatórios de cirurgia cardíaca, distúrbios metabólicos, hipoxemia e choque.

A eletrofisiologia cardíaca envolve todo o processo de ativação elétrica do coração, destacando-se os potenciais de ação cardíacos, a condução de ação desses potenciais ao longo dos tecidos condutores especializados, a excitabilidade e os períodos refratários, os efeitos moduladores do sistema autônomo sobre a frequência cardíaca e velocidade de condução sobre a excitabilidade.

Para que o coração funcione como bomba é necessário que os ventrículos sejam eletricamente ativados. No músculo cardíaco, a ativação elétrica é o potencial de ação do coração, que normalmente se origina no nó sinoatrial (SA), também denominado de nó sinusal, localizado no átrio direito. A seguir, é conduzido ao miocárdio em uma sequência, pois os átrios devem ser ativados à contração antes dos ventrículos, a partir do ápice em direção à base para a eficiente ejeção do sangue.

O coração consiste em dois tipos de células musculares, que são as contráteis, que compõem a maioria das células dos átrios e ventrículos levando à contração, gerando força e pressão no coração; e as condutoras, que compreendem os tecidos do nó sinoatrial, as vias internodais dos átrios, o nó atrioventricular (AV), o feixe de His e o sistema de Purkinje, que têm por objetivo propagar rapidamente o potencial de ação por todo o miocárdio.

O impulso elétrico, que normalmente se inicia no nó sinusal e se propaga pelas vias internodais, atinge os átrios direito e esquerdo e, simultaneamente, o nó atrioventricular, com velocidade de ação diminuída.

A condução lenta assegura que os ventrículos tenham tempo suficiente para se encherem de sangue antes de sua ativação e contração.

A partir do nó AV, o potencial de ação avança pelo sistema de condução ventricular, que se inicia no feixe de His, ramos esquerdos (RE) e direito (RD) dos feixes menores do sistema de Purkinje. A condução pelo sistema His-Purkinje é muito rápida e distribui o potencial de ação aos ventrículos, permitindo a contração e ejeção eficiente do sangue caracterizando o ato mecânico da bomba cardíaca.

O eletrocardiograma (ECG) é um registro da ativação elétrica do coração.

Para que a corrente elétrica faça todo o percurso intracardiaco, cargas positivas e negativas estão contidas dentro das células especializadas do coração. Quando em repouso, o lado de fora da célula é positivo e o de dentro negativo, processo este denominado estado balanceado ou polarizado.

Ao ocorrer o estímulo destas células, sua polaridade é invertida, ou seja, positiva dentro e negativa fora, ocorrendo assim a despolarização, que reflete o fluxo de uma corrente elétrica para todas as células ao longo das vias de condução, retornando posteriormente ao seu estado original em repouso, estado este denominado de repolarização.

As propriedades das células miocárdicas, que permitem estes eventos levando à contração do músculo cardíaco, são a automaticidade ou capacidade de iniciar um impulso elétrico, a excitabilidade ou capacidade em responder a um impulso, condutividade ou capacidade de transmitir um impulso e, contratilidade ou capacidade de responder a ação de bomba cardíaca. Essas propriedades determinam a atividade elétrica do coração.

**É importante que você saiba que o ECG é um galvanômetro que mede pequenas intensidades de corrente elétrica a partir de dois eletrodos dispostos no corpo, registrando a atividade elétrica cardíaca em um gráfico. As ondas originárias dessa atividade elétrica são designadas pelas letras P-Q-R-S-T.**

Como as forças elétricas geradas pelo coração se espalham simultaneamente em várias direções, as ondas podem ser captadas em diferentes planos do órgão. Há três derivações dos membros denominadas bipolares I-II-II, três derivações dos membros tipo unipolares, que são AVR-AVLAVF, e seis derivações ventriculares do tipo unipolares, que são V1-V2-V3-V4-V5-V6 captadas ao longo da parede torácica. A cada uma destas derivações é atribuída uma função, como você pode ver :

Onda P: atividade elétrica que percorre os átrios;

Intervalo P-R: intervalo de tempo entre o início da despolarização atrial até o início da despolarização ventricular;

Complexo Ventricular QRS: despolarização dos ventrículos;

Onda Q: despolarização septal;

Onda R: despolarização ventricular;

Onda S: despolarização da região basal posterior do ventrículo E;

**CONHECER OS CUIDADOS E RISCOS AO ADULTO E IDOSO EM USO DE MEDICAMENTOS. FARMACOLOGIA APLICADA AO PACIENTE CRÍTICO: DROGAS VASOATIVAS, ANTI-HIPERTENSIVA, ANTIARRÍTMICAS E ANTICONVULSIVANTES, ANTIPLAQUETÁRIAS, ANTICOAGULANTES, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS E ANSIOLÍTICOS;**

*Prezado candidato, este tema já foi abordado na apostila "Conhecimentos básicos", no tópico "Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias e cuidados na aplicação, venóclise)". Não deixe de conferir!*

**ASPECTOS BÁSICOS RELATIVOS AS CONDIÇÕES CRÍTICAS COMO CHOQUE E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E SEUS PRINCÍPIOS DE DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA; PRINCÍPIOS BÁSICOS DO CONTROLE METABÓLICO E HIDROELETROLÍTICO DO PACIENTE INTERNADO.**

*Prezado candidato, este tema já foi abordado no tópico "Cuidados de Enfermagem em situações críticas de saúde". Não deixe de conferir!*



**HORA DE PRATICAR!**

**1. (FUNDATEC- IMESF – TÉCNICO DE ENFERMAGEM-FUNDATEC-2019)** Crises psiquiátricas podem estar relacionadas a distúrbios de pensamento, sentimentos ou ações, que envolvem risco de vida ou risco social. Nesse sentido, assinale a alternativa INCORRETA em relação à abordagem das crises psiquiátricas.

- a) A comunicação com o usuário deve ser verdadeira e exercida o mais claramente possível, assim como devem ser explicitadas as propostas de intervenção.
- b) Medidas involuntárias de contenção devem ser utilizadas tão somente como excepcionalidade, depois de esgotadas todas as tentativas de diálogo, e em situações pontuais.
- c) Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário em crise psiquiátrica.
- d) A abordagem às situações de crise deve acontecer no local onde se encontra o usuário em crise psiquiátrica.
- e) A contenção mecânica deve ser sempre utilizada, depois de se realizar o primeiro diálogo com os familiares, para que a equipe não corra riscos.

**2. (FUNDATEC- IMESF – TÉCNICO DE ENFERMAGEM-FUNDATEC-2019)** Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a manutenção da amamentação. Em relação à técnica de amamentação, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) cabeça do bebê deve estar no mesmo nível da mama da mãe, e o queixo do bebê deve tocar a mama.
- b) O lábio inferior deve estar virado para fora.
- c) Durante a sucção do bebê, a porção inferior da aréola deve estar mais visível do que a porção superior.
- d) As sucções devem ser lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração).
- e) Deve-se sempre deixar o bebê em uma posição em que a cabeça e o corpo estejam alinhados.

**3. (Prefeitura de Jardim Piranhas- RNFUNCERN - 2019 - Prefeitura de Jardim de Piranhas - RN - Técnico em Enfermagem)** Ação que deve ser realizada para obter uma reanimação cardiopulmonar de alta qualidade para adultos, segundo a American Heart Association (AHA) de 2015, é

- a) apoiar-se sobre o tórax entre compressões.
- b) comprimir a uma frequência inferior a 100/min ou superior a 120/min.
- c) interromper as compressões por mais de 10 segundos.
- d) minimizar as interrupções nas compressões.

**4. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOC- Enfermeiro-2018)** Segundo o Programa Nacional de Imunizações, na sala de vacinação, é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a máxima segurança. Com relação a esse local, é correto afirmar que

- a) deve ser destinado à administração dos imunobiológicos e demais medicações intramusculares.
- b) é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a segurança, propiciando o risco de contaminação.
- c) a sala deve ter área mínima de 3 metros quadrados, para o adequado fluxo de movimentação em condições ideais para a realização das atividades.
- d) a sala de vacinação é classificada como área semicrítica.
- e) deve ter piso e paredes lisos, com frestas e laváveis

**5. Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOC- Enfermeiro-2018)** São vias de administração de imunobiológicos, EXCETO a via

- a) oral.
- b) subcutânea.
- c) intraóssea.
- d) endovenosa.
- e) intramuscular

**6. Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOC- Enfermeiro-2018)** Segundo o código de ética da enfermagem, o enfermeiro, nas relações com o ser humano, tem

- a) o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua dependência física e psíquica e com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.
- b) o dever de respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, sem criar condições para que ela possa exercer, nessas áreas, os seus direitos.
- c) o direito de abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência.
- d) o dever de cuidar da pessoa com discriminação econômica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.
- e) o direito de recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**7. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOC- Enfermeiro-201)** O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe

- a) prescrição da assistência de enfermagem.
- b) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida.
- c) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de pessoal técnico e auxiliar de Enfermagem.
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem.
- e) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança.

**8. Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018)** Ao orientar um paciente adulto sobre os cuidados com a dieta a ser administrada pela sonda nasoenteral no domicílio, o profissional de saúde deve orientar que

- a) antes de administrar a dieta, deverá aquecê-la em banho-maria ou em micro-ondas.
- b) após o preparo da dieta caseira, deverá guardá-la na geladeira e, 40 minutos antes do horário estabelecido para a administração, retirar somente a quantidade que for utilizar.
- c) no caso de ter pulado um horário de administração da dieta, o volume do próximo horário deve ser aumentado em, pelo menos, 50%.
- d) a dieta enteral industrializada deve ser guardada fora da geladeira e, após aberta, tem validade de 72 horas.

**9. (Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018)** Dentre as medidas de controle de infecção de corrente sanguínea relacionadas a cateteres intravasculares encontram-se

- a) o uso de cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes.
- b) a higienização das mãos com preparação alcoólica (70 a 90%), quando as mesmas estiverem visivelmente sujas.
- c) o uso de novo cateter periférico a cada tentativa de punção no mesmo paciente.
- d) a utilização de agulha de aço acoplada ou não a um coletor, para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose contínua.
- e) o uso de luvas de procedimentos para tocar o sítio de inserção do cateter intravascular após a aplicação do antisséptico.

**10. (Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018 )**. A equipe de saúde, ao realizar o acolhimento com escuta qualificada a uma mulher apresentando queixas de perda urinária, deve atentar-se para, dentre outros sinais de alerta:

- a) amenorreia.
- b) dismenorreia.
- c) mastalgia.
- d) prolapso uterino sintomático.
- e) ataxia.

**11. (Pref. de Macapá- Técnico de Enfermagem- FCC-2018)** As técnicas de higienização das mãos, para profissionais que atuam em serviços de saúde, podem variar dependendo do objetivo ao qual se destinam. Na técnica de higienização simples das mãos, recomenda-se

- a) limpar sob as unhas de uma das mãos, friccionando o local com auxílio das unhas da mão oposta, evitando-se limpá-las com as cerdas da escova.
- b) respeitar o tempo de duração do procedimento que varia de 20 a 35 segundos.
- c) executar o procedimento com antisséptico degermante durante 30 segundos.

- d) utilizar papel toalha para secar as mãos, após a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas.  
 e) higienizar também os punhos utilizando movimento circular, ao esfregá-los com a palma da mão oposta.

**12. (Pref. de Macapá- Técnico de Enfermagem- FCC-2018)** Processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, microbactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies. Essa é a definição de

- a) desinfecção pós limpeza de alto nível.  
 b) desinfecção de alto nível.  
 c) esterilização de baixo nível.  
 d) barreira técnica.  
 e) desinfecção de nível intermediário.

**13. (Prefeitura de Macapá- Técnico em enfermagem- FCC- 2018)** Foi prescrito pelo médico uma solução glicosada a 10%. Na solução glicosada, disponível na instituição, a concentração é de 5%. Ao iniciar o cálculo para a transformação do soro, o técnico de enfermagem deve saber que, em 500 ml de Soro Glicosado a 5%, o total de glicose, em gramas, é de

- a) 5.  
 b) 2,5.  
 c) 50.  
 d) 25.  
 e) 500

**14. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando as atribuições de cada categoria profissional de enfermagem, compete ao técnico de enfermagem, realizar

- a) a prescrição de enfermagem, na ausência do enfermeiro.  
 b) o exame físico.  
 c) a anotação de enfermagem.  
 d) a consulta de enfermagem.  
 e) a evolução de enfermagem dos pacientes de menor complexidade.

**15. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** O profissional de enfermagem, para executar corretamente a técnica de administração de medicamento por via intradérmica, deve, dentre outros cuidados, estar atento ao volume a ser injetado. O volume máximo indicado a ser introduzido por esta via é, em ml, de

- a) 1,0.  
 b) 5,0.  
 c) 0,1.  
 d) 1,5  
 e) 0,5.

**16. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** Em um ambulatório, o técnico de enfermagem que auxilia o enfermeiro na gestão de materiais realizou a provisão de materiais de consumo, que corresponde a

- a) estabelecer a estimativa de material necessário para o funcionamento da unidade.  
 b) realizar o levantamento das necessidades de recursos, identificando a quantidade e a especificação.  
 c) repor os materiais necessários para a realização das atividades da unidade.  
 d) atualizar a cota de material previsto para as necessidades diárias da unidade.  
 e) sistematizar o mapeamento de consumo de material.

**17. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** -Na pessoa idosa com depressão, um dos sintomas/sinais indicativos do chamado suicídio passivo é

- a) o distúrbio cognitivo intermitente.  
 b) a recusa alimentar.  
 c) o aparecimento de discinesia tardia.  
 d) a adesão a tratamentos alternativos.  
 e) a súbita hiperatividade.

**18. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** Após o término de um pequeno procedimento cirúrgico, o técnico de enfermagem recolhe os materiais utilizados e separa aqueles que podem ser reprocessados daqueles que devem ser descartados, observando os princípios de biossegurança. A fim de destinar corretamente cada um dos referidos materiais, o técnico de enfermagem deve considerar como materiais a serem reprocessados aqueles destinados à

- a) diérese, como tesoura de aço inox; e descarta na caixa de perfurocortante, materiais como agulhas com fio de sutura.  
 b) hemostasia, como pinça de campo tipo Backaus; e descarta no saco de lixo branco, materiais com sangue, como compressas de gaze.  
 c) diérese como porta-agulhas; e descarta no lixo comum parte dos fios cirúrgicos absorvíveis utilizados, como o catepute simples.  
 d) síntese, como lâminas de bisturi; e descarta as agulhas na caixa de perfurocortante, após terem sido devidamente desconectadas das seringas.  
 e) diérese, como cânula de uso único; e descarta no saco de lixo branco luvas de látex utilizadas.

**19. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018)** Na desinfecção da superfície de uma mesa de aço inox, onde será colocado uma bandeja com um pacote de curativo estéril, o técnico de enfermagem, de acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode optar pela utilização dos seguintes produtos:

- a) álcool a 70% aplicado sem fricção, por ser esporicida, desde que aguardado o tempo de evaporação recomendado, porém tem a desvantagem de ser inflamável.  
 b) ácido peracético a 0,2% por não ser corrosivo para metais, tendo como desvantagem não ser efetivo na presença de matéria orgânica.  
 c) hipoclorito de sódio a 1,0% por ser de amplo espectro, ter baixo custo e ação lenta, apresentando a desvantagem de não ter efeito tuberculocida.

- d) álcool a 70% por ser, dentre outros, fungicida e tuberculocida, porém apresenta a desvantagem de não ser esporicida, além de ser poluente ambiental.
- e) hipoclorito de sódio a 0,02% por não ser corrosivo para metais nesta concentração, ser fungicida de primeira escolha, tendo a desvantagem da instabilidade do produto na presença de luz solar.

**20.** No pós-operatório imediato de uma colaboradora que foi submetida a uma intervenção de colecistectomia, e já se encontra com respiração espontânea e sem sonda vesical, a assistência prestada pelo técnico de enfermagem inclui verificar e comunicar ao enfermeiro sinais e sintomas associados a seguinte alteração:

- a) complicações do sistema digestório: náuseas e vômitos decorrentes da administração de antieméticos.
- b) hipertermia: coloração da pele, sudorese, elevação da temperatura, bradipneia e bradicardia.
- c) retenção urinária: dificuldade do paciente para urinar, abaulamento em região supra púbica e diurese profusa.
- d) complicações respiratórias: acúmulo de secreções, ocasionado pela maior expansibilidade pulmonar devido à dor, exacerbação da tosse e eliminação de secreções.
- e) hipotermia: confusão, apatia, coordenação prejudicada, mudança na coloração da pele e tremores.

**21. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem-FCC-2018)** Um adulto de porte médio apresenta uma parada cardiorrespiratória (PCR) durante o período de trabalho em um Tribunal, onde recebe o suporte básico de vida (SBV), conforme as recomendações da American Heart Association (AHA), 2015. Nessa situação, ao proceder à ressuscitação cardiopulmonar (RCP) manual, recomenda-se aplicar compressões torácicas até uma profundidade de

- a) 4,5 cm, no máximo, sendo esse limite de profundidade da compressão necessário, devido à recomendação de que se deve comprimir com força para que a mesma seja eficaz.
- b) 5 cm, no mínimo, atentando para evitar apoiar-se sobre o tórax da vítima entre as compressões, a fim de permitir o retorno total da parede do tórax a cada compressão.
- c) 6,5 cm, no mínimo, a fim de estabelecer um fluxo sanguíneo adequado, sem provocar aumento da pressão intratorácica.
- d) 4 cm, no mínimo, objetivando que haja fluxo sanguíneo suficiente para fornecer oxigênio para o coração e cérebro.
- e) 5 cm, ou menos, porque uma profundidade maior lesa a estrutura torácica e cardíaca.

**22. (Prefeitura de Juiza de Fora-MG- AACP- Enfermeiro-2018)** Paciente chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com história de lesões na pele, com alteração da sensibilidade térmica e dolorosa. É provável que esse paciente tenha qual doença?

- a) Síndrome de Mono like.
- b) Tuberculose.
- c) Hepatite A.
- d) Hanseníase.
- e) Varicela.

**23. (Prefeitura de Juiza de Fora-MG- AACP- Enfermeiro-2018)** Paciente chega à UBS e, após a coleta de exames e anamnese, observa-se uma cervicite mucopurulenta e o agente etiológico encontrado no exame foi a *Chlamydia trachomatis*. O possível diagnóstico médico para essa paciente é

- a) gonorreia.
- b) sífilis.
- c) lúpus.
- d) difteria.
- e) tularemia.

**24. (Pref. Paulista/PE- Assistente de Saúde - Técnico de Enfermagem- UPENET/UPE-2018)**

Sobre as doenças cardiovasculares, analise as afirmativas abaixo:

I. A Aterosclerose é uma doença arterial complexa, na qual deposição de colesterol, inflamação e formação de trombo desempenham papéis importantes.

II. A Angina é a expressão clínica mais frequente da isquemia miocárdica; é desencadeada pela atividade física e aliviada pelo repouso.

III. O Infarto Agudo do Miocárdio é avaliado, apenas, por métodos clínicos e eletrocardiográficos.

Está(ão) CORRETA(S)

- a) I e II, apenas.
- b) I e III, apenas.
- c) II e III, apenas.
- d) I, II e III.
- e) III, apenas

**25. (Pref. Paulista/PE- Assistente de Saúde - Técnico de Enfermagem- UPENET/UPE-2018)**

Prescrever e administrar um medicamento não são um ato simples, pois exigem responsabilidade, conhecimentos em geral e, principalmente, os cuidados inerentes à enfermagem. Sobre isso, analise as afirmações abaixo:

I. Na administração por via sublingual, é importante oferecer água ao paciente, para facilitar a absorção do medicamento.

II. A vantagem da via parenteral consiste na absorção e ação rápida do medicamento, e o medicamento não sofre ação do suco gástrico.

III. A via intradérmica é considerada uma via diagnóstica, pois se presta aos testes diagnósticos e testes alérgicos.

IV. Hipodermóclise é uma infusão de fluidos no tecido subcutâneo para a correção de distúrbio hidroeletrólítico.

Somente está CORRETO o que se afirma em

- a) I e II.
- b) I, II e III
- c) II, III e IV
- d) I e IV..
- e) I e III

**GABARITO**

1	E
2	B
3	D
4	D
5	C
6	E
7	E
8	B
9	C
10	D
11	E
12	E
13	D
14	E
15	E
16	C
17	B
18	A
19	D
20	E
21	B
22	C
23	A
24	A
25	C