

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SESAB – BA

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Enfermagem

DZ024-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.

OBRA

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - 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

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Robson Silva

Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

Victor Andrade

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

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



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
Biossegurança: Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	52

SUMÁRIO

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

Processo de Cuidar de Enfermagem ao adulto, idoso e criança hospitalizada (distúrbios clínicos e cirúrgicos)..	01
Reconhecer os tipos de isolamento do paciente, os equipamentos de proteção individual (EPI) e como usá-los....	28
Cuidados de Enfermagem nas situações de emergência (traumas, afecções cardíacas, respiratórias, renais, neurológicas, metabólicas e gastrointestinais).....	39
Conhecer as indicações, contraindicações e os cuidados ao adulto, idoso e criança em uso de cateteres, sondas e ostomias: tubo orotraqueal, traqueostomia, gastrostomia, sonda enteral, sonda vesical, cateter venoso central, portocath, eletroconvulsoterapia.....	53
Identificar os cuidados ao adulto, idoso e criança em pré, trans e pós-operatório, analisando os fatores que podem porém risco a vida do paciente.....	62
Conhecer os cuidados e riscos ao adulto, idoso e criança em uso de medicamentos; Conhecer o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão.....	74
Intervenções na intoxicação Exógena aguda; Manejo Clínico de acidentes por animais peçonhentos.....	74

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

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.¹

¹ Fonte: 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).

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 diretivas 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 ilegibilidade 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 ambulatorios, 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 avisar-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 avisar-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 avisar-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 avisar-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 avisar-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

Processo de Cuidar de Enfermagem ao adulto, idoso e criança hospitalizada (distúrbios clínicos e cirúrgicos).....	01
Reconhecer os tipos de isolamento do paciente, os equipamentos de proteção individual (EPI) e como usá-los.....	28
Cuidados de Enfermagem nas situações de emergência (traumas, afecções cardíacas, respiratórias, renais, neurológicas, metabólicas e gastrointestinais).....	39
Conhecer as indicações, contraindicações e os cuidados ao adulto, idoso e criança em uso de cateteres, sondas e ostomias: tubo orotraqueal, traqueostomia, gastrostomia, sonda enteral, sonda vesical, cateter venoso central, portocath, eletroconvulsoterapia.....	53
Identificar os cuidados ao adulto, idoso e criança em pré, trans e pós-operatório, analisando os fatores que podem porém risco a vida do paciente.....	62
Conhecer os cuidados e riscos ao adulto, idoso e criança em uso de medicamentos; Conhecer o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão.....	74
Intervenções na intoxicação Exógena aguda; Manejo Clínico de acidentes por animais peçonhentos.....	74

PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMAGEM AO ADULTO, IDOSO E CRIANÇA HOSPITALIZADA (DISTÚRBIOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS);

Saúde da criança

Marcos do crescimento e do desenvolvimento

O desenvolvimento da criança é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Para uma definição mais completa e necessário diferenciar as noções referentes ao crescimento e desenvolvimento:

- **crescimento** e o aumento do corpo, de ponto de vista físico. Ele pode ser aumento de estatura ou de peso. A unidade de medida dele vai ser o cm ou a grama. Os processos básicos dele: aumento de tamanho celular (chamado de hipertrofia) ou aumento do número das células (hiperplasia);
- **maturação** e uma noção bem diferente – nesse caso, trata-se de organização progressiva das estruturas morfológicas. Aqui entra: crescimento e diferenciação celular, mielinização, especialização dos aparelhos e sistemas;
- **desenvolvimento**: e um ponto de vista holístico, integrante dos processos do crescimento e maturação, mas que junta a isto o impacto e o aprendizagem sobre cada evento, e, também, a integração psíquicos e sociais;
- **o desenvolvimento psicossocial** – e, de fato a integração do aspecto humano – o ser aprende a interagir e mover, respeitar as regras da sociedade, a rotina diária –praticamente, a criança vai seguir os passos que vão ter como finalidade a convivência com a sociedade cuja pertence.

O recém-nascido e a criança hospitalizada

As crianças tendem a responder à hospitalização com um distúrbio emocional, estas respostas geralmente manifestam-se através de comportamentos agressivos, como choro, retraimento, chute, mordida, tapas, resistência física aos procedimentos, ou ignora as solicitações. As internações são consideradas ameaças ao desenvolvimento da criança e a união familiar.

Vários são os sinais dos transtornos que a criança possa apresentar dentre eles destacam-se: Ansiedade de Separação; Perda de controle e Medos.

A unidade de internação é um ambiente ocupado e barulhento, cheio de eventos imprevisíveis e geralmente sem prazer para crianças e seus pais. É responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde estar atenta e sensível a esses problemas em geral. O profissional bem treinado pode fazer avaliações e elaborar intervenções durante a experiência da internação. O uso do brincar terapêutico, atividades de recreação, atividades escolares, visitas hospitalares e grupos de apoio podem fornecer medidas criativas para guiar a criança e a família para longe da experiência negativa e em direção à experiência benéfica. (BOWDEN; GREENBERG, 2005)

Cuidados com as medicações

Medicamento é toda a substância que, introduzida no organismo, previne e trata doenças, alivia e auxilia no diagnóstico. As ações de enfermagem relativas aos medicamentos dizem respeito ao preparo, à administração e a observação das reações da criança que se submeteu a este procedimento.

Considerar os seis certos tradicionais da administração de medicamentos (registro certo, dose certa, via certa, droga certa, hora certa e paciente certo) e de checar o procedimento realizado, em pediatria a equipe de enfermagem tem de levar em consideração certas peculiaridades durante o procedimento, tais como, a criança sentir-se insegura durante a hospitalização e ter medo do que lhe vai acontecer, não aceitando, muitas vezes, as medicações, principalmente as injetáveis. (COLLET; OLIVEIRA, 2002)

Observam-se os seguintes cuidados para administração do medicamento em pediatria segundo Collet e Oliveira 2002:

- ler cuidadosamente os rótulos dos medicamentos;
- questionar a administração de vários comprimidos ou frascos para uma única dose;
- estar alerta para medicamentos similares;
- verificar a vírgula decimal;
- questionar aumento abrupto e excessivo nas doses;
- quando um medicamento novo for prescrito, buscar informações sobre ele;
- não administrar medicamentos prescritos por meio de apelidos ou símbolos;
- não tentar decifrar letras ilegíveis;
- procurar conhecer crianças que tem o mesmo nome ou sobrenome.

Cuidados prévios para a administração de medicamentos:

- orientar a criança e a mãe/acompanhante por meio do brinquedo terapêutico;
- lavar as mãos;
- reunir o material;
- ler o rótulo da medicação (observar validade, cor, aspecto, dosagem)
- preparar o medicamento na dose certa;
- identificar a medicação a ser ministrada – nome da criança, nº do leito, nome da medicação, a via de administração, a dose e o horário e a assinatura de quem prepararam;
- não deixar ao alcance das crianças os medicamentos;
- explicar a criança que entende a relação do medicamento com a doença;
- restringir a criança quando necessário, para garantir a administração correta e segura.

FARMACOCINETICA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Fatores que Afetam a Absorção dos Medicamentos

- Gastrintestinal

O pH gástrico é alto em neonatos, atingindo os valores de adulto por volta da idade de 2 anos. Os medicamentos ácidos são mais biodisponíveis; os medicamentos-base apresentam menor biodisponibilidade.

A motilidade gástrica e intestinal (tempo de trânsito) esta diminuída nos neonatos e lactentes menores, mas aumenta nos lactentes maiores e crianças.

A quantidade de ácido biliar e o funcionamento estão diminuídos nos recém-nascidos e atingem a sua capacidade máxima ao longo dos primeiros meses de vida.

- Retal

Somente alguns medicamentos são adequados para administração retal. Além disso, o tamanho da exposição na mucosa retal afeta a absorção.

- Intramuscular

Variável no grupo pediátrico secundário a (a) fluxo sanguíneo e instabilidades vasomotoras, (b) contração e tônus muscular insuficientes e (c) oxigenação muscular diminuída.

- Percutâneo

Diminuído com espessura aumentada do estrato córneo e diretamente relacionado à hidratação da pele.

Os neonatos e os lactentes tem a permeabilidade da pele aumentada, permitindo maior penetração da medicação e uma relação maior de área de superfície – peso corporal com potencial para toxicidade.

- Intraocular

As mucosas de neonatos e lactentes são particularmente finas; os medicamentos oftalmológicos podem causar efeitos sistêmicos nos recém-nascidos e nas crianças jovens.

Fatores que Afetam a Distribuição

- Os neonatos têm uma maior proporção de água corporal total que rapidamente de reduz durante o primeiro ano de vida. Valores de adultos são gradualmente alcançados por volta de 12 anos de idade. Este fator é uma consideração importante relacionado à solubilidade do medicamento na água.
- As crianças têm uma proporção mais baixa de gordura corporal que os adultos.
- A capacidade de ligação das proteínas depende da idade.
- A concentração de proteína total ao nascimento corresponde a somente 80% dos valores de um adulto, o que leva a uma maior fração livre ou ativa da droga na circulação com um maior potencial para toxicidade.

- A albumina fetal no período imediato após o parto tem a capacidade de ligação a drogas limitada.
- Uma barreira hemato-encefálica imatura durante o período logo após o parto pode levar a altas concentrações de medicamentos no cérebro do que em outras idades.

Fatores que Afetam o Metabolismo

- O sistema microsomal enzimático do recém-nascido é menos eficaz.
- A maturação varia entre as pessoas; cada enzima hepática torna-se funcional a uma frequência diferente.

Fatores que Afetam a Eliminação

- A filtração glomerular e a secreção tubular estão reduzidas no nascimento.
- Existe um aumento gradual na função renal, com os valores de adultos sendo alcançados nos(s) primeiro(s) 1-2 anos de vida.

Vias de Administração de Medicação Infantil

Via Oral: *Formas Farmacêuticas: cápsulas, comprimidos, xaropes e drágeas.*

A administração de medicamentos por via oral consiste no preparo ideal, escolher o material de administração de acordo com a idade da criança (colher ou copo de medidas, conta-gotas, seringa, copo descartável, fita crepe ou etiqueta de identificação); orientar a criança e o acompanhamento se preciso por intermédio do brinquedo terapêutico, sentar a criança semi-sentada no colo do acompanhante ou decúbito dorsal elevado no leito; administra-se o medicamento certificando-se de que a criança engoliu; oferecer líquidos após o medicamento, registrar aceitação e se houver reação comunicar.

Vantagens:

- Auto administração, econômica e fácil;
- Confortável, indolor;
- Forma Farmacêutica de fácil conservação
- Possibilidade de remover o medicamento

Desvantagens:

- Absorção variável;
- Período de latência médio a longo;
- Ação dos sucos digestivos;
- Interação com alimentos;
- Pacientes não colaboradores (inconscientes), com náuseas e vômitos o incapazes de engolir;
- pH do trato gastrintestinal

Via Retal: A administração consiste na administração de medicamentos do tipo supositório ou enema no reto. O volume de líquido a ser administrado varia conforme a idade da criança: em lactentes, de 150 a 250 ml; em pré-escolar, de 250 a 350ml; em escolar, de 350 a 500ml e em adolescentes, de 500 a 750ml.

Vantagens:

- Fármacos não são destruídos ou desativados no Trato Gastro intestinal-TGI;

- Preferível quando a VIA ORAL está comprometida
- Pacientes que não cooperam, inconscientes ou incapazes de aceitar medicação por via oral .

Desvantagens:

- Lesão da mucosa ;
- Incômodo
- Expulsão
- Absorção irregular e incompleta
- Adesão

Via oftalmológica: A administração de medicamentos nos olhos se dá na presença de infecções oculares ou para realizações de exames de pequenas cirurgias. Deixar a criança em decúbito dorsal elevado; realizar higiene ocular com gaze estéril e soro fisiológico; separar as pálpebras para expor o saco conjuntival e instilar as gotas prescritas neste local, mantendo-se o conta-gotas a 3 cm de distância e soltar as pálpebras, secando-se a medicação excedente no sentido do canto interno para o externo e de cima para baixo.



FIQUE ATENTO!

Ao utilizar mais de um tipo de colírio no mesmo olho é necessário aguardar pelo menos 10 minutos entre as aplicações.

Via Inalatória: Este método utiliza o trato respiratório para transportar o medicamento através da inalação ou da administração direta para dentro da árvore respiratória através do tubo endotraqueal. O medicamento, depois de inalado ou infundido, se move para dentro dos brônquios e, em seguida, atinge os alvéolos do paciente, sendo difundidos para os capilares pulmonares. Os medicamentos fornecidos através da via respiratória podem produzir efeitos locais ou sistêmicos.

Vantagens

- Rápido contato com o fármaco.
- Utilizada principalmente por pacientes com distúrbios respiratórios
- Pode ser administrada em pacientes inconscientes.
- A principal vantagem é administrar pequenas doses para ação rápida e minimizar os efeitos adversos sistêmicos

Via Tópica: É a via através da qual os medicamentos são administrados e absorvidos através da pele ou mucosas.

Vantagens:

- É uma via prática;
- Não é dolorosa;
- É a única via que pode garantir o efeito apenas no local da aplicação (evita efeito sistêmico). Ex.: Uso de pomada ou gel.

Desvantagens:

- Pode causar irritação na pele ou mucosas;
- Estímulo a automedicação;
- Ocorre perda do medicamento para o meio ambiente

Via Parenteral (injetáveis): Este tipo de procedimento é considerado pela criança como um ato agressivo contra si, pois na maioria das vezes é acompanhado de dor ou medo, o que se traduz no choro e na ansiedade. Existem quatro meios comuns para administrar medicamentos por esta via: via endovenosa; via subcutânea; a intradérmica e a intramuscular.

Vantagens:

- Efeito farmacológico imediato;
- Evitar a inativação por ação enzimática;
- Administração a pacientes inconscientes

Desvantagens:

- Toxicidade local ou sistêmica (alergias, erros)
- Resistência do paciente (Psicológico)
- Pureza e esterilidade dos medicamentos (Custo)

Preparo do medicamento em ampola:

- Abrir a embalagem da seringa;
- Adaptar a agulha ao bico da seringa, zelando para não contaminar as duas partes;
- Certificar-se do funcionamento da seringa, verificando se a agulha está firmemente adaptada;
- Manter a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola entre os dedos médio e indicador da outra mão;
- Introduzir a agulha na ampola e proceder a aspiração do conteúdo, invertendo lentamente a agulha, sem encostá-la na borda da ampola;
- Virar a seringa com a agulha para cima, em posição vertical e expelir o ar que tenha penetrado;
- Desprezar a agulha usada para aspirar o medicamento;
- Escolher, para a aplicação, uma agulha de calibre apropriado à solubilidade da droga e à espessura do tecido subcutâneo do indivíduo;
- Manter a agulha protegida com protetor próprio.

Via Intradérmica: Consiste na aplicação de solução na derme (área localizada entre a epiderme e o tecido subcutâneo) Via utilizada para realizar testes de sensibilização e vacina BCG é de fácil acesso, restrita a pequenos volumes

Os efeitos adversos da injeção intradérmica são decorrentes de: falha na administração como aplicação profunda subcutânea; da dosagem incorreta com maior volume que o necessário e contaminação.

Via subcutânea: Consiste na aplicação de solução na tela subcutânea, na hipoderme (tecido adiposo abaixo da pele), Via utilizada principalmente para drogas que necessitam ser lentamente absorvidas, vacinas como a antirrábica, a insulina têm indicação específica para esta via. Os locais recomendados para aplicação são: parede abdominal (hipocôndrio, face anterior e externa da coxa, face anterior e externa do braço, a região glútea, e a região dorsal, abaixo da cintura)

Via intramuscular: Consiste na aplicação de solução no tecido muscular. Procedimento muito comum 46% dos casos atendidos no PS e no ambulatório resultam em administração de medicamentos por esta via. A escolha do local deve respeitar os seguintes critérios:

- Quantidade e característica da droga
- Condição da massa muscular
- Quantidade de injeções prescritas
- Locais livres de grandes vasos e nervos em camadas superficiais
- Acesso ao local e risco de contaminação
- Inserção, tamanho da agulha e ângulo apropriado para aplicação.

Locais de aplicação, os mesmos do adulto: Vasto lateral; Ventroglútea; Dorsoglútea; Deltóide.

O risco da aplicação intramusculares em Pediatria: Trauma ou compressão acidental de nervos; Injeção acidental em veia ou artéria; Injeção em músculo contraído; Lesão do músculo por soluções irritantes; Pode provocar dano celular, abscessos e alergias.

Via endovenosa: Via de ação rápida, pois o medicamento é ministrado diretamente no plasma, com ação imediata.

Tipo de medicamento injetado na veia: Solução solúvel no sangue; Não oleosos; Não devem conter cristais visíveis.

A administração da medicação ocorre por meio de um dispositivo intravenoso instalado por punção, podendo ser um procedimento repetitivo, no qual a criança revive as angústias geradas por essa experiência, que pode resultar em traumas.

A equipe deve preparar adequadamente a criança para esse procedimento para minimizar as consequências e os traumas gerados pela hospitalização.

Locais mais utilizados: Dorso da mão (veias metacarpianas dorsais, arco venoso dorsal) Antebraço (cefálica acessória, cefálica e basílica), Braço (mediana cubital, mediana antebraqueal, basílica e cefálica), Dorso do pé: último recurso devido às complicações tromboembólicas (arco venoso dorsal, mediana marginal), tornozelo (safena interna), Pescoço (jugular externa e interna).

As Indicações para administração endovenosas:

- Manter e repor eletrólitos, vitaminas e líquidos;
- Restabelecer o equilíbrio ácido-básico;
- Restabelecer o volume sanguíneo;
- Administrar medicamentos;
- Induzir e manter sedações e bloqueios neuromusculares;
- Manter estabilidade hemodinâmica por infusões contínuas de drogas vasoativas

As soluções utilizadas:

- Isotônicas-concentração semelhante ao plasma (S.G. 5% e S.F. 0,9%) fornecem água e calorías utilizadas para repor perdas anormais e corrigir desidratação;
- Hipertônicas-concentração maior que a do plasma (S.G. 10%, 25% e 50%) indicado para hipoglicemia, combate ao edema e ao aumento da pressão intracraniana;
- Hipotônicas-concentração menor que a do plasma (ringer lactato) indicado para tratamento de desidratação, alcalose branda, hipocloremia, correção de desidratação;
- Fluidos derivados do sangue: sangue total, plasma, papa de hemácias, expansores plasmáticos;
- Nutrição parenteral.

As complicações causadas pela administração de medicamentos por via endovenosa: Infiltrações locais; Reações pirogênicas; trombose venosa e flebite (ações irritantes dos medicamentos ou formação de coágulos); Hematomas e necrose.

Fatores Contribuintes para extravasamento ou infiltração Endovenosa:

- Má perfusão periférica propicia o extravasamento da solução;
- Visualização inadequada do local da inserção do cateter;
- Não observação de sinais flogísticos precoce e frequentemente

Sinais de Extravasamento ou Infiltração:

- Edema local que pode se estender por toda extremidade afetada;
- Perfusão local diminuída
- Extremidades afetadas frias
- Coloração da pele alterada (escura sugere necrose)
- Bolhas no local.

Cuidados importantes: Antes da infusão, verificar a permeabilidade do acesso; Não infundir medicação associada a hemoderivados; Fazer controle de gotejamento, respeitando o tempo e o volume prescritos.

Técnica e procedimento de cateterização venosa periférica:

- Realizar a seleção da veia;
- Escolher uma veia visível e que permita a mobilidade da criança
- Selecionar o dispositivo para punção;
- Preparar todo material (soro, equipo ou bureta, cateter de dupla via) e retirar o ar do equipo;
- Utilizar foco de 30cm de distância do local da punção para facilitar a visualização e promover a vasodilatação;

Não golpear o local da punção, pode causar dor e medo

- Garrotear o local;
- Fazer antisepsia do local com álcool 70%, seguindo a direção da corrente sanguínea;
- Solicitar ajuda para restrição dos movimentos;
- Fazer tricotomia;
- Preparar material para fixação (micropore, esparadrapo e tala);

Distender a pele com uma das mãos e com a outra introduzir a agulha com o bisel voltado pra cima e paralelo à veia; Verificar refluxo de sangue

- Retirar o garrote
- Conectar equipo de soro, verificar o fluxo do gotejamento
- Fixar e imobilizar a extremidade com tal;
- Controlar gotejamento
- Identificar na fixação a data da punção, o horário e o nome do responsável;
- Encaminhar a criança para o leito, organizar o ambiente;
- Observar e anotar a normalidade da infusão e o local, estar atento aos sinais flogísticos, obstrução e presença de ar no equipo;
- Trocar o equipo de acordo com as normas da instituição 24 a 72h;
- Fazer anotações sobre o procedimento, o local e as ocorrências.

Contenção para procedimentos: É necessária para garantir segurança à criança e facilitar o procedimento, podendo ser feita manualmente ou com dispositivos físicos. Os pais e a criança devem ser orientados sobre a sua finalidade e objetivo. Pode ser manual, executada com o auxílio de outra pessoa ou com a ajuda de lençóis e faixas de contenção.

Sinais Vitais

Sinais Vitais: Avaliação da Dor

Diretrizes Clínicas

- Avaliar o nível de dor na primeira hora após a interação na unidade de cuidados agudos ou durante a consulta ambulatorial, para obter dados de referência sobre o conforto da criança.
- No caso de uma criança com dor crônica, a frequência de avaliações da dor baseia-se na condição da criança, mas é realizado ao menos uma vez por mês.
- Avaliar o nível da dor a cada 8 a 12 horas em uma criança com doença aguda e com maior frequência, segundo a indicação clínica. A avaliação da dor é um processo contínuo; cada cuidador realiza uma avaliação ampla da dor ao assumir os cuidados com a criança. Após a avaliação inicial, se a condição da criança mudar, se a criança apresentar sinais de dor ou for submetida a um procedimento provavelmente doloroso, ou se houver modificação da velocidade de infusão de medicamentos sedativos, analgésicos ou anestésicos, realizar outra avaliação ampla da dor. Se a criança estiver confortável, não é necessário realizar uma avaliação ampla da dor com cada grupo de sinais vitais; entretanto, procure conhecer a legislação do seu estado, porque alguns exigem que a avaliação da dor seja registrada toda vez que são registrados os sinais vitais.
- Avaliar o nível de dor dentro de 1 hora antes e após as intervenções para seu alívio em criança com doença aguda (o intervalo depende da intervenção específica) para avaliar a resposta aos esquemas de tratamento.
- Os profissionais são responsáveis pela avaliação da dor.
- O médico, a enfermeira, a técnica ou auxiliar de enfermagem podem obter relatos subjetivos de dor. Quando a determinação é realizada por técnico ou auxiliar, qualquer variação em relação aos valores de referência deve ser comunicada ao profissional.

Procedimento

Passos

- Rever a história da dor inicial da criança e o nível anterior de dor, quando possível.
- Observar o diagnóstico médico e a história de eventos considerados dolorosos ou causadores de traumatismo tecidual.
- Determinar se a criança está tomando quaisquer medicamentos que possam afetar a percepção da dor ou a capacidade de comunicar que esta com dor.
- Lavar as mãos.
- Avaliar a presença de indicadores de dor, considerando a idade da criança e o estado de sono:

Dor Aguda

- Subjetiva: declaração de dor; se for incapaz de relatar, perguntar aos pais.
- Fisiológica: aumento da frequência respiratória ou frequência cardíaca, respirações superficiais, diminuição da saturação de oxigênio, diaforese, dilatação da pupila.
- Comportamental: choro, gemido, inquietação, ansiedade, raiva, diminuição do nível de atividade, alteração do sono, posição assumida pela criança (p. ex., deitada imóvel, posição fetal, membro fletido ou rígido) careta facial, posição antálgica, tocar a área dolorosa.

Dor Crônica

- Sinais vitais estáveis.
- Interrupção do sono.
- Regressão do desenvolvimento.
- Alteração dos padrões alimentares.
- Problemas de comportamento ou escolares.
- Afastamento de atividades em grupo.
- Depressão.
- Agressão.

No caso de uma criança submetida a bloqueio neuromuscular:

- Avaliar parâmetros fisiológicos.
- Avaliar o tamanho da pupila.
- Interromper agentes paralisantes por um curto período para avaliar os comportamentos da dor.
- Avaliar o nível de dor utilizando um instrumento de avaliação válido, apropriado para o desenvolvimento; usar sempre o mesmo instrumento para comparar a adequação do controle da dor (p. ex., o mesmo instrumento ensinado previamente à criança e à família).
- Realizar o exame físico da área dolorosa.
- Determinar o nível de dor da criança e as intervenções apropriadas; considerar a situação específica (idade, estilo de adaptação, ambiente) e o tipo e a intensidade da dor. Implementar intervenções de controle da dor.
- Realizar ampla reavaliação do nível da dor:
- Se houver indicadores clínicos de dor.
- Após implementação de intervenções para alívio da dor, com modificação da velocidade de infusão de medicamentos sedativos, analgésicos ou anestésicos; a avaliação deve ser realizada em 1 hora após a intervenção, mas pode ser realizada mais cedo dependendo da intervenção (p. ex., 5 a 20 minutos após injeção em bolo intravenosa).
- Lavar as mãos.

Dicas para verificação dos Sinais Vitais na Pediatria

Ordem para Verificação dos Sinais Vitais:

Frequência Respiratória – FR: Uma maneira prática para se verificar a frequência respiratória é colocando-se a mão levemente sobre o tórax da criança e contando quantas vezes a mão sobe durante um minuto.

Frequência cardíaca – FC: Procure verificar a FC, quando a criança estiver dormindo ou em repouso. Quando o paciente for lactente, dê preferência ao pulso apical. A frequência apical é verificada colocando-se o estetoscópio próximo ao mamilo esquerdo por um minuto.

Temperatura – T – considera-se febre: acima de 37,8°C
Pressão arterial – PA – a PA deverá estar solicitada na prescrição médica e verificada quando necessário.

Varição Normal dos Sinais Vitais em Crianças

Frequência da Pulsação, Respiração

Idade	Pulso	Respiração
Recém-natos	70 – 170	30 – 50
11 meses	80 – 160	26 – 40
2 anos	80 – 130	20 – 30
4 anos	80 – 120	20 – 30
6 anos	75 – 115	20 – 26
8 anos	70 – 110	18 – 24
10 anos	70 – 110	18 – 24
Adolescentes	60 – 120	12 – 20

Pressão Arterial

Idade	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica
6m - 1 ano	90	61
2 - 3 anos	95	61
4 - 5 anos	99	65
6 anos	100	65
8 anos	105	57
10 anos	109	58
12 anos	113	59

Temperatura (T)

Oral 35,8° - 37,2° C

Retal 36,2° C – 38° C

Axilar 35,9° C – 36,7° C

Sinais Vitais: Frequência Cardíaca

Diretrizes clínicas

- A frequência cardíaca é determinada para avaliar o estado geral de cada paciente na primeira hora após a internação na unidade de cuidados agudos.
- Monitorar a frequência cardíaca a cada 4 a 8 horas durante a fase aguda da doença se o paciente estiver na unidade de internação clínica e a cada 1 a 2 horas na unidade de terapia intensiva.
- A frequência cardíaca é reavaliada para monitorar a resposta aos esquemas de tratamento e conforme indicado pela avaliação de enfermagem ou médica.

- O técnico ou auxiliar de enfermagem e/ou a enfermeira podem verificar a frequência cardíaca. Quando a frequência cardíaca é verificada pelo auxiliar, qualquer variação em relação a medidas anteriores deve ser comunicada à enfermeira.

Determinação da Frequência Cardíaca

Passos

- Rever no prontuário do paciente os dados de referência sobre a frequência de pulso conhecer a variação para a idade.
- Determinar o pulso:
 - Nas crianças com menos de 2 anos de idade, é mais fácil realizar a ausculta apical.
 - Em crianças maiores, pode ser realizada ausculta apical ou palpado o pulso periférico.
- Acalmar a criança, se necessário. Sempre que possível, fazer a medida quando a criança estiver tranquila.
- Lavar as mãos.

Determinação da Frequência Cardíaca por Ausculta do Pulso Apical

Passos

- Limpar o diafragma e as olivas do estetoscópio com um lenço embebido em álcool antes e depois do exame.
- Introduzir os olivas nos ouvidos com as extremidades curvas para a frente em direção à face.
- Identificar o pulso. Palpar a parede torácica para determinar o ponto de impulso máximo (PIM):
 - Em crianças menores de 7 anos – imediatamente à esquerda da linha hemiclavicular no quarto espaço intercostal.
 - Em crianças maiores de 7 anos – linha hemiclavicular esquerda no quinto espaço intercostal.
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o PIM e contar a FC:
 - Se o pulso da criança for regular, contar por 30 segundos e multiplicar por 2.
 - Se o pulso for irregular, contar por 1 minuto completo.
- Lavar as mãos.
- Registrar a frequência cardíaca, o pulso usado e o nível de atividade da criança (p. ex., adormecida, calma, chorando, inquieta) no prontuário.

Determinação da Frequência Cardíaca por Palpação de Pulsos Periféricos

Passos

- Identificar o local; os pulsos radial e branquial são usados com maior frequência.
- Localizar o pulso da criança e palpar com seus dois ou três primeiros dedos; não usar pressão excessiva. Observar o ritmo.
- Se o pulso da criança for regular, contar por 30 segundos e multiplicar por 2. Se for irregular, contar durante 1 minuto completo.
- Lavar as mãos.

- Registrar a frequência cardíaca, a região usada e o nível de atividade da criança (p. ex., adormecida, calma, chorando, inquieta) no prontuário.

Sinais Vitais: Frequência Respiratória

Diretrizes clínicas

- Os movimentos respiratórios são medidos inicialmente para se obter os dados de referência para avaliar o estado geral de cada paciente dentro da primeira hora da admissão em um ambiente de cuidado agudo.
- As respirações são medidas antes e imediatamente após as intervenções respiratórias para avaliar a resposta aos esquemas terapêuticos.
- A mensuração das respirações é feita a cada 4 ou 8 horas em uma criança agudamente doente e mais frequentemente conforme indicado clinicamente.
- Uma auxiliar ou técnica de enfermagem ou enfermeira podem verificar a frequência respiratória. Quando a mensuração é encaminhada à enfermeira ou ao médico.

Verificação da Frequência Respiratória

Passos

- Rever a frequência respiratória anterior da criança, quando possível.
- Observar o diagnóstico médico da criança e a história de problemas e dificuldades respiratórias.
- Determinar se a criança está tomando alguma medicação que possa afetar a frequência e a profundidade respiratória.
- Lavar as mãos.
- Contar as respirações:
 - Observar o movimento abdominal quando for lactentes e crianças pequena.
 - Observar os movimentos torácicos nas crianças mais velhas.
- Se as respirações forem regulares, contar o número de respirações em 30 segundos e multiplicar por dois. Se as respirações forem irregulares, contar o número de respirações em um minuto inteiro. Contar as respirações nos lactentes durante 1 minuto.
- Observar a profundidade e o padrão das respirações, ocorrência de ansiedade, irritabilidade e posição de conforto. Observar a coloração da criança, incluindo extremidades.
- Lavar as mãos.
- Registrar os resultados; a frequência respiratória é registrada por respirações por minuto.

Sinais Vitais: Pressão Arterial

Diretrizes clínicas

- A pressão arterial é verificada inicialmente para se obter um dado de referência para avaliar o estado hemodinâmico geral de cada paciente dentro da primeira hora de admissão em um ambiente de cuidado agudo.
- A pressão arterial é verificada para avaliar a resposta aos esquemas terapêuticos.

- Durante a doença aguda, verifique a pressão arterial a cada 4 ou 8 horas, ou mais frequentemente se houver indicação clínica.
- Nos neonatos, verifique a pressão arterial se houver suspeita de doença renal ou coarctação da aorta ou se estiverem presentes sinais clínicos de hipotensão. Não é recomendada uma triagem universal dos neonatos.
- Para a manutenção da saúde, a pressão arterial deveria ser verificada:
 - Uma vez ao ano nas crianças com idade superior a 3 anos.
 - Em criança de qualquer idade com sintomas de hipertensão, hipotensão, ou doença renal ou cardíaca.
- Um técnico ou auxiliar de enfermagem ou uma enfermeira podem verificar a pressão arterial. Quando a pressão arterial for verificada por um auxiliar ou técnico de enfermagem, qualquer variação das medidas anteriores é informada ao enfermeiro ou médico.
- Use o braço direito sempre que possível para haver consistência das aferições e comparação com as normas padronizadas.
- A ausculta é o método de escolha para a verificação da pressão arterial nas crianças, porque é necessária uma frequente calibração dos equipamentos automáticos e existe uma falta de padrões de referências estabelecidos para as crianças. Os equipamentos automáticos são aceitos quando a ausculta for difícil (p.ex., em crianças pequenas) ou quando forem necessárias verificações frequentes.

Método de Ausculta

Passos

- Rever as leituras da pressão arterial prévias da criança, se disponíveis.
- Analisar o diagnóstico da criança e as medições atuais que provocam efeito sobre a pressão arterial.
- Lavar as mãos. Limpar o diafragma do estetoscópio.
- Selecionar o local:
 - Usar o braço direito quando possível.
- Verificar no mesmo local e posição das verificações anteriores, quando possível.
- Não usar a extremidade que tiver uma lesão ou equipamentos estranhos (p. ex., punção venosa, fistula de diálise arteriovenosa ou renal).
- Não usar a extremidade com circulação alterada (p. ex., derivação de Blalock-Taussig, coarctação).
- Selecionar manguito de tamanho apropriado:
 - A largura da câmara deve ser cerca de 40% da circunferência do braço e estar a meio caminho entre o olecrânio (cotovelo) e o acrômio (ombro).
 - geralmente isto corresponde a um manguito que cobre cerca de 80% a 100% da circunferência do braço.
 - Usar a linha do manguito do fabricante como um guia para a seleção do manguito.
 - Se não for possível obter o manguito do tamanho apropriado, escolha um que seja maior, em vez de um muito pequeno.

- Centralizar a câmara do manguito na extremidade proximal do pulso (p. ex., na área branquial, posição cerca de 2,5 a 5 cm acima da fossa antecubital), e prender o manguito de forma bem justa. Não posicionar o manguito sobre a roupa.
- Verificar a PA após 3 a 5 minutos de repouso, quando possível. Posicionar o braço (extremidade) da criança ao nível do coração durante o repouso.
- Localizar a posição exata do pulso. Coloque o diafragma do estetoscópio onde o pulso é sentido, abaixo da borda do manguito.
- Fechar a válvula do diafragma e inflar o manguito a uma pressão de 30mmHg acima do ponto em que a pulsação da artéria é obstruída. Estabilizar a extremidade durante a verificação.
- Desinflar o manguito a uma velocidade de 2 a 3 mmHg por segundo.
- Observe os sons de Korotkoff:
 - Início do som de pancada.
 - Abafamento do som, se aplicado.
 - Desaparecimento do som.
- Não inflar novamente o manguito durante a desinsuflação. Dar alguns minutos entre as verificações da PA.
- Desinflar o manguito completamente e removê-lo do braço.
- Lavar as mãos.
- Registrar os achados no prontuário do paciente. Registrar também a posição da criança, extremidade e local utilizado, tamanho do manguito, nível de atividade (p. ex., 90/50 mmHg, supina, braço direito, branquial, manguito infantil, calma). Se a PA estiver muito alta ou baixa, verificar também a frequência cardíaca.

Método com Equipamento Automático

Passos

- Seguir os 6 primeiros itens no procedimento anterior (Método de Ausculta) para localização da artéria, seleção do manguito e colocação.
- Seguir as instruções do fabricante para o uso da máquina.
- Estabilizar a extremidade durante a verificação.
- Lavar as mãos.
- Registrar os achados no prontuário do paciente. Registrar também a posição da criança, extremidade e local utilizado, tamanho do manguito, nível de atividade.

Método da Palpação

Passos

- Seguir os 7 primeiros itens no procedimento anterior (Método de Ausculta) para localização da artéria, seleção do manguito e colocação.
- Palpar a artéria à medida que infla o manguito.
- Inflar o manguito 30mmHg acima do ponto em que você percebeu o pulso da última vez.
- Lentamente desinflar o manguito e perceber o ponto em que o pulso volta a ser sentido.

- Desinflar completamente o manguito e removê-lo da extremidade.
- Lavar as mãos.
- Registrar os achados no prontuário do paciente como leitura da sistólica por palpação (p. ex., 100/p). Registrar também a posição da criança, extremidade e local utilizado, tamanho do manguito, nível de atividade.

Sinais Vitais: Temperatura

Diretrizes clínicas

- A temperatura é verificada para avaliar o estado de referencia de cada paciente dentro da primeira hora após a admissão e para detectar a mudança no estado do paciente (p. ex., hipotermia, presença de infecção, ou outras mudanças na condição do paciente).
- A temperatura é avaliada de novo 30 minutos a 1 hora após a intervenção para medir a resposta ao esquema terapêutico.
- A temperatura deve ser verificada a cada 4 ou 8 horas, ou mais frequentemente quando instável ou quando a criança estiver agudamente doente ou com problemas de termorregulação.
- Quando utilizar um equipamento para regular a temperatura (p. ex., incubadora, cobertor para hipotermia, luz de aquecimento suspenso), a temperatura da criança deve ser verificada a cada 1 a 3 horas.
- Os termômetros de mercúrio não devem ser usados (Goldman, Shannon & o Committe on Environmental Health, 2001).
- A via oral deve ser usada em crianças com idade superior a 5 anos a não ser que seja contra indicado pelas condições médicas ou de desenvolvimento (convulsões, atraso no desenvolvimento, nível de consciência alterado).
- A mensuração timpânica (infravermelha) não é recomendada para ser usada em crianças com idade inferior a 3 meses. Os estudos mostram que as mensurações timpânicas não são tão exatas quanto outras formas de mensuração de temperatura e mostram uma grande variedade.
- Os termômetros descartáveis (p. ex., Tempa – DOT) são mais exatos para as crianças com idade inferior a 5 anos.
- verificar a temperatura retal dos lactentes após o parto imediato. Após essa verificação de temperatura retal, usar a via axilar nos lactentes e nas crianças pequenas. A temperatura retal está contra indicada nas crianças que se submeteram a cirurgia retal e intestinal, com neutropenia, ou trompocitopenia.
- O auxiliar ou técnico de enfermagem ou a enfermeira podem verificar a temperatura. Quando a temperatura for verificada pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, qualquer variação do referencial, ou desvio da mensuração anterior, deve ser relatada ao médico ou enfermeira.

Verificação da Temperatura Corporal

Passos

- Rever o prontuário da criança quanto a:
 - Sinais vitais das ultimas 24 horas.
 - Avaliação dos problemas médicos atuais.
 - Parâmetros de temperatura desejados

Verificação da Temperatura Oral de uma Criança com Idade Superior a 5 Anos com Termômetro Eletrônico

Passos

- Lavar as mãos
- Remover o cabo do local onde fica guardado e observar no mostrador se o termômetro esta carregado.
- Selecionar o cabo apropriado: azul-oral.
- Colocar o protetor do cabo no cabo.
- Gentilmente inserir o cabo com o protetor no saco sublingual posterior da criança até que a unidade emita um sinal.
- Remover o cabo da boca e observar a temperatura do mostrador; observar se é em Celsius ou Fahrenheit.
- Jogue fora o protetor do cabo.
- Retornar a unidade para carregar na base.
- Lavar as mãos.

Verificação da Temperatura Timpânica em Criança com Idade Superior a 3 meses

Passos

- Lavar as mãos.
- Remover o cabo do local onde fica guardado e observar no mostrador se a unidade está carregada.
- Garantir que o mostrador indica modo timpânico (as unidades podem avaliar temperatura de superfície, retal, central e timpânica).
- Colocar o protetor descartável na ponta do cabo.
- Puxar a orelha – retraindo a pina posteriormente (empurrar para cima e para trás).
- Inserir o cabo no conduto auditivo enquanto pressiona o botão do *scan*; cheque para garantir que o conduto auditivo esteja fechado.
- Liberar o botão do *scan*.
- Remover o cabo quando o termômetro emitir sinal. Observar o mostrador de leitura se a leitura é em Celsius ou Fahrenheit.
- Jogar fora o protetor do cabo pressionando o botão de liberar.
- Retornar a unidade para carregar na base.
- Lavar as mãos.

Verificação da Temperatura Retal com Termômetro Eletrônico

Passos

- Lavar as mãos, colocaras luvas de procedimento.
- Remover o cabo do local onde fica guardado e observar no mostrador se o termômetro está carregado.

- Selecionar o cabo apropriado: vermelho-retal.
- Colocar o protetor do cabo no cabo.
- Lubrificar a ponta com gel hidrossolúvel.
- Gentilmente abra as pregas interglúteas da criança e introduza o cabo 1,7 cm no lactente e 2,5 cm na criança maior.
- Manter as pregas interglúteas fechadas com uma das mãos e manter o cabo no lugar com a outra.
- Monitorar a mudança de temperatura no mostrador até que a unidade emita um som. Observar a temperatura no mostrador e se a mensuração é em Celsius ou Fahrenheit.
- Jogue fora o protetor do cabo apertando o botão de liberar.
- Retornar a unidade para carregar na base.
- Lavar as mãos.

Verificação da Temperatura Axilar com Termômetro Eletrônico

Passos

- Lavar as mãos.
- Remover o cabo do local onde fica guardado e observar no mostrador se o termômetro está carregado.
- Selecionar o cabo apropriado: azul-oral.
- Colocar o protetor do cabo no cabo.
- Colocar o cabo protegido na axila da criança e segurar o braço dela firmemente na lateral.
- Observar a temperatura quando o mostrador digital estabilizou e a unidade emitiu um som; observar se a mensuração foi em Celsius ou Fahrenheit.
- Retornar a unidade para carregar na base.
- Lavar as mãos.

Verificação da Temperatura com Termômetro Descartável

Passos

- Lavar as mãos.
- Remover uma única unidade do pacote.
- Retirar a fita protetora do termômetro descartável.
- Colocar a fita de temperatura segundo as instruções de uso do fabricante:
 - Pressionar a fita firmemente na testa ou axila da criança.
 - Colocar no saco sublingual.
- Usar a fita para monitorar a temperatura assim que a cor para de mudar.
- Ler a temperatura de acordo com as instruções do fabricante, por exemplo:
 - Ler o bloco indicado pela mudança de cor; verde indica temperatura registrada. Se o verde não aparecer, a temperatura está a meio caminho entre o indicado pelo marrom e o azul.
 - O número de pontos que mudaram de cor.
 - Se for registrada uma temperatura acima de 37°C, confirmar com a temperatura oral ou retal.
- Lavar as mãos.

Medidas Antropométricas

A antropometria é importante ferramenta para avaliação do crescimento infantil e aceita universalmente. Vantagens como baixo custo, facilidade de execução e relativa sensibilidade e especificidade levam à elaboração de índices de crescimento fáceis de serem avaliados. Esse método pode ser aplicado em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo seu estado nutricional.

As medidas antropométricas consistem nos dados sobre peso, altura, perímetros cefálico e torácico. Sua verificação objetiva o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vem como a base para a prescrição médica e de enfermagem.

É importante que o enfermeiro ao participar do processo de avaliação do crescimento da criança tenha o conhecimento de que os principais aspectos que englobam uma avaliação eficiente e eficaz ao paciente são:

- Medição dos valores antropométricos de maneira padronizada;
- Relação dos valores encontrados conforme o sexo e a idade, comparando-os com os valores da população de referência;
- Verificação da normalidade dos valores encontrados.

1 – Peso/Idade: as relações entre o peso da criança e sua idade são de vital importância para uma identificação precoce de casos de desnutrição ou obesidade, ou riscos para ambos. Esta relação também poderá alertar o enfermeiro quanto a outros problemas relacionados que estejam ocasionando tais perdas ou ganhos anormais de peso.

2 – Estatura/Idade: a mensuração da estatura da criança é de suma importância para o acompanhamento do crescimento considerado dentro dos padrões da normalidade; como foi visto anteriormente nos fatores que influenciam o crescimento é possível verificar que o déficit de crescimento pode estar associado a problemas como a desnutrição e/ou socioeconômicos, entretanto quando estes déficits tornarem-se muito elevados é importante a investigação de um especialista para detectar a real causa.

3 – Peso/Estatura: a relação entre o peso e a estatura da criança é utilizada e recomendada pela Organização Mundial da Saúde para detectar sobrepeso; também deve ser utilizado para detectar precocemente perdas de peso que indiquem a desnutrição aguda, ou o risco desta.

O enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde participa do processo de avaliação do crescimento da criança, sendo importante salientar que todas as funções do processo avaliativo são delegadas a diferentes profissionais, conforme a especialidade de cada um.

Desta forma, quando se fala em desnutrição e/ou obesidade e obtenção de valores fidedignos é sempre de grande valia a inserção do nutricionista, já que o mesmo possui a responsabilidade de instruir sobre a alimentação da criança e realizar demais testes antropométricos necessários para uma análise mais detalhada.