

NIVEL MÉDIO



Quem Somos

A Domina Concursos, especialista no desenvolvimento e comercialização de apostilas digitais e impressas para Concurso Públicos, tem como foco tornar simples e eficaz a forma de estudo. Com visão de futuro, agilidade e dinamismo em inovações, se consolida com reconhecimento no segmento de desenvolvimento de materiais para concursos públicos. É uma empresa comprometida com o bem-estar do cliente. Atua com concursos públicos federais, estaduais e municipais. Em nossa trajetória, já comercializamos milhares de apostilas, sendo digitais e impressas. E esse número continua aumentando.

MISSÃO

Otimizar a forma de estudo, provendo apostilas de excelência, baseados nas informações de editais dos concursos públicos, para incorporar as melhores práticas, com soluções inovadoras, flexíveis e de simples utilização e entendimento.

VISÃO

Ser uma empresa de Classe Nacional em Desenvolvimento de Apostilas para Concursos Públicos, com paixão e garra em tudo que fazemos.

VALORES

- Respeito ao talento humano
- Foco no cliente
- Integridade no relacionamento
- Equipe comprometida
- Evolução tecnológica permanente
- Ambiente diferenciado
- Responsabilidade social



HABILITADA P/ IMPRESSÃO



PROIBIDO CÓPIA

Não é permitida a revenda, rateio, cópia total ou parcial sem autorização da Domina Concursos, seja ela cópia virtual ou impressa. Independente de manter os créditos ou não, não importando o meio pelo qual seja disponibilizado: link de download, Correios, etc...

Caso houver descumprimento, o autor do fato poderá ser indiciado conforme art. 184 do CP, serão buscadas as informações do responsável em nosso banco de dados e repassadas para as autoridades responsáveis.



Conhecimentos específicos

*"Camuflar um erro seu é
anular a busca pelo
conhecimento. Aprenda
com eles e faça novamente
de forma correta."*

Nara Nubia Alencar

Controle de Infecção em Odontologia

A biossegurança em odontologia compreende um conjunto de medidas empregadas com finalidade de proteger a equipe e os pacientes em ambiente clínico.

- Práticas ergonômicas no exercício da profissão;
- Controles dos riscos e químicos;
- Princípios de controle de infecção.

Características do ambiente de trabalho do CD

- Grande proximidade com o paciente;
- Ambiente de trabalho de difícil acesso e fiscalização;
- Rico em microrganismos patogênicos;
- Manipulação de instrumentos perfuro-cortantes;
- Utilização de material/instrumento que gera aerossol.

Os profissionais devem:

- Tomar medidas para proteger a sua saúde e da sua equipe;
- Evitar contato direto com matéria orgânica;
- Limitar a propagação de microrganismos;
- Tornar seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies.

Imunização

– Lavagem de mãos:

- Antes e após o atendimento a cada paciente;
- Antes de calçar luvas e após retirado;
- Quando as mãos forem contaminadas (acidentes).

– Evitar acidentes:

- Agulhas não devem ser reencapadas após o uso;
- Brocas devem ser retiradas das pontas após o uso;
- Cuidado com perfuro-cortantes, use pinça.

Uso de barreiras

- Luvas;
- Máscaras;
- Óculos;
- Avental/pijama;
- Gorro

Recuperação do ambiente

- Planejamento;
- Descontaminação e barreiras.

Limitar propagação

- Uso de deque de borracha;
- Usar sugador;
- Antissepsia previa da cavidade bucal;
- Uso racional de spray.

Não desinfetar quando se pode esterilizar

- Limpeza do instrumental – EPI;
- Enxague;
- Secagem;
- Empacotamento;
- Esterilização.

Não existem dúvidas que a infecção cruzada acontece a partir dos procedimentos odontológicos. A exata magnitude da Infecção Cruzada na Odontologia é improvável de se conhecer precisamente.

Mecanismo de Infecção Cruzada

Para compreender o mecanismo da Infecção Cruzada vamos sugerir uma situação hipotética:

“O paciente sentou-se na cadeira odontológica, o instrumental esterilizado foi disposto adequadamente e o aluno/profissional lavou criteriosamente as mãos. Porém, num dado momento o refletor precisa ser melhor posicionado, a cadeira abaixada, novo instrumento precisa ser retirado da gaveta, as seringas de ar e água são manipuladas, as peças de alta e baixa rotação são tocadas.”

Tudo o que for tocado pelo aluno ou pelo profissional torna-se teóricamente contaminado. Além disso, todas as superfícies da sala ficam contaminadas por aerossóis produzidos pela peça de mão, seringas de ar e água.

Existem três nichos ou reservatórios que favorecem a Infecção Cruzada na Clínica ou no Consultório:

1. Instrumental
2. Mãos
3. Superfícies contaminadas

Todos os pacientes devem ser considerados potencialmente infectantes pelo fato de não poderem ser identificados, mesmo com um bom levantamento da história médica e a realização de criterioso exame físico e de testes laboratoriais.

Todo paciente deve ser atendido como se fosse portador de uma doença contagiosa.

Levando-se em consideração isso tudo, o CDC-EUA (Center for Disease Control and Prevention) recomenda que se tomem precauções contra a contaminação por sangue ou outros fluidos corporais de forma consistente no atendimento de **TODOS OS PACIENTES** Isso ficou conhecido como “precauções universais.”

Realizar CI (Controle de Infecção) é uma necessidade moral e legal, que torna a razão do trabalho verdadeira e valoriza o profissional da Saúde e a profissão, perante o paciente e a sociedade. Embora a realização do CI tenha um certo custo, vidas não tem preço.

Estruturação do conhecimento para a realização do CI

Todos devem estar conscientes das variáveis que levam à contaminação e à infecção:

- **A presença de fontes de microrganismos**
- **As formas de contaminação**
- **Patogenicidade**

A Presença De Fontes De Microorganismos

A maior concentração de microrganismos na Clínica/Consultório Odontológico encontra-se na boca do paciente. Quanto maior a manipulação de sangue, visível ou não, maior é a sua chance de contrair doença infecciosa. Ao utilizarmos instrumentos rotatórios, jatos de ar, ar/água, ar/água/bicarbonato e ultra-som, a contaminação gerada em até 1,5 m de distância é muito grande.

Peças de mão e borrachas contaminadas, a água que supre o abastecimento de Saúde, o sabonete em barra, a toalha de pano, a torneira não automática, as soluções de limpeza, podem ser fortes veículos de microrganismos.

Nossas mãos, uma vez contaminadas de saliva e/ou sangue, são os maiores veículos de contaminação de superfícies.

Formas De Contaminação

1. Direta: ocorre pelo contato direto entre o portador e o hospedeiro. Ex. Hepatites virais, HIV.
2. Indireta: ocorre quando o hospedeiro entra em contato com uma superfície ou substância contaminada. Ex. Hepatite B, Herpes simples.
3. À distância: através do ar, o hospedeiro entra em contato com o microrganismo. Ex. Tuberculose, Sarampo e Varicela.

Patogenicidade

Expressa a possibilidade de uma contaminação gerar uma infecção.

$$\text{Patogenicidade} = \frac{\text{número de microrganismos} \times \text{virulência}}{\text{Resistência do hospedeiro}}$$

Uma vez ocorrida a contaminação, a possibilidade de ocorrer a infecção é diretamente proporcional ao número de microrganismos contaminantes vezes a virulência deles e é inversamente proporcional à resistência do hospedeiro.

A virulência é definida como o conjunto de recursos que os microrganismos possuem para causar dano ao hospedeiro, instalando-se, sobrevivendo e, finalmente multiplicando-se. Resumindo, para que ocorra uma infecção é necessário que haja uma fonte de microrganismos, um contágio através de uma das três formas, por um microrganismo de determinada virulência, em um hospedeiro com maior ou menor resistência.

Primeiros Socorros

Se todos soubessem noções básicas de primeiros socorros muitas vidas poderiam ser salvas. Iremos apresentar alguns procedimentos que poderão auxiliá-lo em caso de emergência.

O objetivo dos Primeiros Socorros é de manter o paciente com vida ou até a chegada de socorro médico apropriado ou até que o ferido chegue até um local onde possa ser dado o devido atendimento.

É importante mencionar que a prestação de primeiros socorros não deve ser um ato que comprometa a sua vida ou a vida do paciente e, logicamente, não exclui a importância de um médico.

Ferimentos

Limpe as mãos com água e sabão, se possível utilize uma luva. Lave o ferimento com água, desinfete com água oxigenada. Se houver algum corpo estranho (caco de vidro, farpa, espinho, etc.) remova-o com a pinça apenas se o objeto foi pequeno e se puder fazê-lo com facilidade, se não, deixe esta tarefa para o médico. Depois da aplicação de água oxigenada, seque o ferimento com um pouco de algodão e aplique um anti-séptico (Povidine, por exemplo). Se o ferimento for pequeno cubra com um Band-Aid, se for maior coloque uma atadura de gaze esterilizada e prenda com esparadrapo.

Temperatura

A temperatura é o grau do calor que o corpo possui. Quando a temperatura de uma pessoa está alta (o normal está entre 36,5 e 37 graus centígrados), dizemos que ela está com febre.

A febre, em si mesma, não é uma doença, mas pode ser o sinal de alguma doença. Pode-se identificar vários sintomas de febre: Sensação de frio; Mal-estar geral; Respiração rápida; Rubor de face; Sede; Olhos brilhantes e lacrimejantes ou Pele quente.

A febre alta é perigosa, pois pode provocar delírios e convulsões. Quando um pessoal tiver febre, podem-se tomar as providências a seguir. Se estiver acamada, retire o lençol ou cobertor. Se for criança pequena, desagasalhe-a, deixando apenas roupa leve até que a temperatura chegue ao normal. Ofereça líquidos à vítima. Toda pessoa com febre deve beber bastante líquido, como sucos. É importante saber quando a febre começa, quanto tempo ela dura e como acaba, para melhor informar ao médico.

Ponha panos molhados com água e álcool (meio a meio) sobre o peito e a testa. Troque-os com frequência, para mantê-los frios, e continue fazendo isso até que a febre abaixe. Se houver condições, dê um banho morno prolongado, em bacia, banheira ou chuveiro.

Você pode ter idéia da temperatura colocando as costas de uma de suas mãos na testa da pessoa doente e a outra na sua testa. Se a pessoa doente tiver febre, você sentirá a diferença. A febre muito alta e persistente é perigosa, você deverá procurar socorro médico o quanto antes.

Entorse

Os ossos do esqueleto humano estão unidos aos outros através dos músculos, mas as superfícies de contato são mantidas umas de encontro às outras por meio dos ligamentos. A vítima de entorse sente dor intensa na articulação afetada. Acompanhando a dor, surge o edema (inchaço).

Quando os vasos sanguíneos são rompidos, a pele da região pode ficar, de imediato, com manchas arroxeadas. Quando a mancha escura surge 24 ou 48 horas após o acidente, pode ter havido fratura e, nesses casos, deve-se providenciar ajuda médica, de imediato. As entorses mais comuns são as do punho, do joelho e do pé.

O Socorrista de uma vítima com entorse deve imobilizar a articulação afetada como no caso de uma fratura, e pode colocar gelo ou compressas frias no local antes da imobilização. Podemos também imobilizar a articulação através de enfaixamento, usando ataduras ou lenços.

Não se deve permitir que a vítima use a articulação machucada. Após o primeiro dia, podem-se fazer compressas quentes e mergulhar a parte afetada em água quente, na temperatura que a vítima suportar.

Fazendo aplicações de calor várias vezes por dia e mantendo-a imóvel, a articulação atingida por uma entorse normalmente recupera-se dentro de uma semana. Isso se não houver outras complicações, como derrame interno, ruptura dos ligamentos ou mesmo uma fratura. Vale a pena consultar o médico e providenciar um exame mais completo.

Hemorragias

É a perda de sangue devido ao rompimento de um vaso sangüíneo, requer intervenção médica imediata.

Hemorragia Externa – É resultante de um ferimento com exteriorização sangüínea. Primeiros socorros: Compreensão da área afetada e elevação de membro. Ao contrário do que vemos em muitos filmes não se deve aplicar nenhuma forma de torniquete, a excessão é apenas quando um membro é amputado ou esmagado.

Hemorragia Interna – É resultante de um ferimento profundo com lesão de órgão interno. Sintomas: Pulso fraco e rápido; Pele fria; Sudorese; Sede; Tonteira.

Tipos De Hemorragia Interna

Estomatorragia – Hemorragia proveniente da boca. Primeiros socorros: Dar líquidos gelados para a vítima beber.

Metrorragia – Hemorragia por via vaginal Sintomas: Perda anormal de sangue pela vagina entre os períodos menstruais. Causas: Abortamento, gravidez ectópica (nas trompas); violência sexual; tumores; retenção de membrana placentárias no parto; ruptura urinária no parto; traumatismo no parto. Primeiros socorros: Manter a vítima em repouso; Aplicar compressas geladas ou bolsas de gelo sobre o baixo ventre; providenciar socorro médico.

Hemoptise – Hemorragia proveniente dos pulmões. Sintomas: O sangue sai em golfadas pela boca, vermelho vivo e espumoso. Primeiros socorros: Bolsa de gelo no tórax; Deitar a vítima de forma que a cabeça fique mais baixa que o corpo; elevando os braços e pernas.

Hematêmese – Hemorragia proveniente do estômago. Sintomas: O sangue sai pela boca como se fosse borra de café, pode vir ou não com restos de alimentos. Primeiros socorros: Bolsa de gelo abaixo do umbigo.

Otórragia – Hemorragia proveniente do ouvido. Primeiros socorros: Compressão à distancia (temporal ou facial). Tapar com algodão ou gaze seco composta.

TCE (traumatismo crânio encefálico) – Sangra pouco e o sangue sai com liquor. Primeiros socorros: Lateralizar a cabeça de forma que o sangue saia.

Epistaxe – Hemorragia proveniente do nariz. Primeiros socorros: Tapar com algodão ou gaze seco. Comprimir a narina.

Afogamento

Afogar-se não é risco exclusivo dos que não sabem nadar. Muitas vezes até um bom nadador se vê em apuros por algum problema imprevisto: uma câibra, um mau jeito, uma onda mais forte. Outras vezes a causa é mesmo a imprudência de quem se lança na água sem saber nadar. E pode ocorrer, ainda, uma inundação ou enchente, daí surgindo vítimas de afogamento.

Existem dois tipos de materiais que servem para auxiliar a retirar da água uma vítima de afogamento: Materiais nos quais a vítima pode agarrar-se para ser resgatada: cordas, pedaços de pau, remo, etc.; materiais que permitem que a vítima flutue até chegar o salvamento: barcos, pranchas, bóias, etc.

Evidentemente ninguém irá atirar-se à água ao primeiro grito de socorro que ouvir. Você deve proceder de modo exposto a seguir. Providencie uma corda, barco, bóia ou outro material que possa chegar até a vítima.

Caso não disponha de nada disso, parta para outras alternativas. Se souber nadar bem, procure prestar socorro adequadamente. Verifique a existência ou não de correnteza ou de água agitadas.

Certifique-se do estado da vítima: se está imóvel ou debatendo-se. Mesmo os melhores nadadores encontrarão dificuldades em nadar contra uma correnteza e águas agitadas e qual a melhor maneira de chegar até a vítima.

Uma vítima de afogamento pode estar desacordada quando o salvamento chegar. Se não estiver inconsciente e desacordada, certamente estará em pânico e terá grandes dificuldades de raciocinar. Procure segurá-la por trás, de forma que a mesma não possa se agarrar a você e impedi-lo de nadar.

Quando você chegar à margem com a vítima, seu trabalho de salvamento ainda não terá terminado. Caso o afogado esteja consciente e só tenha engolido um pouco de água, basta confortá-lo e tranquilizá-lo. Se estiver sentindo frio, procure aquecê-lo. Em qualquer circunstância, é aconselhável encaminhá-lo a Socorro médico.

Se a vítima, no entanto, estiver inconsciente, é muito provável que apresente a pele arroxeada, fria e ausência de respiração e pulso. Nesses casos, a reanimação tem de ser rápida e eficiente; pode começar a ser feita enquanto você estiver retirando a vítima da água.

Vire-a e passe a aplicar-lhe a respiração boca-a-boca. Se necessário, faça também massagem cardíaca. Assim que a vítima estiver melhor e consciente, providencie sua remoção para um hospital. Em termos técnicos: É um acidente de asfixia, por imersão prolongada em um meio líquido com inundação e enxarcamento alveolar. O termo asfixia, indica concomitância de um baixo nível de oxigênio e um excesso de gás carbônico no organismo. Classificação e sintomas do grau de afogamento:

Grau I ou Benigno: É o chamado afogado. É aquele que entra em pânico dentro d'água, ao menor indicio de se afogar. Esse afogado, muitas das vezes, não chega a aspirar a água, apenas apresenta-se:

1. Nervoso – Cefaléia (dor de cabeça) – Pulso rápido, Náuseas/vômitos, Pálido, Respiração e Trêmulo. Primeiros Socorros: Muitas das vezes, o afogado é retirado da água, não apresentando queixas. Neste caso, a única providência é registrá-lo e orientá-lo. Repouso e Aquecimento.

2. Grau II ou Moderado: Neste caso já são notadas sinais de agressão respiratória e por vez, repercussão no Aparelho Córdio-Circulatório, mas consciência mantida. Os sintomas são: Ligeira Cianose, Secreção Nasal e Bucal com pouca espuma, Pulso Rápido, Palidez, Náuseas/vômitos, Tremores ou Cefaléia. Primeiros Socorros: Repouso, Aquecimento, Oxigênio e observação em algum Centro Médico.

3. Grau III ou Grave: Neste caso o afogado apresenta os seguintes sintomas: Cianose, Ausência de secreção Nasal e Bucal, Dificuldade Respiratória, Alteração Cardíaca e Edema Agudo do Pulmão Sofrimento do Sistema Nervoso Central. Primeiros Socorros: Deitar a vítima em decúbito dorsal e em declive, Aquecimento, Hiper-estender o pescoço, Limpar a secreção Nasal e Bucal – Providenciar remoção para algum Centro Médico

4. Grau IV ou Gravíssimo: A vítima apresenta-se em parada Córdio-Respiratória, tendo como sintomas: Ausência de Respiração, Ausência de Pulso, Midríase Paralítica, Cianose e Palidez. Primeiros Socorros: Desobstrução das Vias Aéreas Superiores, Apoio Circulatório Apoio Respiratório, Providenciar remoção para algum Centro Médico.

Choque Elétrico

Os choques elétricos podem acontecer com frequência, mesmo porque vivemos cercados por máquinas, aparelhos e equipamentos elétricos. Em casos de alta voltagem, os choques podem ser fortes e causar queimaduras fortes ou até mesmo a morte.

Os choques causados por correntes elétricas residenciais, apesar de apresentarem riscos menores, devem merecer atenção e cuidado. Em qualquer acidente com corrente elétrica, o tempo gasto para prestar socorro é fundamental.

Qualquer demora poderá ocasionar sérios problemas. Muitas vezes a pessoa que leva um choque elétrico fica presa à corrente elétrica. Não toque na vítima sem antes desligar a corrente elétrica. Se o Socorrista tocar na pessoa, a corrente irá atingi-lo também. Por isso, é necessário tomar todo o cuidado.

Antes de mais nada, o Socorrista deve desligar a chave geral ou tirar os fusíveis. Se por acaso não for possível tomar nenhuma dessas providências, há ainda alternativas: afastar a vítima do fio elétrico com um cabo de vassoura ou com uma vara de madeira, bem secos. Antes, porém, verifique se os seus pés estão secos e se você não está pisando em chão molhado.

Para afastar a vítima, use algum material que não conduza corrente elétrica, como por exemplo, madeira seca, borracha, etc. Em seguida, inicie imediatamente o atendimento à vítima.

Deite-a e verifique se ela está respirando, ou se precisa de respiração artificial e/ou massagens cardíacas. Se necessário, aja imediatamente. Observe se a língua não está bloqueando a passagem do ar. Logo após, verifique se a vítima sofreu alguma queimadura. Cuide das queimaduras, de acordo com o grau que elas tenham sido atingidas. Tendo prestado os primeiros socorros você deve providenciar a assistência médica.

As correntes de alta tensão passam pelos cabos elétricos que vemos nas ruas e avenidas. Quando ocorre em fios de alta tensão, na rua, só a central elétrica pode desligá-los. Nestes casos, procure um telefone e chame a central elétrica, os bombeiros ou a polícia. Indique o local exato em que está ocorrendo o acidente. Procedendo desta maneira você poderá evitar novos acidentes.

Enquanto a corrente não for desligada, mantenha-se afastado da vítima, a uma distância mínima de 4 metros. Não deixe que ninguém se aproxime ou tente ajudá-la. Somente após a corrente de alta tensão ter sido desligada você deverá socorrer a vítima.

Convulsão Epilética

A crise convulsiva caracteriza-se pela perda repentina de consciência, acompanhada de contrações musculares violentas. A vítima de uma crise convulsiva sempre cai e seu corpo fica tenso e retraído. Em seguida ela começa a se debater violentamente e pode apresentar os olhos virados para cima e os lábios e dedos arroxeados.

Em certos casos, a vítima baba e urina. Estas contrações fortes duram de dois a quatro minutos. Depois disto, os movimentos vão enfraquecendo e a vítima recupera-se lentamente. A crise convulsiva pode acontecer em consequência de febre muito alta, intoxicação ou, ainda, devido a epilepsia ou lesões no cérebro.

Diante de um caso de convulsão, tome as providências seguintes:

1. Deite a vítima no chão e afaste tudo o que esteja ao seu redor e possa machucá-la (móveis, objetos, pedras, etc.) não impeça os movimentos da vítima.
2. Retire as próteses dentárias, óculos, colares e outras coisas que possam se quebradas ou machucar a vítima.
3. Para evitar que a vítima morda a língua ou se sufoque com ela, coloque-lhe um lenço ou pano dobrado na boca entre os dentes.
4. No caso de a vítima já ter cerrado os dentes, não tente abrir-lhe a boca.
5. Desaperte a roupa da vítima e deixe que ela se debata livremente; coloque um pano debaixo de sua cabeça, para evitar que se machuque. A pessoa que está tendo convulsões apresenta muita salivação. O estado de inconsciência não permite que ela engula a saliva.

Por isso, é preciso tomar mais uma providência para evitar que fique sufocada: deite-a com a cabeça de lado e fique segurando a cabeça nesta posição. Desta forma a saliva escoará com facilidade. Não dê a vítima nenhuma medicação ou líquido pela boca, pois ela poderá sufocar.

Cessada a convulsão, deixe a vítima em repouso até que recupere a consciência. Após a convulsão, a pessoa dorme e este sono pode durar segundo ou horas. Coloque-a na cama ou em algum lugar confortável e deixe-a dormir.

Em seguida, encaminhe-a à assistência médica. Nunca deixe de prestar socorro à vítima de uma crise epilética convulsiva, pois sua saliva (baba) não é contagiosa.

Insolação

Pode manifestar-se de diversas maneiras: subitamente, quando a pessoa cai desacordado, maneando a pulsação e a respiração; ou após o aparecimento de sintomas e sinais como tonturas, enjôos, dor de cabeça, pele seca e quente, rosto avermelhado, febre alta, pulso rápido e respiração difícil.

Os sintomas e sinais de insolação nem sempre aparecem ao mesmo tempo. Normalmente podemos verificar apenas alguns. O importante então é que você saiba exatamente o que fazer no caso de uma pessoa passar muito tempo exposta ao sol e apresentar algum sinal de insolação.

Enquanto você aguarda o socorro médico, procure colocar a vítima à sombra, fazer compressas frias sobre a sua cabeça e envolver seu corpo em toalhas molhadas. Isso é feito para baixar a temperatura. Em seguida deite a pessoa de costas, apoiando a cabeça e os ombros para que fiquem mais altos que o resto do corpo.

O ideal é que a temperatura desça lentamente, para que não ocorra o colapso, próprio de quedas bruscas de temperatura. Após ter prestado os primeiros socorros, deve-se procurar ajuda médica, com urgência.

Queimaduras

Denomina-se queimadura toda e qualquer lesão ocasionada no organismo humano pela ação curta ou prolongada de temperaturas extremas sobre o corpo humano. As queimaduras podem ser superficiais ou profundas e é possível dividi-las em diferentes tipos, de acordo com a gravidade.

A gravidade de uma queimadura não se mede somente pelo grau de lesão, mas também pela extensão da área atingida. São consideradas grandes queimaduras aquelas que atingem mais de 15% do corpo, no caso de adultos. Para crianças de até 10 anos, são considerados grandes queimaduras aquelas que atingem mais de 10% do corpo.

Para avaliar melhor a gravidade de uma queimadura, você pode adotar a tabela abaixo

Cabeça	9%
Pescoço	1%
Tórax e abdômen, inclusive órgãos genitais	18%
Costas e região lombar	18%
Membro superior direito (braço)	9%
Membro superior esquerdo (braço)	9%
Membro inferior direito (perna)	18%
Membro inferior esquerdo (perna)	18%

Se o socorrista souber classificar uma grande queimadura e encaminhar a vítima para um pronto socorro, já será de grande valia. Vamos conhecer e especificar cada caso e saber como agir em cada um deles.

Os primeiros socorros dependem muito da extensão e causa do ferimento, pequenas queimaduras podem ser colocadas sob água corrente apenas, em nenhum caso o uso de óleos ou pomadas não é recomendado. Também não se deve furar bolhas e, em acidentes automobilísticos, não se deve dar nenhum líquido sem antes avaliar outras possíveis lesões.

Queimadura Por Fogo Quando a queimadura for causada por fogo e as roupas estiverem se incendiando, a primeira providência é, naturalmente, apagar o fogo. Dependendo do local do acidente e dos recursos disponíveis, de imediato pode-se usar um cobertor para sufocar as chamas ou rolar a vítima no chão. Se as queimaduras atingirem o tórax, abdômen ou costas, pode-se jogar água fria sobre as feridas, para aliviar as dores. Em seguida, remover a vítima para um hospital. Se a vítima estiver consciente, dê-lhe bastante líquido para beber: água, chá ou sucos. Anime-a e tranquilize-a.

Queimadura Por Substâncias Químicas (tintas, ácidos, detergentes, etc.) Antes de cuidar dos ferimentos, é preciso verificar se a substância química não reage com água ao invés de ser dissolvida por ela, só neste último caso é que molhamos todas as peças de roupa que estejam impregnadas pela substância para remove-las sem causar maiores danos.

Isso porque o contato com a roupa pode gerar novas queimaduras. Depois, devemos lavar o local queimado com água em abundância, durante 10 a 15 minutos, para que não reste qualquer resíduo da substância química e, em seguida, proteger as feridas com gaze ou pano limpo. A queimadura nos olhos é um caso muito especial.

A ação deve ser rápida, para evitar a perda parcial o total da visão. Neste caso, devemos lavar o olho da vítima com bastante água. Depois que a ferida estiver limpa, deve-se colocar sobre ela um curativo de gaze ou pano limpo.

Corpos Estranhos

Pequenas partículas de poeira, carvão, areia ou limalha, grãos diversos, sementes ou pequenos insetos (mosquitos, formigas, mosca, besouros, etc.), podem penetrar nos olhos, no nariz ou nos ouvidos. Se isso ocorrer, tome os seguintes cuidados:

Olhos – Nunca esfregue o olho, não tente retirar corpos estranhos no globo ocular.

Primeiras providências

Faça a vítima fechar os olhos para permitir que as lágrimas lavem e removam o corpo estranho.

Se o processo falhar, lave bem as mãos e adote as seguintes providências: pegue a pálpebra superior e puxe para baixo, sobre a pálpebra inferior, para deslocar a partícula; Irrigue o olho com água limpa, de preferência usando conta-gotas peça à vítima para pestanejar.

Se, ainda assim não resolver passe às terceiras providências: Puxe para baixo a pálpebra inferior, revirando para cima a pálpebra superior, descoberto o corpo estranho, tente retirá-lo com cuidados, tocando-o de leve com a ponta úmida de um lenço limpo. Se o cisco estiver sobre o globo ocular, não tente retirá-lo. Coloque uma compressa ou pano limpo e leve a vítima ao médico. Os mesmos cuidados deve ser tomados quando se tratar de corpo estranho encravado no olho.

Nariz – Comprima com dedo a narina não obstruída. Com a boca fechada tente expelir o ar pela narina em que se encontra o corpo estranho. Não permita que a vítima assoe com violência. Não introduza instrumentos na narina (arame, palito, grampo, pinça etc.). Eles poderão causar complicações. Se o corpo estranho não puder ser retirado com facilidade, procure um médico imediatamente.

Ouvidos – Não introduza no ouvido nenhum instrumento (ex.: arame, palito, grampo, pinça, alfinete), seja qual for a natureza do corpo estranho a remover.

No caso de pequeno inseto, o socorro imediato consiste em colocar gotas de azeite ou óleo comestível no ouvido, a fim de imobilizar e matar o inseto. Conserve o paciente deitado de lado, com o ouvido afetado voltado para cima.

Mantenha-o assim, com o azeite dentro, por alguns minutos, após os quais deve ser mudada a posição da cabeça para escorrer o azeite. Geralmente, nessa ocasião, sai também o inseto morto. Se o corpo estranho não puder ser retirado com facilidade, o melhor mesmo é procurar logo um médico.

Parada Cárdio-Respiratória

Além de apresentar ausência de respiração e pulsação, a vítima também poderá apresentar inconsciência, pele fria e pálida, lábio e unhas azulados.

O que não se deve fazer

NÃO dê nada à vítima para comer, beber ou cheirar, na intenção de reanimá-la.

Só aplique os procedimentos que se seguem se tiver certeza de que o coração não está batendo.

Procedimentos Preliminares

Se o ferido estiver de bruços e houver suspeita de fraturas, mova-o, rolando o corpo todo de uma só vez, colocando-o de costas no chão. Faça isso com a ajuda de mais duas ou três pessoas, para não virar ou dobrar as costas ou pescoço, evitando assim lesionar a medula quando houver vértebras quebradas. Verifique então se há alguma coisa no interior da boca que impeça a respiração. Se positivo, retire-a.

Mantenha a pessoa aquecida e acione o serviço de emergência tão logo quanto possível.

Ressuscitação Cárdio-Pulmonar

Com a pessoa no chão, coloque uma mão sobre a outra e localize a extremidade inferior do osso vertical que está no centro do peito.

Ao mesmo tempo, uma outra pessoa deve aplicar a respiração boca-a-boca, firmando a cabeça da pessoa e fechando as narinas com o indicador e o polegar, mantendo o queixo levantado para esticar o pescoço.

Enquanto o ajudante enche os pulmões, soprando adequadamente para insuflá-los, pressione o peito a intervalos curtos de tempo, até que o coração volte a bater.

Esta sequência deve ser feita da seguinte forma: se você estiver sozinho, faça dois sopros para cada dez pressões no coração; se houver alguém ajudando-o, faça um sopro para cada cinco pressões.

Fraturas

Fratura é uma lesão em que ocorre a quebra de um osso do esqueleto. Há dois tipos de fratura, a saber: a fratura interna e a fratura exposta.

Fratura Interna (Ou Fechada) – Ocorre quando não há rompimento da pele. Suspeitamos de que há fratura quando a vítima apresenta: Dor intensa; Deformação do local afetado, comparado com a parte normal do corpo; Incapacidade ou limitação de movimentos; Edema (inchaço) no local; este inchaço poderá ter cor arroxeada, quando ocorre rompimentos de vasos e acúmulo sangue sob a pele (hematoma); Crepitação, que provoca a sensação de atrito ao se tocar no local afetado.

A providência mais recomendável a tomar nos casos de suspeita de fratura interna é proceder à imobilização, impedindo o deslocamento dos ossos fraturados e evitando maiores danos.

Como Imobilizar:

Não tente colocar o osso “no lugar”; movimente-o o menos possível. Mantenha o membro na posição mais natural possível, sem causar desconforto para a vítima.

Improvise talas com o material disponível no momento: uma revista grossa, madeira, galhos de árvores, guarda-chuva, jornal grosso e dobrado.

Acolchoar as talas com panos ou quaisquer material macio, a fim de não ferir a pele.

O comprimento das talas deve ultrapassar as articulações acima ou abaixo do local da fratura e sustentar o membro atingido; elas devem ser amarradas com tiras de pano em torno do membro fraturado.

Não amarrar no local da fratura. Toda vez que for imobilizar um membro fraturado, deixe os dedos para fora, de modo a poder verificar se não estão inchados, roxos ou adormecidos.

Se estiverem roxos, inchados ou adormecidos, as tiras devem ser afrouxadas.

Em alguns casos, como no da fratura do antebraço, por exemplo, deve-se utilizar um tipóia, use uma bandagem triangular ou dobre um lenço em triângulo (seu lenço escoteiro por exemplo), envolvendo o antebraço, e prenda as pontas deste atrás do pescoço da vítima.

Muitos cuidados devem ser tomados em relação à vítima com perna fraturada. Não deixe que ela tente andar. Se for necessário transportá-la, improvise uma maca e solicite a ajuda de alguém para carregá-la.

Nos casos de fraturas de clavícula, braço e omoplata, bem como lesões das articulações de ombro e cotovelo, deve-se imobilizar o osso afetado colocando o braço dobrado na frente do peito e sustentando-o com uma atadura triangular dobrada.

Fratura Exposta (Ou Aberta) – A fratura é exposta ou aberta quando o osso perfura a pele. Nesse caso, proteja o ferimento com gaze ou pano limpo antes de imobilizar, a fim de evitar a penetração de poeira ou qualquer outras substância que favoreça uma infecção.

Não tente colocar os ossos no lugar. Ao contrário, evite qualquer movimento da vítima. Procure atendimento médico imediato.

Fraturas Especiais – Há casos que exigem cuidados especiais. São as fraturas de crânio, coluna, costelas, bacia e fêmur. É muito importante que o socorrista saiba identificar os sintomas e sinais prováveis de cada uma dessas fraturas.

Fratura Do Crânio – Dores, inconsciência, parada respiratória, hemorragia pelo nariz (Epistaxe), boca (Estomatorragia) ou ouvido (otorragia)

Fratura De Coluna – Dores, formigamento e incapacidade de movimento dos membros (braços e pernas).

Fratura De Costelas – Respiração difícil, dor a cada movimento respiratório.

Fratura De Fêmur E Bacia – dor no local, dificuldade de movimentar-se e de andar. Ao suspeitar de uma dessas fraturas:

Primeiro Socorros: Mantenha a vítima imóvel e agasalhada; não mexa nem permita que ninguém mexa na posição da vítima até a chegada de pessoal habilitado (médico ou enfermeiro); caso não seja possível contar com pessoal habilitado, transporte a vítima sem dobrá-la, erguendo-a horizontalmente com a ajuda de três pessoas. Coloque a vítima deitada de costas sobre uma superfície dura, como: maca, porta, tábuas, etc. Observe a respiração e verifique o pulso da vítima. Se necessário, faça massagem cardíaca e respiração artificial. No caso de fratura no crânio, os procedimentos devem ser os mesmos, mas com o cuidado de não movimentar a cabeça da vítima, de jeito nenhum. Providencie transporte adequado e atendimento médico assim que tiver terminado a imobilização. Lembre-se de que a vítima sempre deve ser transportada deitada. Durante o transporte, peça ao motorista para evitar freadas bruscas ou buracos, que poderão agravar o estado da vítima.

Cãibra

O estímulo nervoso possui determinada eletricidade que, em contato com uma substância gelatinosa que banha o músculo, encaminha uma partícula de cálcio para dentro das fibras; o cálcio, então, ativa enzimas próprias do músculo que quebram a ATP. A única questão é haver moléculas de ATP em quantidade suficiente. Existem três fontes de ATP. A primeira seria uma espécie de estoque particular do músculo. A segunda é a glicólise: reações dentro do músculo transformam a glicose das fibras ou trazidas pelo sangue em ATP e ácido láctico. Esta é uma substância inibidora que, ao se acumular nas fibras, causa tanta dor que a pessoa não aguenta mais contrair o músculo.

Esse processo produz grande quantidade de energia, mas por tempo limitado. Por isso, é um metabolismo para atividades que exigem velocidade. Os atletas atenuam os efeitos do ácido láctico e por isso suportam melhor um acúmulo de da substância. Mas quem não é atleta cede a dor e logo pára. Do contrário, corre o risco de sentir uma cãibra. Nesses casos de cãibra, dá-se açúcar (glicose) para o paciente, para que rapidamente acabe com a cãibra.

A Cãibra também atacam em plena madrugada, quando se está quieto, dormindo. Mas aí, o problema é neurológico, uma ordem equivocada para o músculo se contrair a toda velocidade, provocada muitas vezes por estresse psicológico.

Situações Vitais

Que Fazer Em Caso De Acidente

- Dominar rapidamente a situação e prevenir perigos mortais.
- Afastar os feridos dos locais onde estes possam correr perigo (ex. estradas, fogo).

Quando não for estritamente necessário nunca se deverá mover um ferido!

- Em caso de acidente de viação deve-se colocar o triângulo de sinalização num local bem visível e usar o colete de sinalização.

- Caso haja necessidade de chamar uma ambulância deverá mandar-se um terceiro. Nunca se deve deixar um ferido sózinho.
- Devem verificar-se o tipo e importância das lesões, controlar o pulso e a respiração do ferido.
- Os feridos graves deverão ser cuidados de acordo os princípios explicados em baixo.

A – Paragem respiratória – desobstruir vias respiratórias, praticar respiração artificial.

B – Hemorragias – colocar o ferido numa posição correcta; aplicar atadura que impeça a hemorragia.

C – Estado de choque – tomar medidas preventivas: alívio da dor; repouso; protecção do frio.

Na maioria das situações, excepto nos casos de suspeita de fractura da coluna vertebral ou do pescoço, deverá colocar a vítima na posição lateral de segurança (PLS). Posição Lateral de Segurança

1 – Vire o corpo da vítima inconsciente, mas ainda a respirar, para a posição lateral de segurança, o que impedirá que sangue, saliva ou a língua obstruam as vias respiratórias.

2 – Estenda ao longo do corpo da vítima o braço que ficar mais perto de si. Cruze o outro braço sobre o peito. Cruze a perna mais afastada sobre a que está mais próxima.

3 – Ampare a cabeça da vítima com uma das mãos e com a outra agarre-a pela anca mais afastada.

4 – Vire a vítima de bruços, puxando-a rapidamente para si e amparando-a com os joelhos.

5 – Puxe a testa da vítima para trás, de modo a que a garganta fique direita. Assim, as vias respiratórias manter-se-ão desimpedidas, o que permite que a vítima respire livremente.

6- Dobre o braço que fica mais próximo de si para lhe sustentar o tronco. Dobre a perna mais próxima para servir de apoio ao abdómen. Retire o outro braço de debaixo do corpo.

Quando há fractura de um braço ou de uma perna ou por qualquer motivo esse membro não puder ser utilizado como apoio da vítima na posição lateral de segurança, coloque um cobertor enrolado debaixo do lado ileso da vítima, o que elevará o corpo desse lado e deixará as vias respiratórias desimpedidas.

Os 10 Mandamentos Do Socorrista

1. Mantenha a calma.
2. Tenha em mente a seguinte ordem de segurança quando você estiver prestando socorro: Você é a prioridade (o socorrista). Depois a sua equipe (incluindo os transeuntes). E por último e nem menos importante, a vítima. Isso parece ser contraditório a primeira vista, mas tem o intuito básico de não gerar novas vítimas.
3. Ao prestar socorro, é fundamental ligar ao atendimento pré-hospital de imediato ao chegar no local do acidente. Podemos por exemplo discar 3 números: 112.
4. Sempre verifique se há riscos no local, para você e sua equipe, antes de agir no acidente.
5. Mantenha sempre o bom senso.
6. Mantenha o espírito de liderança, pedindo ajuda e afastando os curiosos.
7. Distribua tarefas, assim os transeuntes que poderiam atrapalhar ajudá-lo-ão e sentir-se-ão mais úteis.
8. Evite manobras intempestivas (realizadas de forma imprudente, com pressa).
9. Em caso de múltiplas vítimas dê preferência àquelas que correm maior risco de vida como, por exemplo, vítimas em parada cardíaco-respiratória ou que estejam sangrando muito.
10. Seja socorrista e não herói (lembre-se do 2o mandamento).

Paragem Cardíaca

Sinais E Sintomas

Ausência de pulso e dos batimentos cardíacos, além de acentuada palidez. Se detectado algum desses sinais a acção deve ser imediata e não será possível esperar o médico para iniciar o atendimento.

O Que Fazer

Aplique A Massagem Cardíaca Externa.

Como fazer a massagem cardíaca

Colocar a vítima deitada de costas em superfície plana e dura. As mãos do atendente de emergência devem sobrepor a metade inferior do esterno. Os dedos ficam abertos sem tocar o tórax. A partir daí deve-se pressionar vigorosamente, abaixando o esterno e comprimindo o coração de encontro a coluna vertebral. Em seguida, descomprima. Repetições: quantas forem necessárias até a recuperação dos batimentos. É recomendável a média de 60 compressões por minuto.

Cuidados

Em jovens a pressão deve ser feita com apenas uma das mãos e em crianças com os dedos. Essa medida evita fraturas ósseas no esterno e costelas. Se houver parada respiratória juntamente com a cardíaca ambas devem ser realizadas, reciprocamente.

O Que Pode Causar

Choque elétrico Estrangulamento Sufocação Reações alérgicas graves Afogamento.

Paragem Respiratória

Como Detectar:

Observar os sinais graves: Se o peito da vítima não se mexer ou se os lábios, face, língua e unhas ficarem azulados, certamente houve parada respiratória.

Como Fazer A Respiração Artificial Ou De Socorro:

Afrouxe roupas, desobstrua a circulação do pescoço, peito e cintura. Desobstrua as vias aéreas (boca ou garganta). Coloque a vítima em uma posição correta. Ritmo: 15 respirações por minuto. Observação importante: ficar atento para reiniciar o processo a qualquer momento, caso seja necessário.

Levantar o pescoço com uma das mãos, inclinando a cabeça para trás. Com a mesma mão, puxe o queixo da vítima para cima, impedindo que a língua obstrua a entrada e saída de ar. Coloque a boca sobre a boca. Feche bem as narinas da vítima com o polegar e o indicador. Depois sopre dentro da boca até que o peito se levante e deixe que o indivíduo expire livremente. Repita o processo na frequência de 12 a 15 vezes por minuto (aproximadamente 1 insuflação de 5 em 5 segundos).

Durante a insuflação deve verificar-se se a caixa tóraxica se eleva indicando nesse caso que a via respiratória se encontra livre.

Em certos casos, por exemplo, na presença de vômitos ou de lesões na cara, a insuflação pode ser praticada através de um lenço ou qualquer pedaço de pano colocado sobre a boca do acidentado. Se a existência de lesões na cara, ou outros motivos, não permitirem praticar a respiração boca a boca, insuflar-se-á o ar pelo nariz.

Neste caso, coloca-se uma mão sobre a sua fronte para manter a cabeça inclinada para trás, e com a outra tapa-se a abertura bucal. Para não lhe comprimir as asas do nariz, abre-se a sua boca ao máximo.

Quando se suspeitar que existe uma lesão das vértebras cervicais, procura-se fazer com que as vias respiratórias fiquem livres elevando com cuidado o maxilar da vítima, introduzindo-lhe o polegar na boca ou pegando-lhe pelo ângulo do queixo.

Com Crianças Pequenas

Deitar a criança com o rosto para cima e a cabeça inclinada para trás. Levantar o queixo projetando-o para fora. Evitar que a língua obstrua a passagem de ar.

Colocar a boca sobre a boca e o nariz da criança e soprar suavemente até que o pumão dela se encha de ar e o peito se levante. Deixe que ela expire livremente e repita o método com o ritmo de 15 respirações por minuto. Pressione também o estômago para evitar que ele se encha de ar.

Cuidados:

Mantenha a vítima aquecida e afrouxe as roupas dela. Aja imediatamente, sem desanimar. Mantenha a vítima deitada. Não dê líquidos para a vítima inconsciente. Nunca dê bebidas alcoólicas logo após recobrar a consciência. São aconselháveis café ou chá. O transporte da vítima é desaconselhável, a menos que seja possível manter o ritmo da respiração de socorro. A posição precisa ser deitada. Procure um médico e transporte a vítima quando ela se recuperar.

O Que Pode Causar:

Gases venenosos, vapores químicos ou falta de oxigênio. Procedimento: remover a vítima para local arejado e fora de perigo de contaminação. Em seguida, aplique a respiração artificial pelo método boca-a-boca.

Afogamento Procedimento: retirar a vítima da água. Inicie a respiração artificial imediatamente assim que ela atinja local plano, como por exemplo, no próprio barco. Agasalhe e comprima o estômago, se necessário, para expulsar o excesso de água. Sufocação por saco plástico Procedimento: rasgar e retirar o saco plástico, depois iniciar a respiração boca-a-boca.

Choque elétrico Procedimento: não tocar na vítima até ter a certeza que ela não está mais em contato com a corrente. Pode-se desligar a tomada quando possível ou tentar afastar a vítima do contato elétrico com uma vara ou algo semelhante que não seja condutor elétrico. Em seguida inicie a respiração artificial.

Abalos violentos resultantes de explosão ou pancadas na cabeça e envenenamento por ingestão de sedativos ou produtos químicos Procedimento: iniciar imediatamente a respiração boca-a-boca. Soteramento Procedimento: fazer respiração boca-a-boca vigorosamente, evitando novos desmoronamentos. Tentar liberar o tórax da vítima.

Sufocação por corpos estranhos nas vias aéreas do bebê, da criança, do adulto Procedimento: desobstruir as vias aéreas e iniciar a respiração artificial.

Estado De Choque**Sinais e sintomas**

Pele fria, sudorese, palidez de face, respiração curta, rápida e irregular, visão turva, pulso rápido e fraco, semiconsciência, vertigem ou queda ao chão, náuseas ou vômitos.

O Que Fazer

- 1 – Avaliar rapidamente o estado da vítima e estabelecer prioridades.
- 2 – Colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS) se possível com as pernas elevadas.
- 3 – Afrouxar as roupas e agasalhar a vítima.
- 4 – Lembre-se de manter a respiração. Fornecer ar puro, ou oxigênio, se possível.
- 5 – Se possível dê-lhe líquidos como água, café ou chá.

O que pode causar

Queimaduras, ferimentos graves ou externos Esmagamentos Perda de sangue Envenenamento por produtos químicos Ataque cardíaco Exposições extremas ao calor ou frio Intoxicação por alimentos Fraturas

Desmaio

Pode ser considerado um leve estado de choque.

Sinais E Sintomas

Palidez, enjôo, suor constante, pulso e respiração fracos.

O que fazer

- 1 – Colocar a vítima em Posição lateral de segurança com as pernas elevadas.
- 2 – Abaixar a cabeça e realizar leve pressão sobre a nuca.
- 3 – Desapertar as roupas que estejam apertadas.
- 4 – Nunca se deve dar de beber a uma pessoa desmaiada! Apenas quando recuperar o conhecimento (quando for capaz de segurar o copo por ela própria).

O Que Pode Causar

Emoções súbitas, fadiga, ar sufocante, dor, fome ou nervosismo.

O Que São Primeiros Socorros?

Primeiros-socorros são procedimentos de emergência que devem ser aplicados a uma pessoa em perigo de morte, visando manter os sinais vitais e evitando o agravamento, até que ela receba atendimento definitivo.

Definimos ainda como o primeiro atendimento realizado a uma pessoa que sofreu algum trauma, lesão ou mau súbito.

Ou ainda como as primeiras providências tomadas no local do acidente. É um atendimento inicial e temporário, até a chegada da equipe de socorristas.

O atendimento a vítima pode ser realizado por qualquer pessoa, desde que treinada para realizar as técnicas preconizadas ao atendimento emergencial.

Qualquer pessoa que for realizar o atendimento pré-hospitalar, mais conhecido como primeiros-socorros, deve antes de tudo, atentar para a sua segurança. No impulso de ajudar as vítimas, não justifica a realização de atitudes inconsequentes, que acabam transformando o socorrista em uma nova vítima.

Para que a vítima seja atendida com qualidade, questões como seriedade e respeito devem sempre acompanhar o socorrista. Evite que a vítima seja exposta desnecessariamente e mantenha em sigilo informações pessoais que ela revele durante seu atendimento.

Um fator importante no atendimento em primeiros-socorros é o tempo, e este não pode ser desprezado em hipótese alguma, pois este tempo perdido poderá ser o diferencial entre a vida ou morte do paciente.

Sinais Vitais

Os vitais são indicadores das funções vitais e podem orientar o diagnóstico inicial e acompanhar a evolução do quadro clínico de uma vítima. São considerados também como os sinais emitidos pelo nosso corpo de que suas funções vitais estão normais e que qualquer alteração indica uma anormalidade.

Os sinais vitais são: pulso, respiração, pressão arterial e temperatura.

Pulso

É a ondulação exercida pela expansão das artérias seguida por uma contração do coração. Nada mais é que a pressão exercida pelo sangue contra a parede arterial em cada batimento cardíaco.

O pulso pode ser percebido sempre que uma artéria é comprimida contra um osso. Os locais mais comuns para obtenção do pulso são nas artérias carótida, radial, femoral e braquial.

Pode ainda ser verificado através da ausculta cardíaca com o auxílio de um estetoscópio e denominamos pulso apical. Na verificação do pulso deve-se observar a sua frequência, ritmo e volume.

Respiração

A respiração refere-se à entrada de oxigênio na inspiração e a eliminação de dióxido de carbono através da expiração.

É a sucessão rítmica de movimentos de expansão e de retração pulmonar com a finalidade de efetuar trocas gasosas entre a corrente sanguínea e o ar nos pulmões.

Para avaliar a respiração devemos verificar seu caráter, se ela é superficial ou profunda, seu ritmo que pode ser regular e irregular e por último sua frequência, ou seja, a quantidade de movimentos respiratórios por minuto.

Outros fatores podem alterar os valores normais da respiração como exercícios físicos, medicamentos, fatores emocionais, portanto, é importante que o socorrista saiba reconhecer estas alterações.

São Empregados Termos Específicos Para Definir As Alterações Dos Padrões Respiratórios,**Tais Como:**

Eupneia: respiração normal, com movimentos regulares, sem dificuldades;

Apneia: é a ausência dos movimentos respiratórios;

Dispneia: dificuldade na execução dos movimentos respiratórios;

Bradipneia: diminuição da frequência respiratória;

Taquipneia: aumento da frequência respiratória.

Pressão Arterial

É a força exercida pelo sangue contra a parede interna das artérias quando esse é impulsionado pela contração cardíaca.

Pode variar de acordo com a idade do paciente, devido ao aumento da atividade física, situações que levam ao stress e ao medo e por alterações cardíacas.

A pressão arterial é influenciada pela força dos batimentos cardíacos e pelo volume circulante.

A contração cardíaca é denominada sístole e o relaxamento do coração é denominado diástole. A pressão sistólica é a pressão máxima do coração, enquanto a pressão diastólica é a pressão mínima do coração.

São empregados termos específicos para definir alterações nos valores anormais da pressão arterial, são eles:

Hipertensão: aumento dos níveis da pressão arterial;

Hipotensão: redução dos níveis da pressão arterial;

Normotenso: são os parâmetros normais da pressão arterial.

Temperatura

É o nível de calor que chega a um determinado corpo, ou seja, é a diferença entre o calor perdido e o calor produzido pelo organismo.

É influenciada por meios físicos e químicos e seu controle é realizado por meio da estimulação do sistema nervoso central.

A temperatura corporal reflete o balanceamento entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo e pode ser verificada nas regiões axilar, oral e retal.

É medida por meio do termômetro clínico e possui uma graduação que varia de 34°C a 42°C, sendo que raramente o ser humano sobrevive com sua temperatura acima ou abaixo destes parâmetros.

Variações de 0,3°C a 0,6°C da temperatura são consideradas normais e pode se elevar em situações como:

Infecção.
Medo.
Ansiedade.

São causas da diminuição da temperatura corporal:

Exposição ao frio.

Estado de choque.

Hemorragias.

São empregados termos específicos para definir alterações nos valores anormais da temperatura, são eles:

Afebril: temperatura corporal normal.

Hipotermia: temperatura corporal abaixo do normal.

Hipertermia: temperatura corporal acima do normal.

Noções De Primeiros Socorros No Ambiente Escolar

Primeiros socorros são definidos como quaisquer cuidados de emergência tomados a uma pessoa que tenha sofrido um acidente ou mal súbito, até que chegue atendimento especializado e definitivo ao acidentado.

Princípios Básicos De Primeiros Socorros

Ao prestar os primeiros socorros a uma pessoa que sofreu acidente ou uma intercorrência clínica, deve-se observar os seguintes princípios básicos:

- Manter a calma: a tranquilidade facilita o raciocínio e a avaliação da situação da vítima e dos cuidados necessários
- Avaliar a cena: quem vai socorrer uma vítima de acidente deve certificar-se de que o local onde este ocorreu esteja seguro, antes de aproximar-se dele. A vítima só deverá ser abordada se a cena do acidente estiver segura e os socorristas não correrem o risco de também sofrerem algum tipo de acidente; a primeira responsabilidade do socorrista é garantir a sua segurança;
- Não permitir que outras pessoas se tornem vítimas: a segunda responsabilidade do socorrista é garantir a segurança das pessoas ao redor;
- Solicitar ajuda imediatamente, caso o acesso à vítima não seja possível (se houver riscos para o socorrista): acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou Corpo de Bombeiros 193, relatando as condições do local do acidente;

- Abordar a vítima: se a cena estiver segura, realizar a avaliação da pessoa que sofreu acidente ou intercorrência clínica, procurando detectar as condições em que a mesma se encontra para decisão quanto aos cuidados necessários;
- Solicitar ajuda: sempre que as condições da vítima exigirem, ligar para o 192 ou 193 e solicitar ajuda, relatando a ocorrência e as condições da vítima;
- Tomar decisões: algumas situações de acidentes, necessitam que os cuidados à vítima sejam instituídos por profissionais da saúde. Nestes casos, não intervir de imediato, aguardando a chegada do SAMU ou Corpo de Bombeiros, pode ser a melhor conduta;
- Manter o número do telefone da Central de Emergência (192) ou Corpo de Bombeiros (193) em local de fácil acesso e de conhecimento de todos os funcionários da escola.

Avaliação Da Cena

É fundamental que a pessoa que vai socorrer vítimas de acidentes certifique-se de que o local do acidente esteja seguro antes de aproxima-se dele e que este não ofereça riscos aos socorristas, para evitar que os mesmos se transformem em novas vítimas.

Mecanismo Do Trauma

Trauma pode ser definido como a lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico causada pela exposição aguda a diferentes formas de energia: mecânica, térmica, elétrica, química e irradiações, podendo afetar superficialmente o corpo ou lesar estruturas nobres e profundas do organismo.

As lesões corporais podem ser resultado de qualquer tipo de impacto. No ambiente escolar são comuns, por exemplo, as lesões por quedas e colisões de alunos durante práticas esportivas ou brincadeiras.

Constituem observações importantes:

- De que altura o escolar caiu;
- Como essa distância relaciona-se com a estatura do escolar (queda de altura que corresponda a 3 vezes ou mais a estatura da vítima é potencialmente mais grave);
- Sobre qual superfície o escolar caiu (cimento, grama, etc.);
- Sinais do impacto (som da batida contra o solo, etc.);
- Qual parte do corpo da vítima sofreu a primeira colisão (cabeça, pé, braço, etc.);
- Movimentos produtores de lesões (corrida, colisão, queda, etc.);
- Lesões aparentes (sangramentos, cortes na pele, inchaços, etc.).

O mecanismo do trauma é indicador fundamental para a avaliação de lesões graves que podem ocorrer no ambiente escolar e as informações precisas podem contribuir muito para descrever e suspeitar desse mecanismo e das possíveis lesões dele resultantes.

Avaliação Inicial Da Vítima

Vítima De Trauma

A avaliação inicial da vítima de trauma, também chamada de Abordagem ABCDE, envolve as seguintes etapas:

A:

- estabilizar manualmente a coluna cervical

- avaliar a consciência e
- realizar a abertura das vias aéreas

B: verificar a respiração

C: circulação

D: avaliar disfunções neurológicas

E: exposição e controle do ambiente

Vítima De Intercorrência Clínica

Em uma situação de intercorrência clínica, a avaliação inicial envolve os seguintes processos:

A: avaliar a consciência e abertura das vias aéreas

B: verificar a respiração

C: circulação

Primeiros Socorros Em Urgências Clínicas

Parada Respiratória E Cardiorrespiratória

Ocorre mais frequentemente nos extremos da idade escolar, ou seja, em crianças menores de um ano e na adolescência.

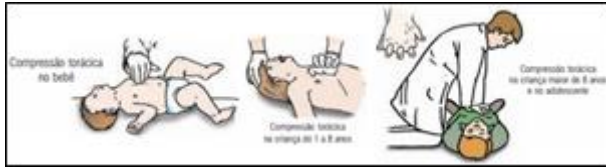
A importância dos primeiros socorros nessas situações é de extrema seriedade, pois em casos de paradas cardiorrespiratória a média da sobrevivência é de 10% e muitas crianças ressuscitadas sofrem danos neurológicos permanentes.

No caso de pessoas de que sofrem somente a parada respiratória a taxa de sobrevivência é maior do que 50%, quando a ressuscitação é imediata a maioria dos pacientes sobrevive neurologicamente intacta.

Compressões Torácicas

Para obter compressões eficazes:

- a vítima deve estar em decúbito dorsal (deitada de costas) sobre uma superfície plana e rígida (o chão é o melhor local);
- o socorrista deve posicionar-se ajoelhado ao lado da vítima, à altura dos ombros da mesma;
- o socorrista deve posicionar adequadamente suas mãos no tórax da vítima durante as manobras;
- o posicionamento do corpo do socorrista deve ser: cotovelos estendidos, mantendo os braços firmes e os ombros na direção das mãos;
- a compressão deve ser realizada com força suficiente para rebaixar o tórax da vítima em um terço à metade do seu diâmetro anteroposterior;
- entre uma compressão e outra, relaxar totalmente, sem retirar as mãos da posição, para permitir que o tórax recue e volte à sua posição normal;
- não retirar as mãos do contato com o tórax da vítima;
- realizar as compressões e ventilações de forma rítmica;
- minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas.



Fonte: Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas

Engasgo: Obstrução Das Vias Aéreas Por Corpo Estranho (OVACE)

A obstrução das vias aéreas por corpo estranho promove o bloqueio da passagem do ar, o que impede a vítima de respirar, podendo levar à morte.

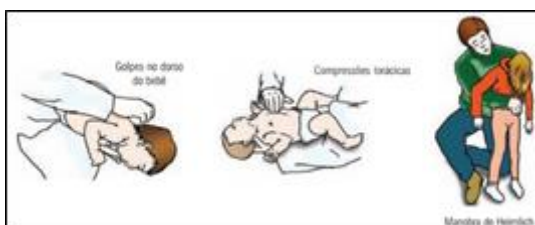
Mais de 90% dos casos de morte por OVACE ocorrem em crianças menores de cinco anos de idade, sendo 65% até os dois anos. Os líquidos, especialmente o leite, constituem a causa mais frequente de obstrução das vias aéreas em bebês.

Com o desenvolvimento dos padrões de segurança dos produtos de consumo, regulando o tamanho mínimo de brinquedos para crianças pequenas, a incidência de aspiração de corpo estranho diminuiu. Entretanto, brinquedos, tampinhas, moedas e outros pequenos objetos, além de alimentos (por ex., pedaço de carne, cachorro quente, balas, castanhas, etc.) e secreções nas vias aéreas superiores, quando aspirados, podem causar obstrução das vias aéreas.

Deve-se suspeitar de obstrução da via aérea por corpo estranho quando ocorrer:

Início súbito de dificuldade respiratória, acompanhada de:

- tosse;
- náuseas (enjoo);
- ruídos respiratórios incomuns;
- descoloração da pele (palidez);
- coloração arroxeada dos lábios;
- dificuldade ou até incapacidade para falar ou chorar;
- aumento da dificuldade para respirar, com sofrimento;
- Sinal universal de engasgo: a vítima, na tentativa de indicar um problema nas vias aéreas, segurará seu pescoço;
- Ausência de expansibilidade do tórax: na pessoa encontrada inconsciente e sem respiração espontânea, na qual foram aplicadas ventilações de resgate, após abertura das vias aéreas, e não ocorreu a expansão do tórax.



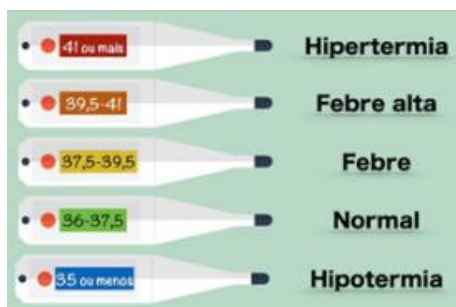
Febre

Febre é a elevação da temperatura corporal acima do normal. A temperatura normal do corpo pode variar de 36 a 37 graus Celsius (°C).

A convulsão febril (aquela desencadeada por aumento da temperatura do corpo) talvez seja o maior temor relacionado à febre. Este tipo de convulsão ocorre entre os 6 meses e os 6 anos de idade, sendo mais frequente até os 3 anos. Entretanto, é uma condição rara que só ocorre naquelas crianças que apresentam predisposição para crises convulsivas.

Sinais que podem indicar gravidade nos casos de febre:

- se a criança apresentar coloração arroxeada nos lábios e dedos;
- se a criança ficar muito pálida;
- se apresentar vômitos;
- se surgirem pontinhos vermelhos ou manchas roxas ou vermelhas na pele (olhar a pele do corpo todo);
- se houver qualquer alteração do estado de consciência (como sonolência, dificuldade para despertar);
- se estes sinais estiverem presentes, encaminhar imediatamente o escolar para avaliação médica na UBS ou Pronto Socorro de referência;
- se ocorrer convulsão, acionar o SAMU ou Corpo de Bombeiros.



Sangramento Nasal

São geralmente decorrentes de trauma direto no nariz. É comum também ocorrerem pequenos sangramentos quando a criança ou adolescente está resfriado e fica exposto ao sol ou ainda nos episódios de rinite alérgica.

Procedimentos de primeiros socorros:

- colocar o escolar sentado, em local fresco e arejado;
- manter a cabeça em posição normal (olhando para frente);
- na criança, se necessário, manter a cabeça levemente inclinada para frente e para baixo, a fim de evitar a deglutição do sangue e consequente vômito;
- orientar o escolar para apertar a narina que está sangrando ou ambas as narinas contra o septo nasal, durante 10 minutos; –
- se comprimir as duas narinas, orientar para que respire pela boca;
- caso o sangramento não cesse, colocar um saco de gelo envolvido em pano limpo sobre a testa do escolar, por cerca de 20 minutos, mantendo a compressão das narinas contra o septo; este procedimento pode ser realizado durante o trajeto para o hospital;
- nunca colocar gaze, algodão ou qualquer outro objeto dentro do nariz, na tentativa de coibir o sangramento;
- encaminhar para o Pronto Socorro de referência, especialmente os casos de trauma.



Convulsão

A convulsão, ou crise convulsiva, caracteriza-se pela ocorrência de uma série de contrações rápidas e involuntárias dos músculos, ocasionando movimentos desordenados, geralmente acompanhada de perda da consciência. Decorre de alterações elétricas no cérebro e pode ter várias causas, entre elas: epilepsia (principal causa), infecções, tumores cerebrais, abuso de drogas ou álcool, traumas na cabeça, febre em crianças pequenas, etc.

Na convulsão generalizada, a mais comum, ocorre perda da consciência, contrações repetidas e violentas dos músculos dos braços e pernas, com movimentos abruptos e desordenados, dificuldade respiratória, salivação excessiva e perda do controle de esfíncteres (principalmente com perda de urina). Ao final das contrações, ocorre relaxamento da musculatura e um período de inconsciência de duração variável. Quando recupera a consciência, a vítima geralmente está cansada, confusa e sonolenta.

As crises que se repetem seguidamente, sem a recuperação total da consciência entre uma crise e outra, caracterizam o estado de mal epilético, que constitui situação grave, levando a sérios danos cerebrais devido à falta de oxigenação adequada.

É importante lembrar que a saliva eliminada pela vítima não é contagiosa.

Esta crença popular não tem fundamento científico.

Procedimentos de primeiros socorros durante a crise

O Que Fazer:

- acionar o SAMU 192 ou Corpo de Bombeiros 193;
- se possível, proteger a vítima da queda;
- afastar objetos que possam causar ferimentos (móveis, pedras, etc.);
- proteger a cabeça contra pancadas no chão;
- procurar manter a cabeça lateralizada, para evitar que a vítima engasgue com a saliva; não realizar este procedimento se houver suspeita de trauma na coluna cervical;
- afrouxar as roupas e retirar óculos;
- manter a tranquilidade e procurar afastar os curiosos, garantindo a privacidade do escolar;
- cobrir a vítima, se necessário.



O Que Não Fazer:

- não tentar segurar a vítima;

- não tentar impedir os movimentos da vítima;
- não jogar água ou bater no rosto da vítima na tentativa de acabar com a crise;
- não tentar abrir a boca da vítima, mesmo que apresente sangramento (geralmente devido ao fato de morder a língua);
- não colocar qualquer objeto ou tecido entre os dentes ou dentro da boca da vítima;
- não tentar oferecer líquidos ou medicamentos pela boca, mesmo na fase de relaxamento;
- não transportar a vítima durante a crise.

Procedimentos após cessar a crise:

- aguardar a chegada do SAMU 192 ou Corpo de Bombeiro 193;
- não deixar o escolar sozinho;
- na fase de relaxamento, colocar o escolar em decúbito lateral, para facilitar a drenagem das secreções da boca, se não houver traumas associados;
- cuidar de eventuais ferimentos;
- avaliar o ABC da reanimação repetidas vezes e, se necessário, iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Desmaio

Desmaio é o episódio breve de perda da consciência, que raramente ultrapassa dois minutos, não acompanhado de outras manifestações. A principal causa é a diminuição rápida e reversível da circulação sanguínea no cérebro. Pode ocorrer como resultado de dor, medo, excitação, fadiga, longos períodos em pé em ambientes quentes, nervosismo e exercícios físicos prolongados.

O desmaio geralmente é precedido de mal-estar, embaçamento ou escurecimento da visão e tonturas. Durante o episódio ocorre relaxamento dos músculos dos braços e pernas e a vítima fica muito pálida e suando frio. A recuperação é rápida, com retorno completo da lucidez, sem a ocorrência de desorientação após o evento.

Procedimentos De Primeiros Socorros

- avaliar o ABC da reanimação;
- manter a tranquilidade e afastar os curiosos;
- colocar o escolar deitado de costas no chão, com as pernas mais elevadas do que o corpo;
- afrouxar as roupas;
- depois que o escolar recuperar a consciência, deixá-lo deitado por 5 minutos e depois mais 5 minutos sentado, pois, caso levante-se de forma rápida, poderá ocorrer novo desmaio;
- encaminhar o escolar para o Pronto Socorro ou UBS de referência.



Administração De Serviços

As organizações de diversos setores estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços. Nesse contexto, um setor que se destaca é o da saúde, porque sua clientela deseja, cada vez mais, a satisfação de suas necessidades de saúde e de doença, com qualidade.

A gestão dos serviços de saúde tem sido enfatizada como um importante instrumento para se operacionalizar a construção de modelos de atenção em saúde que atendam essas necessidades.

Entretanto, as alterações ocorridas na prestação de serviços de saúde, a exemplo da evolução tecnológica e das mudanças nas relações socioeconômicas, têm afetado significativamente os padrões de assistência e, conseqüentemente as práticas da Odontologia.

A estrutura organizacional dos serviços de saúde acompanha as transformações da sociedade contemporânea e está centrado em modelos tecnoburocráticos de gerenciamento, pautada nas teorias administrativas, seguindo especialmente princípios da Administração Científica, da Escola Clássica e da Teoria da Burocracia.

As aplicações das teorias administrativas na Odontologia, têm influenciado ao longo do tempo, a organização do trabalho da equipe no consultório e no sistema público de saúde, refletindo na produtividade e na qualificação do profissional do Técnico em Saúde Bucal, na integralidade do cuidado e na divisão de tarefas, evidenciando a complexidade do setor saúde e do trabalho deste profissional.

Atualmente, as práticas realizadas nos serviços de saúde passaram a ser considerados produtos e, assim, passíveis de exigência de qualidade e, conseqüentemente, de serem submetidos a medidas avaliativas. Com a expansão dos serviços privados e a competitividade própria do mundo capitalista, esta exigência tornou-se notória, com participação, também, do setor público, pois os cidadãos passaram a entender a qualidade como direito social.

O serviço odontológico pode ser considerado um serviço que envolve alta complexidade, pois envolve vários tipos de materiais e fornecedores, profissionais especializados e equipe auxiliar. Esse conjunto de fatores, interagindo de maneira dinâmica e personalizada de acordo com a necessidade de cada paciente, aliado à grande competitividade existente no mercado atual, desperta a necessidade do uso de conceitos de administração para melhor gerenciar um consultório odontológico. Com a saturação de profissionais em certos mercados, há atualmente uma grande oferta de serviços odontológicos, o que urge por uma maior diferenciação dos serviços oferecidos para se obter vantagem competitiva. Tal diferenciação depende não somente dos aspectos técnicos relacionados ao bom exercício da Odontologia, mas também no que diz respeito à gestão de um consultório odontológico, ou seja, a definição do planejamento estratégico, análise financeira e administração de pessoal.

Ressaltam-se abaixo as competências do profissional Técnico em Saúde Bucal, pertinente à este curso de Administração de serviços em Saúde Bucal:

- Planejar e estruturar o consultório odontológico segundo normas técnicas e leis vigentes.
- Identificar princípios e técnicas de controle financeiro e orçamentário, de administração da produção, de administração de pessoal conforme a CLT, no consultório odontológico.
- Organizar e controlar o cadastro, arquivo, fluxo e agendamento de clientes/pacientes.
- Controlar a qualidade, quantidade e estoque de matérias.
- Identificar necessidades e proceder à conservação e manutenção dos materiais, instrumentais e equipamentos de uso odontológico.

E também, em resumo, conferem-se as habilidades requeridas:

- Aplicar princípios e técnicas da administração financeira e de recursos humanos.
- Preencher fichas e relatórios de produção e produtividade.

- Utilizar programas específicos de Informática para área Odontológica.
- Utilizar e orientar acerca do sistema de informação em Odontologia.
- Supervisionar o trabalho do pessoal auxiliar.
- Acompanhar as ações desenvolvidas por pessoal auxiliar, na prestação de cuidados em Saúde Bucal.

O adequado uso dos recursos apresentados neste curso facilitará a implementação do planejamento estratégico no consultório odontológico, permitindo ao mesmo, obter vantagem competitiva através dos conhecimentos adquiridos pelo profissional Técnico em Saúde Bucal.

A disciplina de Administração de Serviços em Saúde Bucal, do curso de Técnico de Saúde Bucal da FEMAGUE trata da aplicação das teorias de administração em um consultório odontológico seja ele privado ou público. A utilização destes conceitos básicos de administração e a necessidade de satisfazer as demandas do ambiente trouxeram ao profissional Técnico em Saúde Bucal a responsabilidade necessária para realizar o atendimento em saúde assim como o controle que facilita a tomada de decisão do Cirurgião-dentista.

A Equipe Odontológica

O trabalho em equipe pode se tornar o maior desafio que o dentista enfrenta dentro de um consultório, e mais ainda, em uma clínica. Quando saberemos se somos uma equipe? Quando todos compartilham, pelo menos, de um objetivo que será alcançado apenas com a participação de todos.

Corrêa (2002) enfatiza bem esse relacionamento da equipe odontológica, mostrando que a antiga visão centrada na figura do dentista já não mais atende a atual realidade. Veremos alguns pontos que essa autora chama atenção para entendermos o que é uma equipe.

A equipe odontológica é vital para o atendimento odontopediátrico. Sozinho um dentista não consegue atender satisfatoriamente uma criança, ou mesmo que consiga com o tempo se sente desgastado e cansado dos pequenos pacientes. Para evitar esse tipo de fadiga, o trabalho realizado tanto pela ACD (auxiliar de consultório dentário) e pela THD (técnica em higiene bucal) é fundamental. Por isso, toda a equipe deve estar bem preparada e seus membros devem ter no mínimo bom-senso e os mesmos objetivos.

A cooperação é fundamental em qualquer trabalho em equipe. Pessoas diferentes que devem procurar se aceitar e trabalhar em conjunto, em harmonia. Fácil não é, mas para o profissional que trabalha com pacientes infantis é essencial poder contar com pelo menos uma auxiliar.

O que fazer diante de uma situação difícil de convívio entre a equipe? O ideal é estruturar o trabalho, deixando bem claro os papéis e responsabilidades de cada um e estabelecendo limites entre as pessoas, tarefas e eventos.

Trabalho Em Equipe: O Estudante Camaleão

Quantas vezes você já teve que mudar seu comportamento para adequar-se à alguma situação? Aposto que muitas vezes. Quando falamos de Odontologia, porém, é preciso lembrar que o trabalho deve ocorrer em equipe (profissionais, equipe auxiliar, etc.) e às vezes acabamos compartilhando nosso tempo com pessoas muito diferentes de nós.

Você já tentou mudar alguém? Qual foi a sua taxa de sucesso? Será que isso é possível? Será que isso depende das outras pessoas? Com certeza. Existem pessoas que não estão prontas para serem modificadas, se é que isso é mesmo possível. Quando dividimos nossos sonhos com pessoas assim terminamos nos sentindo frustrados, desgastados e impotentes. Mas, para reduzir a chance de insucesso nestas situações, entenda as 4 características das pessoas que praticamente não podem ser mudadas:

1. Pessoas que não se responsabilizam pelo resultado de suas ações. Que responsabilizam tudo e todos pelos erros, exceto a si mesmo.

2. Pessoas com doenças psicológicas. Indivíduos com síndrome do pânico, depressão, fobias e outras patologias de caráter psicológico devem ser tratadas por profissionais habilitados para tanto, ou seja, psicólogos e médicos. O melhor a fazer é sugerir que essas pessoas procurem auxílio desses profissionais.
3. Pessoas de má índole. Você não tem como mudar alguém que se comporta assim. Deve-se tentar manter distância de pessoas com mau-caráter.
4. Pessoas que não querem ser mudadas, que não querem mudar. Essencialmente pessoas que não desejam ser auxiliadas nesta caminhada.

É preciso que o estudante entenda que as pessoas ideais para participarem de sua equipe existem e precisam ser treináveis. Como assim? Elas devem aceitar críticas construtivas das outras pessoas, devem conseguir aprimorar-se continuamente, aprender sempre!

Sei como é difícil aceitar as coisas desta forma. Devemos sim, sempre instigar as pessoas a serem melhores no que fazem, mas também devemos aceitar que existem pessoas que não estão dispostas a isso.

Integração Entre Medicina, Enfermagem E Odontologia Do Trabalho: Uma Conquista Para A População

A saúde ocupacional é a procura do equilíbrio do homem no seu ambiente de trabalho. Os exames periódicos anuais e tratamento dentário dentro da própria empresa contribuem para essa busca necessária, destacando a importância de um programa de saúde bucal no ambiente de trabalho para solução de problemas instalados e na prevenção de ocorrência de novos danos à saúde bucal ¹³.

GOMES ¹⁰ destaca que a área médica da saúde ocupacional pode desenvolver várias ações no sentido de melhorar a qualidade de vida do trabalhador, atuando em conjunto com os demais membros da equipe multidisciplinar. Da mesma forma que a Medicina, a Odontologia do Trabalho devem assumir o seu verdadeiro papel na empresa, onde o dentista do trabalho deve deixar de ser um profissional do trabalho para se tornar um profissional do empregador, se posicionando como um elemento conciliador e de ligação entre o empregador e o empregado, destacando a educação em saúde bucal como de suas atribuições na atenção básica.

A fiscalização das condições de trabalho, o conhecimento dos danos causados em função da utilização de certas substâncias químicas e tóxicas derivadas, a presença de profissionais habilitados em promover, preservar e recuperar a saúde dos trabalhadores e a presença de equipamentos de proteção coletiva e individual interferem sobremaneira na qualidade geral e oral dos trabalhadores. É importante a presença do médico e do enfermeiro para diagnosticar e tratar das lesões e dos sintomas relacionados a agentes etiológicos químicos e físicos aos quais os trabalhadores estão expostos em seu trabalho. Porém, o cirurgião-dentista também tem um papel fundamental no diagnóstico precoce de doenças ocupacionais com envolvimento sistêmico, porém com manifestações bucais, agindo como agente promotor de saúde e preservando a saúde oral como fator significativo na manutenção da saúde geral e integridade dos trabalhadores. A integração multidisciplinar é importante tanto na rede pública quanto na privada, além de ter grande valia na avaliação pericial das doenças ocupacionais, podendo caracterizar acidentes de trabalho ².

O setor odontológico está caminhando para um atendimento mais amplo e completo, o que contribui para sua melhor integração com a Medicina e Enfermagem permitindo um atendimento global eficaz, baseado na Promoção de Saúde. Foram reunidos os principais artigos científicos, que destacam a inclusão da Odontologia ou a possibilidade de inserção desta, em Programas de Saúde das redes pública e privada, onde a Medicina e a Enfermagem já estão atuando em conjunto, verificando qual a importância desta inter-relação para a população brasileira.

Revisão De Literatura

Historicamente no Brasil, as relações e os reflexos da saúde bucal sobre a saúde geral têm sido negligenciados, não se levando em consideração que todo e qualquer problema de origem bucal pode provocar, além de desconforto físico e emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral. Após a Segunda Guerra Mundial, surgia a "Saúde Ocupacional" com formação de equipes multiprofissionais com o objetivo de controlar os fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, auxiliando a

Medicina que agia isoladamente. Porém, este modelo continuou insuficiente, por continuar com a visão mecanicista da Medicina do Trabalho e pela interdisciplinaridade não ter ocorrido de forma efetiva. Na década de 20, a assistência médica na fábrica aparece como benefício e atrelada ao conjunto de serviços sociais da empresa, porém, era deduzido no ganho dos operários.

Foi na década de 70 que o serviço de saúde do trabalhador passou a ser encarado pelos empresários como controle e recuperação da força de trabalho, visando à maior produtividade da empresa ⁵. Em 1972, surge a lei que torna obrigatório o serviço de saúde nas empresas (Portaria 3273, de 20/07/72), agora intitulado Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT. De acordo com o número de operários e também com o grau de periculosidade do trabalho, a indústria é obrigada a ter determinado número de engenheiros de segurança, inspetores, médicos e enfermeiros. Porém, através da Lei (NR4), passou-se a controlar as atividades do trabalhador no interior das fábricas. Atualmente, o SESMT é regido pela Portaria 34/83, conforme o anexo 3. A legislação permaneceu desfavorável ao empregado, pois somente as empresas com 501 empregados ou mais são obrigadas a ter SESMT e por isso, apenas 2% dos estabelecimentos estão funcionando e exercendo apenas saúde curativa, com tratamentos paliativos que possibilitam imediato retorno do empregado ao trabalho ⁵. Para Kulstad (1945), a maior parte do absenteísmo é complicada ou agravada por doenças dentais ¹⁷.

Segundo GUIMARÃES ^{11,12}, um Programa de Odontologia do Trabalho poderia compreender os Exames de Seleção Pré-admissionais; Censos Odontológicos; Exames de Avaliação Periódica; Participação nos levantamentos de campo para Análise Profissiográfica e Participação nos Programas de Ergonomia. A função do Dentista do Trabalho na profissiografia é manter o empregado dentro dos limites exigidos para o exercício de suas funções, levantando as observações bucodentárias ocorrentes e providenciando para que sejam cumpridas as exigências já mencionadas, sempre que assim o caso o requerer. ALMEIDA ¹ sistematizou a influência de exposições ocupacionais e alterações na saúde bucal destacando a importância dos dados epidemiológicos no planejamento das ações em saúde bucal.

CRUZ ⁷ sugere que o cirurgião-dentista atue encaminhando pacientes sob estresse, ao observar algumas condições na cavidade bucal como líquen plano, língua geográfica, herpes... O dentista, juntamente com o médico, poderiam atuar juntamente detectando sinais precoces de determinadas doenças ocupacionais e fazendo o encaminhamento. ANTUNES ³ enfatiza que o cirurgião-dentista deve atentar para diagnóstico de câncer bucal em empresas de tabaco, por exemplo.

Segundo DIAS ⁸ e GOMES ¹⁰, o uso de equipamentos de proteção individual constitui uma das ações integradas da Medicina com outras áreas (como a da Segurança do Trabalho), identificando os agravos à saúde nas consultas dos trabalhadores.

No âmbito da rede pública, a integração do dentista, médico e enfermeiro do trabalho está começando a ocorrer no Programa de Saúde de Família (PSF), o qual é considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia para reorganização do primeiro nível de atenção do SUS, aproximando os profissionais da comunidade, prestando assistência integral e resolutiva direcionada às necessidades da população, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, com necessidade de educação permanente ¹⁹. A Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 2001 (NOAS/SUS 01/2001), sob responsabilidade dos municípios com a atenção básica, incluiu as ações de saúde bucal no elenco mínimo a ser desenvolvido.

LUCIETTO ¹⁴ destaca que as equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental) devem promover práticas de saúde multiprofissionais e interdisciplinares, promovendo relações profissionais e pessoais, com outros trabalhadores de saúde, como é o caso dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dos próprios agentes comunitários de saúde. O Dentista do Trabalho deve dispor de material didático para leitura e cartazes ilustrativos, dando orientação prático-teórica, individualmente ou a grupos, de noções básicas de higiene bucal, educando o trabalhador para a manutenção da saúde da boca.

A prática hoje, infelizmente, em relação à saúde bucal do trabalhador, se refere a exames admissionais, processados por Odontologia de grupos ou empresariais, que vendem certo trabalho por preço anteriormente estipulado e de acordo com determinados padrões encomendados pelos empregadores e não atividades interdisciplinares como seria o almejado, visualizando a saúde do trabalhador como um todo.

Discussão

As doenças gerais afetadas pelas condições de trabalho geralmente são atendidas e tratadas sem que se estabeleça qualquer nexo entre a doença e as condições do ambiente de trabalho que provavelmente propiciaram sua eclosão ou que contribuíram poderosamente para o seu agravamento. Podem-se notar marcas permanentes nos elementos dentários por razões mecânicas através de desgastes sucessivos de estrutura de esmalte dentário ou por exposição a substâncias químicas, provocando alterações progressivas, colorações características do esmalte e da dentina ou até amolecimento e a perda dos dentes, além de um aumento no índice de cáries nas coroas clínicas ²⁴. Segundo GUIMARÃES ^{11,12}, a equipe interprofissional da qual faz parte o Médico do Trabalho, o Engenheiro de Segurança, o Dentista do Trabalho e o Psicólogo agem, juntos, eliminando os obstáculos ergonômicos, preservando todo agravo laboral, orientando as empresas a adotarem medidas de proteção coletiva e individual aos seus trabalhadores contra ação deletéria dos agentes químicos ou físicos.

TRINDADE ²³ destaca que o cirurgião-dentista pode realizar o diagnóstico precoce de várias doenças, dentre elas, da leucemia, visto que as manifestações clínicas iniciais podem surgir na cavidade oral, decorrentes de infiltrações das estruturas orais por células malignas e devido à terapia antineoplásica, estimulando a higiene oral e eliminando os principais focos de infecção.

GOMES ¹⁰ ressaltou que exames periódicos de saúde, dentre eles, odontológicos, realizados constantemente pelos funcionários da empresa, têm grande importância em Odontologia empresarial, pois permitem detectar enfermidades em seu estágio inicial, possibilitando a adoção de tratamento adequado, elevando as condições sanitárias dos empregados e determinando a redução das taxas de absenteísmo por doença. Focos dentários que produzem ou estão diretamente relacionados a doenças crônicas degenerativas devem ser diagnosticados e tratados imediatamente para não diminuir a produtividade do trabalhador. Segundo MIDORIKAWA ¹⁷, seria interessante a participação do cirurgião-dentista não só nas atividades curativas da empresa, mas também na prevenção dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais, eliminando a dor, o que proporcionaria um aumento da motivação do empregado. Segundo SANTOS ²¹, a participação de profissionais da Odontologia em um Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) tem importância na atuação nos exames pré-admissionais, exames periódicos, exames periciais, prevenção de doenças bucais, atendimentos emergenciais clínicos e participação nas atividades preventivas do serviço aos funcionários.

GOMES ¹⁰ afirma que o Censo Bucal constitui o único recurso que o profissional dispõe para a aplicação de uma Odontologia Preventiva. Pesquisam-se manifestações orais das moléstias profissionais, focos de etiologia dentária, prevalência de cáries e periodontopatias e planeja a terapêutica de uma maneira racional.

Também, LIMA ¹³ concorda que empresas que implementaram um Plano de Saúde Bucal na Empresa (PSBE) dentro dela própria, alcançaram resultados satisfatórios. O foco e atenção do profissional são deslocados da lesão para o indivíduo, para a população e para o ambiente social e de trabalho.

SANTOS ²¹ relatou que a Odontologia do Trabalho em ambiente hospitalar tem função relevante na prevenção, diagnóstico e terapêutica de alterações bucais, tendo cuidados com a imunidade de empregados em hospitais, que estão em contato frequente com pacientes internados. Qualquer dor ou desconforto provocado por problemas bucais podem induzir a erros graves e eventualmente fatais no atendimento aos pacientes hospitalizados.

Segundo VASCONCELOS ²⁵, é importante que os odontólogos procurem atuar de forma multidisciplinar, junto aos professores e demais profissionais da área médica, objetivando "Educar em Saúde". Desta forma, informações sobre saúde e higiene bucal irão beneficiar a comunidade infantil em uma faixa etária na qual os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados.

O exame admissional tem o seu valor destacado, pois só seria admitido o candidato que apresentasse as condições mínimas de saúde oral, estabelecidas a priori. Da mesma forma, se destacaria o exame periódico anual, ou seja, o levantamento das condições de saúde oral dos funcionários para conhecimento das necessidades e posterior plano de tratamento, como destaca GOMES ¹⁰. Desta forma, podem-se relacionar algumas manifestações orais com o local de trabalho,

com o processo de fabricação e com as funções do empregado para poder chegar a um diagnóstico conclusivo. MIDORIKAWA ¹⁷ destacou que no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SEESMT), ao incorporar a Odontologia na sua equipe de Saúde Ocupacional, melhorou a qualidade da equipe de saúde do trabalhador, permitindo realizar um exame de saúde mais completo do trabalhador. Segundo dados coletados por eles, o cirurgião-dentista está mais familiarizado (preparado) com os efeitos dos agentes químicos, físicos, bacteriológicos e mecânicos, que ocasionam manifestações precoces na cavidade oral.

Qualquer procedimento odontológico em pacientes plaquetopênicos, segundo TRINDADE ²³, pode colocar em risco a vida desses, devido a possíveis hemorragias. Agindo com uma equipe multidisciplinar, incluindo o médico hematologista responsável pelo tratamento, devem-se avaliar as condições gerais antes de todo e qualquer procedimento odontológico.

Segundo BOTAZZO ⁶, a assistência odontológica ao adulto, embora existente, é pouco desenvolvida, sendo direcionada mais às crianças. Isso dificulta o entrosamento do Dentista do Trabalho com o Médico e o Enfermeiro do Trabalho, os quais, juntos, poderiam oferecer um atendimento mais abrangente, independente da idade, objetivando a prevenção e promoção da saúde bucal. Segundo MIDORIKAWA ¹⁷, a cárie e diferentes tipos de gengivite podem levar a um processo doloroso e/ ou ao desconforto, causando diminuição da atenção e da produtividade do trabalhador.

WESTERMAN ²⁶ afirma que é conveniente a existência dentro do local de trabalho, de um serviço de natureza preventiva, permitindo a interação com os demais colegas de trabalho nas consultas periódicas, servindo de motivação para realização de check-ups. Para a empresa, a vantagem de se ter um Dentista do Trabalho na equipe seria a diminuição acentuada do índice de absenteísmo, podendo abater as despesas com os serviços odontológicos na declaração do Imposto de Renda. BALLANTINE ⁴ reforça o fato de que grupos de trabalhadores incapacitados para o trabalho por causa de problemas médicos e dentários geram custos extras. A partir do momento que a empresa oferece, seja um serviço médico ou odontológico e uma equipe de enfermagem à disposição, todos treinados, instruídos cientificamente, e direcionados para o atendimento para aquela determinada empresa, se torna inaceitável a ocorrência de licenças ou faltas no trabalho devido a doenças que poderiam ser evitadas ou tratadas mediante o serviço médico-odontológico oferecido.

FERREIRA ⁹ relata uma Odontologia simplificada, que oferece um tratamento preventivo e restaurador aos funcionários do Sesi no menor tempo possível, com custo operacional inferior à metodologia convencional. O planejamento de programas educativos-preventivos em saúde deve considerar as diferentes condições de vida e de conhecimento para que consigam atingir as reais necessidades do público-alvo. Este é, portanto, um exemplo de trabalho multidisciplinar que envolve Dentistas, Médicos e Enfermeiros, atuando de maneira coesa, padronizada, preventiva, educativa, com infraestrutura simples, mas utilizando tecnologias modernas e de qualidade.

SILVA ²² fez um estudo em Mogi do Rio Preto (SP), onde seis Unidades de Saúde da Família com diversos profissionais, incluindo médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, agentes comunitários de saúde e auxiliar em saúde bucal desenvolviam suas atividades na perspectiva da atenção básica.

MELO ¹⁶ relatou a implementação de um modelo de Atenção em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no qual foi adotada a interdisciplinaridade, através do trabalho em equipe e da intersetorialidade, com a conjugação de várias instituições e serviços, capazes de atuarem sobre o problema, dando ao usuário maior acesso aos serviços e às estruturas sociais.

Portanto, não é utopia, é a realidade que clama por atitude... É imprescindível que o Brasil adote com urgência medidas que visem incorporar as atividades de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde com profissionais qualificados para agirem no diagnóstico de doenças ocupacionais, buscando saber das reais necessidades da população, para desenvolver programas direcionados a ela, com maiores chances de sucesso. A Organização de um serviço de Odontologia em Saúde do Trabalhador na empresa começa com a política de saúde da empresa e o incentivo dado por ela aos seus funcionários. Deve-se compreender como o trabalhador interage com o meio ambiente, incentivando-o a buscar um ambiente e condições de trabalho seguro e salubre, favorecendo sua saúde física e mental.

Não se pode imaginar um serviço de saúde do trabalhador, na empresa ou na área pública, sem a Odontologia presente. Ela pode contribuir e assumir a sua parcela de responsabilidade social com

relação à saúde dos trabalhadores e a responsabilidade pelo aumento da estabilidade do setor industrial e de serviços, da produtividade e da segurança, estabelecendo o diagnóstico precoce de doenças profissionais que apresentam manifestações bucais.

Como A Especificação De Funções Contribui Para Otimizar O Gerenciamento De Seu Consultório Odontológico?

O consultório odontológico deve ser tratado como uma empresa e, portanto, precisa ter uma divisão de funções bem definidas para que todas as tarefas sejam desempenhadas da melhor maneira possível por toda a equipe. Essa segmentação contribuirá para otimizar as atividades e agilizar a rotina diária do consultório odontológico.

Descreva Detalhadamente As Funções Específicas De Cada Um Dos Seus Colaboradores

A prática de descrever o verdadeiro trabalho, a função de cada um dos membros da sua equipe é fundamental para que todos entendam a expectativa depositada neles, e para que a partir dali, seja implantado um modo operacional de excelência no atendimento aos pacientes. Além disso, os funcionários ao identificarem com clareza o seu papel na equipe se sentirão muito mais valorizados, envolvidos e motivados, o que refletirá positivamente no trabalho a ser realizado.

A descrição das funções reforça também a responsabilidade do trabalho em equipe, sua contribuição para o desenvolvimento da empresa e provoca o entusiasmo em seus colaboradores que buscam a realização profissional. Além de reduzir possíveis conflitos dentro da equipe e ajudar a manter um bom clima organizacional. Essa postura pode ser associada também a ferramentas de avaliação de desempenho, a bonificações e premiações como forma de reconhecimento do individual para o sucesso coletivo.

Como Fazer?

As atribuições de cada funcionário podem ser descritas através de um memorando interno a ser entregue a cada um dos colaboradores da equipe. Contendo a categoria do cargo, as especificações da função, as habilidades necessárias para a realização do trabalho, entre outros aspectos. Também pode ser realizada uma reunião com os gestores do consultório para que eles esclareçam qualquer dúvida e possam informar a todos sobre a missão, visão, valores do consultório e o papel de cada um para o sucesso.

Equipe Do Consultório Odontológico

Secretária De Dentista

A secretária do dentista deve assumir funções específicas e ajudar no gerenciamento da rotina diária do consultório.

Principais Aspectos Que Estão Sob Seus Cuidados Junto Aos Pacientes:

- Atendimento de qualidade e eficiente;
- Agendamento de pacientes e remarcação de consultas;
- Necessária postura de filtragem e resolução de problemas, a fim de agilizar os procedimentos e economizar o tempo do profissional;
- Providenciar atestados, cartões de retorno e de aniversário;
- Controles Financeiros.

Aspectos Relacionados Ao Consultório:

- Identificar e solicitar manutenções tanto no espaço físico do consultório, quanto dos equipamentos;
- Controle de contas a pagar e receber;
- Controle da agenda do profissional.

Auxiliar De Saúde Bucal (ASB)

O Auxiliar de Saúde Bucal é o profissional apto a trabalhar em consultórios odontológicos, exercendo funções auxiliares aos cirurgiões-dentistas ou aos técnicos em saúde bucal.

Principais Funções Do (ASB)

São inúmeras as funções de um ASB em um consultório odontológico. A principal delas é sempre visar uma maior eficiência na execução de seus trabalhos, bem como ao atendimento aos pacientes. É essencial que o Auxiliar de Saúde Bucal conheça bem os materiais odontológicos, os instrumentais e os procedimentos rotineiros do consultório, pois muitas vezes ele não estará sob a supervisão do Cirurgião-Dentista.

Características Fundamentais Do Profissional (ASB)

Uma das características fundamentais do profissional ASB é a capacidade de trabalho em equipe e a facilidade de relacionamento com outras pessoas, sejam clientes (pacientes, fornecedores, prestadores de serviços ou membros da equipe técnica).

Dentistas, Odontólogos Ou Cirurgiões-Dentistas

São profissionais responsáveis por cuidar da saúde e da estética da face, tratando os problemas bucais como: dentes, gengivas, ossos, bochechas, lábios e língua. Restaura e extrai dentes, projeta e coloca próteses, pontes e dentaduras corrigindo defeitos da dentição. A higiene bucal também faz parte de suas atribuições.

Características Necessárias

Fundamental habilidade manual e coordenação motora. Meticulosidade e atenção concentrada também são aspectos essenciais ao exercício de suas funções.

Formação Exigida

Diploma de curso superior em Odontologia com duração média de cinco anos e estágio obrigatório sob supervisão de professores. Para especializar-se, o profissional pode fazer pós-graduação, com duração de dois anos, na área escolhida.

Principais Atividades

Tratamento dos dentes, língua, bochechas, lábios e gengivas. Tirar radiografia e examiná-las, explicar ao paciente o diagnóstico detalhado e as funções do tratamento. Informar os pacientes sobre a importância da prevenção da saúde bucal, obtida através de correta limpeza, dieta alimentar equilibrada, aplicação de flúor e visitas regulares ao consultório. Remoção de partes deterioradas dos dentes e obturações, reparo ou extração de dentes danificados. Pequenas cirurgias, aplicação de anestésias quando necessário, além da colocação de pontes e próteses.

Podem se especializar em várias áreas de atuação como implantodontistas, odontopediatras, periodontistas, entre outras.

Cada consultório possui sua equipe de funcionários e mediante ao tamanho do empreendimento, sua configuração de equipe pode sofrer variações, porém o mais importante é ter uma gestão eficiente das tarefas de trabalho com a correta distribuição operacional e organizacional. Esses fatores são essenciais para um melhor desempenho do consultório e a satisfação de seus funcionários, e consequentemente, de seus pacientes.

Sistemas de Informação em Saúde

O registro de informações relacionadas ao curso da doença se deve a Hipócrates (460-350 a.C.), que instituiu a observação metódica dos sinais e sintomas para efetuar o diagnóstico e registrar o curso da doença não mais por causas sobrenaturais, senão como resultado de uma interação do homem com o meio em que vive.

Sabendo que esse “meio” interfere nas condições de saúde de uma comunidade, como identificar esses fatores e mensurá-los a partir das intervenções realizadas? Surge então um novo conceito, os Indicadores de Saúde.

Indicadores de Saúde

Todos os trabalhadores de saúde têm a necessidade de conhecer seu público, território, suas interações nesse meio ambiente, suas características sociais e muito mais. Mas como fazê-lo? Sem essa resposta, fica difícil planejar ações que sejam efetivas na mudança de uma dada realidade. Então, o que fazer? Onde procurar essas respostas?

Podemos definir Indicadores de Saúde como instrumentos utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados. O indicador é importante para nos conduzir ao resultado final das ações propostas em um planejamento estratégico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu na década de 1950 um comitê que pudesse propor um método capaz de definir e avaliar o nível de vida de uma população. Porém, chegou-se à conclusão de que seria impossível construir um único índice. Foi sugerido então que cada um dos 12 itens propostos deveria ser avaliado separadamente. Conheça-os:

1. Saúde, incluindo condições demográficas;
2. Alimentos e nutrição;
3. Educação, incluindo alfabetização e ensino técnico;
4. Condições de trabalho;
5. Situação de emprego;
6. Consumo e economia gerais;
7. Transporte;
8. Moradia, incluindo saneamento e instalações domésticas;
9. Vestuário;
10. Recreação;
11. Segurança social;
12. Liberdade humana

Para o profissional da saúde, é importante conhecer o primeiro indicador proposto, Saúde e Condições Demográficas, no qual o Indicador de Saúde deve expressar as condições de saúde de um indivíduo ou de uma população. A escolha do indicador adequado deve ser feita com base no que se quer estudar, na sua avaliação.

A qualidade desse indicador dependerá de sua formulação e da precisão com que esses dados serão coletados; outras características são necessárias a esse indicador: validade, definida como a capacidade de mensurar o que se pretende; confiabilidade em reproduzir resultados iguais, independente das condições em que se é aplicado; sensibilidade para mensurar as alterações do fenômeno estudado ao longo do tempo; especificidade para medir apenas o fenômeno de estudo; mensurabilidade baseada

em dados de fácil obtenção; relevância, pois deve atender às prioridades de saúde; custo-efetividade, em que há justificativa de tempo e recurso com base nos resultados obtidos com o uso do indicador.

Indicadores Demográficos e Socioeconômicos

O uso dos indicadores demográficos nos permite conhecer as características de uma determinada população e sua evolução ao longo do tempo no território. São indicadores:

- População;
- Razão entre os sexos;
- Crescimento populacional;
- Taxa de fecundidade;
- Taxa bruta de natalidade;
- Mortalidade proporcional por idade em menores de um ano;
- Esperança de vida ao nascer;
- Índice de envelhecimento.

Sistemas de Informação em Saúde

Um sistema de informação precisa de três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, nossas experiências acumuladas e a percepção cognitiva irão transformar em conhecimento uma dada realidade.

Um bom exemplo é o extrato bancário, no qual identificamos o valor numérico do saldo, que, segundo convenções anteriores, o sinal de “negativo” ao lado do número nos dá o significado de débito junto à instituição financeira.

Mediante esses fatores, ao sabermos pelo extrato bancário que temos a conta corrente negativa, iremos imediatamente planejar uma ou mais ações para transformar essa realidade, de modo a deixar a conta bancária positiva.

Os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) são compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, em que há profissionais envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados.

Para profissionais da saúde, o envolvimento na construção de instrumentos de coletas, treinamentos para captação correta dos dados e o processamento da informação são importantes, uma vez que possibilitam maior domínio dessa área do conhecimento. Vale a pena conhecermos, então, a Política Nacional de Informação e Informática.

A Política Nacional de Informação e Informática (PNII), no Brasil definida pelo Ministério da Saúde (MS), tem como propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004).

A PNII cria condições para dessa forma, condições para que gestores, trabalhadores e cidadãos, por meio de um sistema articulado, obtenham informações e conhecimentos de diversas realidades de saúde.

Mas para que esses sistemas sejam de fato bem utilizados, é preciso que os trabalhadores da saúde conheçam seus instrumentos e os processos envolvidos na alimentação dos dados não apenas como uma obrigação para níveis centrais de gestão, mas também como fonte geradora de conhecimento para subsidiar o planejamento das estratégias de saúde em uma dada região.

Então, quais os SIS mais utilizados atualmente no Brasil? Antes de responder propriamente a essa pergunta, precisamos saber que o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) tem como competências:

I. Fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e o desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério;

II. Desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

III. Manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

IV. Assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;

V. Definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo;

VI. Apoiar estados, municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS (DATASUS, 2010).

Esse departamento mantém a disposição todos os SIS em uso no Brasil, manuais, programas para download, de domínio público, devendo ser acessados pelos profissionais da saúde, dada a relevância desse conhecimento para o planejamento das equipes, quer sejam locais ou não.

Nesse ambiente é possível obter informações como: Indicadores de Saúde; Assistência à Saúde (internação hospitalar, produção ambulatorial, imunização, saúde da família, vigilância alimentar e nutricional); Epidemiológica e Morbidade (morbidade hospitalar do SUS, doenças de notificação, estado nutricional e outros agravos); Rede Assistencial (informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES); Estatísticas Vitais (natalidade, mortalidade, câncer); Demográficas e Socioeconômicas (população, educação e saneamento); Inquéritos e Pesquisas; Saúde Suplementar.

Também disponibiliza informações financeiras, sistemas e aplicativos para tabulação de dados, como o TabNet e o TabWin, dos quais vamos falar um pouco mais adiante.

Programas mais Utilizados nas Equipes de Saúde da Família

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Esse sistema integra todas as informações relacionadas aos recursos físicos e humanos disponíveis para o uso do SUS, permitindo aos gestores saber qual o volume de equipamentos disponíveis para prestar assistência à saúde de sua população. Com ele é possível saber, por exemplo, número de consultórios, número de equipamentos para suporte à vida, número de profissionais que atuam no estabelecimento com carga horária semanal, quais modalidades de assistência são prestadas e muito mais informações.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS)

Esse sistema é utilizado para consolidar os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), permitindo o repasse financeiro para estados e municípios segundo parâmetros orçamentários estipulados pelos gestores. O BPA e a APAC são consolidados mensalmente a partir da informação prestada pelos profissionais envolvidos na assistência ao cidadão.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)

Esse sistema permite o monitoramento do programa de imunização a partir dos registros de aplicação dos imunobiológicos realizados pelos profissionais da saúde, bem como o controle de estoque desses imunobiológicos.

Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISCOLO/SISMAMA)

Esse sistema faz parte do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo de Útero e Mama, coletando e processando informações clínicas a respeito de pacientes e laudos de exames, bem como informações demográficas e epidemiológicas para monitoramento da qualidade na rede de coleta e diagnóstico desses exames.

Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA)

Esse sistema tem como objetivo cadastrar e monitorar pessoas com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Por ele obtêm-se informações relacionadas às medicações dispensadas e ao perfil clínico dos pacientes.

Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)

Esse sistema foi elaborado para o acompanhamento e o monitoramento das gestantes no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, de modo a dar informações que subsidiem o planejamento e a avaliação das ações de assistência à gestante e à puérpera.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Esse sistema teve início em 1993 com outro nome: Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), para monitoramentos das ações desse programa (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Posteriormente, com a agregação de outros profissionais na equipe – o médico e o auxiliar de enfermagem –, surge o Programa Saúde da Família (atualmente Estratégia Saúde da Família - ESF), havendo então o desenvolvimento desse sistema, que é de grande utilidade no monitoramento das ações da Equipe de Saúde da Família. O SIAB agrega informações relacionadas a território, problemas e responsabilidade sanitária diferenciando dos outros sistemas (DATASUS, 2010).

O SIAB como Instrumento de Planejamento da Equipe

O SIAB é um instrumento muito importante no planejamento das equipes, já que "...ele produz relatórios que auxiliarão as próprias equipes, as Unidades Básicas de Saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade..." (BRASIL, 1998). Porém, é necessário salientar que as fichas para coleta de dados são, na maioria das vezes, produzidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a partir de informações referidas na Visita Domiciliar (VD). Portanto, o entendimento correto dos conceitos de cada item a ser anotado é muito importante, pois pode haver interpretações diferentes para cada ACS, daí a necessidade de treinamento e alinhamento conceitual para as ESF do município.

Embora os relatórios do SIAB sejam um instrumento para a equipe, nem sempre eles são disponibilizados, por motivos de informatização precária no município ou mesmo pelo entendimento equivocado quanto ao uso destes por parte da gestão local.

Fichas para Alimentação de Dados no SIAB

As fichas utilizadas nesta alimentação são:

FICHA A: Agrega informações relacionadas ao cadastro das famílias na microárea do ACS. Os dados coletados irão alimentar o Relatório de Cadastro Familiar, o qual abordaremos mais adiante. A Ficha A nos permite conhecer características importantes das famílias cadastradas. Entre os dados captados, podemos citar a quantidade de pessoas por sexo e faixa etária, doenças referidas, alfabetização, ocupação, informações de saneamento e moradia.

Essa ficha deve ser preenchida na primeira visita do ACS e de preferência dentro do domicílio, pois as informações relacionadas às condições de moradia (o material de que é feito a casa; se tem ou não abastecimento de água; o que a família faz com a água que bebe; destino do lixo e esgoto; quantidade de cômodos; se tem ou não energia elétrica etc.) devem ser verificadas por meio da observação direta do ACS, portanto uma Ficha A preenchida no portão pode ocultar dados relevantes quanto aos hábitos dessa família.

Considerando o fato de que o território e as famílias são dinâmicos e estão em constante mudança, não há por que as fichas serem atualizadas somente uma vez ao ano. Como você já percebeu no seu trabalho, as informações captadas durante um mês de visita não serão as mesmas no mês seguinte, uma vez que novas famílias chegaram ao território, outras se mudaram, gestantes tiveram seus bebês... Então, a estratégia adotada por vários municípios de fazer a atualização dessas fichas uma vez ao ano compromete a principal informação relacionada ao território e à situação familiar da área de cadastro, que se pode obter no Relatório de Famílias Cadastradas, já que o resultado diz respeito à última atualização feita.

FICHAS B: As Fichas B agregam informações relativas ao acompanhamento de clientes com as seguintes doenças: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN), agregando também informações de acompanhamento das Gestantes (GES). É importante salientar que essas fichas devem ser “abertas” pelo profissional técnico no momento do diagnóstico, sendo o médico responsável por DM, HA, TB, HAN, GES, e o enfermeiro pelo diagnóstico da gestação. A seguir, essa ficha é entregue ao ACS, para que ele possa anotar as informações referidas pela família na VD.

FICHA C: A Ficha C é uma cópia da carteira de vacinação da criança, chamada “cartão sombra”, no qual o ACS deve anotar as informações obtidas na Visita Domiciliar, a partir da visualização do cartão de vacinação original na mão da família, pois, do contrário, a simples pergunta “A criança está com as vacinas em dia?” poderá induzir a uma resposta positiva, comprometendo assim a informação relacionada à cobertura vacinal em crianças de zero a dois anos de idade na área de abrangência da equipe. Você pode comparar a cobertura vacinal obtida na sala de vacinação em sua Unidade com as informações do ACS.

A implantação desse “cartão sombra” depende da estratégia adotada no município, já que o ACS pode obter essa informação do cartão original e anotar em sua ficha D. No município de São Paulo, por exemplo, não foi adotada a implantação desse cartão – a conferência é feita na VD pelo ACS, enquanto na sala de vacinação os profissionais de enfermagem arquivam as fichas de controle da vacinação por retorno da criança, facilitando assim verificar no fim do mês as crianças com atraso vacinal e comunicar aos ACS da ESF, que irão agendar essa cobrança na VD da família correspondente.

FICHAS D: A Ficha D agrega informações relacionadas às atividades da ESF sobre consultas médicas e de enfermagem, solicitação médica de exames, encaminhamentos médicos, internação domiciliar, procedimentos de enfermagem, marcadores, hospitalizações e óbitos.

Os municípios em suas experiências têm mudado o layout dessas fichas de modo a agregar informações necessárias para facilitar a compreensão e o uso pelos profissionais da ESF, sem porém alterar o conteúdo das informações exigidas para o sistema. No município de São Paulo, por exemplo, foi criada uma Ficha D para cada componente da ESF, permitindo assim agregar informações para os sistemas SIAB e SIASUS, facilitando a captação de dados.

Integralidade da Assistência

A integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições.

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica.

O enfermeiro como um profissional participante da equipe multi-profissional, deve engajar-se na luta dos valores preconizados pelo SUS, bem como na concretização da integralidade na Rede Básica de Saúde.

Na década de 70, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde foi consolidada uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública (Ministério da Saúde) e pela assistência médica (Ministério da Previdência Social). Essa fragmentação no sistema de saúde foi criticada, pois se criou um local para formulação de uma política de saúde que promovesse a articulação da assistência e da saúde pública, havendo uma distinção entre a política de saúde pública e a assistência médica.

Segundo MENDES (1999), as políticas de saúde foram caracterizadas no período de 1980-90, por seu desenvolvimento no contexto de uma crise econômica, expressada por meio da deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionária, da recessão e, principalmente, da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais.

De acordo com MENDES (1999), a proposta de descentralização surgiu com a criação do SUDS, em 1987. Sendo seus princípios, aqueles incorporados da Reforma Sanitária (1986): universalização, integralidade da atenção, regionalização, hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e políticas integradas de recursos humanos.

O SUDS incorporou conteúdos estratégicos visando realizar os princípios da reforma sanitária e preparar sua transição para o SUS.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, a qual definiu saúde como dever do Estado e direito da população e, que as ações e os serviços de saúde são de importância pública e devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes são: descentralização; mando único em cada esfera do governo; atendimento integral; e participação comunitária.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Título I, Art.3º, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Nos dias atuais, na busca por uma melhor assistência à saúde faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS. Particularmente do atendimento integral ao paciente, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade, que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e, entre o profissional de saúde e o usuário.

O SUS preconiza dentro de seus princípios e diretrizes, a integralidade de assistência, que é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080/90).

Os níveis de complexidade do sistema estão dispostos em três, sendo que, o nível primário está qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde.

Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. O nível secundário, são os centros de especialidades e, no nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de referência.

Todo cidadão tem direito a uma assistência global, onde o profissional de saúde, em questão o enfermeiro, deve ter uma visão holística. Assim sendo, a relação entre o enfermeiro e o paciente deve decorrer de tal forma que sejam considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais, onde o diálogo entre paciente e enfermeiros é primordial. Esta assistência proporciona tanto o bem-estar físico como mental e ambiental, permitindo a atuação do profissional, também na prevenção de doenças, e desta forma, é possível perceber a importância do conhecimento da integralidade, por parte dos profissionais de saúde, na Rede Básica. Diante destas questões, foi estabelecido como objetivo deste estudo conhecer os significados sobre a integralidade por enfermeiros de Unidades de Saúde da cidade de Goiânia, Goiás.

A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 198, II, estabelece prioridades para as atividades preventivas, coerentemente com o mandamento enunciado no artigo 196 que diz respeito ao combate às causas da doença e de outros agravos. Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, o atendimento integral, e a participação da comunidade.

De acordo com essas diretrizes constitucionais, o SUS obedece aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral; igualdade de assistência; direito à informação; divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade e, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo.

Segundo SANTOS & CARVALHO (1995, p.77) “a leitura do princípio da integralidade da assistência há de se fazer combinadamente como o princípio da igualdade de assistência (inciso IV). Em primeiro lugar a assistência integral combina de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com as assistências ou curativos. Em segundo lugar a assistência implica, como se enuncia atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo suas exigências, e em todos os níveis de complexidade”.

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do usuário que utiliza o serviço do SUS.

Para CAMPOS (2003), o sistema de saúde busca oferecer atualmente a assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje.

A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual a equipe de saúde é determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

Outro aspecto ligado à integralidade refere-se à garantia de acesso do indivíduo, aos três níveis de atenção à saúde, nível primário, nível secundário e nível terciário.

A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente com menor ou maior grau de especialização leva à idéia de que a atenção primária à saúde apresenta menor grau de dificuldade ou exige menor grau de conhecimento ou habilitação.

CAMPOS (2003), afirma que isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

No nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população.

Na integralidade o modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral. Para o holismo o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado por seus aspectos físico, psicológico e social, ou seja, avaliados separadamente.

A garantia do princípio da integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano.

Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir e restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos. Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio.

De acordo com GIOVANELLA et al (2000), os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação realizaram um Seminário Nacional sobre o Aprender SUS em que apresentaram sugestões de mudanças nas graduações da área da saúde (BRASIL, 2004). Destaca que a integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculos com os usuários das ações e serviço de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde /doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica.

Ainda destacando os objetivos do Seminário Aprender SUS a atenção integral à saúde implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.

Destaca-se que a atenção integral implica em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários).

A integralidade dispõe de práticas inovadoras em todos os espaços de atenção a saúde e em diferentes cenários. Nesse sentido, a integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja seu local e área de atuação, que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos e que problematize saberes e processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho.

Segundo PINHEIRO (2003), a integralidade do cuidado na atenção às pessoas deve ser entendida como um princípio norteador de uma política de Estado para a Saúde – o SUS - que tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como direito e como serviço.

Isso significa dizer que a Integralidade, como eixo norteador de uma política, deverá ser construída cotidianamente, por permanentes interações democráticas dos atores, pautada por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.

Concordamos com a declaração de Regina Henriques, enfermeira e ex-diretora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, de que a natureza do trabalho da enfermagem é dialogar com o paciente o tempo inteiro, e que para isso, é necessário buscar formas de dialogar com a pessoa de quem está se cuidando.

Na prática da enfermagem, o cuidado mais humano é um elemento muito presente. A enfermagem teve também, por muito tempo, os cursos marcados pela questão da tecnologia e da ciência. Então, se por um lado, os enfermeiros têm a facilidade do contato direto, por outro, algumas coisas ficaram sem aprofundamento na história.

Ao trazer a integralidade como eixo de discussão, essas questões têm vindo à tona. Assim, vemos a necessidade de discutir entre nossos pares para desmistificar algumas coisas, compreender porque o enfermeiro, que tanto fala do cuidado integral e humanizado, afasta-se do paciente e envolve-se com outras atividades cada vez mais administrativas.

O trabalho realizado foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa que busca o desvelar do fenômeno por si mesmo, na sua essência. Sua ênfase está na compreensão do que se deseja conhecer, e não em teorias explicativas. Optamos por esta abordagem por acreditar ser ela a que melhor atende o nosso objeto de estudo. Segundo MARTINS & BICUDO (1994, p.23), a abordagem qualitativa "(...) busca uma compreensão particular daquilo que estuda (...) não se preocupa com generalizações, princípios e leis (...) o foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, na individualidade, almejando sempre a compreensão e não as explicações dos fenômenos estudados". Por meio de relatos de enfermeiras que já vivenciaram no cotidiano o fenômeno em questão se deu a compreensão do mesmo.

Conforme MARTINS & BICUDO (1994), as descrições para experiências que os sujeitos viveram, estão nelas as essências do que se busca conhecer e a intencionalidade do sujeito. A essência do fenômeno não é o fim da análise, mas o meio pelo qual se pode trazer à luz o que as relações vividas apresentam de essenciais. Desta forma, o objetivo da pesquisa buscou descrever a natureza da experiência vivida

Este projeto teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (CAAE nº 0063.0.168.000-05) e contém relatos de Enfermeiras que atuam há mais de um ano na profissão e em uma das Unidades Básicas de Saúde que compõe o Distrito Sanitário da Região Noroeste de Goiânia, ou seja: CAIS Finsocial, CAIS Jardim Curitiba e Maternidade Nascer Cidadão, que se dispôs a colaborar voluntariamente com a pesquisa.

As informações coletadas foram realizadas pelas pesquisadoras, por meio de entrevista semi-estruturada, gravadas em fita cassete, com a prévia autorização do sujeito, que assinou o termo de consentimento e livre esclarecido (Anexo II). Foi mantido o sigilo e o anonimato dos participantes, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Encerramos a coleta de dados no momento em que percebermos a saturação por repetições e convergências do conteúdo investigado

Em busca do desvelar do fenômeno formulamos duas questões norteadoras para que o indivíduo revelasse seu pensar:

1. Fale para nós sobre integralidade.
2. Em que momento do seu cuidar cotidianamente você identifica a integralidade?

O Desvelar Do Fenômeno

Renomeação dos sujeitos

A renomeação dos sujeitos foi realizada baseada na observação das características pessoais apresentadas pelas enfermeiras, no momento das entrevistas e por meio da análise dos seus relatos.

Avaliando separadamente o comportamento e a forma de expressão de cada enfermeira, selecionamos alguns substantivos derivados de adjetivos que mais se assemelham e refletem as características pessoais de maior destaque.

Os substantivos atribuídos às enfermeiras são identificados como: amizade, sensibilidade, parceria, sinceridade, gentileza, indiferença, comunicação, compreensão e equívoco.

INTEGRALIDADE: Entre O Conhecer E O Aplicar

Nesta categoria agrupamos relatos das enfermeiras participantes deste estudo que conhecem, desconhecem e/ou confundem o significado de integralidade, aplicando-os ou não em seu cotidiano. Entendem integralidade, como atender o paciente como um todo, de forma holística e globalizada. Como podemos ler abaixo:

"... nossa integralidade é você está atendendo o paciente como um todo. Você Ver o indivíduo como um todo" Amizade

"Integralidade é ver o doente de forma holística. É vê-lo como pessoa física, espiritual, emocional, social, econômica, vê-lo como um todo. E cuidar dos seus problemas de forma que a gente respeite o todo." Sensibilidade

“Atendimento integral [...] você atende de modo global, globalizado, como o mundo de hoje está globalizado, então o atendimento é globalizado, a gente, pelo menos, a gente está caminhando para isso. Às vezes, existem algumas falhas [...] a gente está buscando atender o usuário, hoje a gente não chama mais de paciente, a gente está buscando atender o usuário de maneira global, tanto do lado psicológico, social, é aspecto integralizado mesmo. Aqui, por exemplo, a gente trabalha o médico, a enfermagem, a psicóloga.” Parceria

“A integralidade do paciente, quando ele chega aqui, eu não quero cuidar só daquela ferida, naquele momento. Eu quero vê-lo como um todo. Eu quero ver como ele está na casa dele, até que ponto vai influenciar na cura desse paciente. É muito importante eu ver isso. [...] É justamente ver o paciente como um todo. E no entanto não faz isso. Então fica muito difícil. Você fala as coisas, mas no papel está, mas na hora de você fazer, você não tem condição. E isso deixa você frustrada.” Sinceridade

“... não só cuidar daquele aspecto restrito, mas da pessoa como um todo... físico, mental, espiritual.” Gentileza

“Integralidade é aquele respeito que nós temos que ter com o paciente, na minha profissão. Vendo que o paciente é a parte principal na nossa relação. Tratar o paciente como um todo, tanto social como psicologicamente.” Indiferença

“Eu entendo integralidade como a visão do todo do paciente. Não só do paciente, mas, qualquer pessoa que... do cliente que você está atendendo ou dos funcionários. [...] é você está enxergando o paciente, cliente, de forma como o todo, não uma parte só. No caso a gente que trabalha aqui na saúde da família, a gente atende o paciente, ele chega aqui com falta de dinheiro, com o marido que bate, com falta de um monte de coisas, carente.

Um exame de prevenção que a gente faz, não dá simplesmente pra você chegar, o paciente entra aqui, você colher a prevenção. O que a gente tem que fazer, é realmente, consultar o paciente, ver as necessidades dele, emocionais e tudo mais.

Explicar o que é a consulta, pra quê você está fazendo aquilo. [...] Mas acho que a forma de atendimento, a gente tem que atender as pessoas como a gente gostaria de ser atendido. [...] significa que você tem que está vendo todas as partes, as faces desse indivíduo” Comunicação

“o cliente deve ser visto de maneira ampla e integral [...] não basta estarmos focados apenas num sinal e/ou sintoma, abrangência deve ir além disso, buscando estar atentos em todos os níveis socioeconômicos do cliente, pois muitas vezes o cliente precisa, além do tratamento específico, de uma palavra de carinho, uma atenção ou um simples bom dia, principalmente quando lidamos com usuários de baixo poder socioeconômico.” Compreensão

“O cuidar não só pela enfermagem porque as pessoas têm noções de que o cuidar é só do enfermeiro. É o cuidar do psicólogo, o cuidar do médico, o cuidar de toda a equipe multidisciplinar. [...] A gente não tá vendo ele não só com o fator doença, a gente tá vendo a questão socioeconômica, é na questão cultural.” Equívoco

Para PINHEIRO & MATTOS (2004), o cuidado deve ser apreendido como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser. É o tratar o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social.

A ação integral é também entendida como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Essas ações são inerentes à prática profissional de algumas enfermeiras das instituições pesquisadas, conforme pode ser verificado nos relatos a seguir:

“A integralidade do paciente, quando ele chega aqui, eu não quero cuidar só daquela ferida, naquele momento. Eu quero vê-lo como um todo. Eu quero ver como ele está na casa dele, até que ponto vai influenciar na cura desse paciente. É muito importante eu ver isso. [...] É justamente ver o paciente como um todo. E, no entanto, não faz isso. Então fica muito difícil. Você fala as coisas, mas no papel está, mas na hora de você fazer, você não tem condição. E isso deixa você frustrada”.

A integralidade não pode ser percebida como atributo da boa prática biomédica, mas como um atributo que permeia a prática de todos os profissionais de saúde, independente dela se dar no âmbito público ou privado. Deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde.

Segundo PINHEIRO & MATTOS (2001) são consideradas “integralidade focalizada” aquela que é trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. O resultado dessa integralidade há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar comprometido com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional.

Diante disso, concluímos que a integralidade pode estar presente no atendimento individual de cada profissional pertencente à equipe de saúde, no entanto, evidenciamos nos relatos de Parceria e Confusão, uma mistura de conceitos, em que a definição de integralidade é confundida com a de multidisciplinaridade.

“Atendimento integral [...] você atende de modo global, globalizado, como o mundo de hoje está globalizado, então o atendimento é globalizado, a gente, pelo menos, a gente está caminhando pra isso. Às vezes existe algumas falhas [...] a gente está buscando atender o usuário, hoje a gente não chama mais de paciente, a gente está buscando atender o usuário de maneira global, tanto do lado psicológico, social, é aspecto integralizado mesmo. Aqui, por exemplo, a gente trabalha o médico, a enfermagem, a psicóloga. [...] Que o trabalho individual, no consultório, eu acho que ele fica um pouco a desejar” Parceria

“O cuidar não só pela enfermagem porque as pessoas tem noções de que o cuidar é só do enfermeiro. É o cuidar do psicólogo, o cuidar do médico, o cuidar de toda a equipe multidisciplinar.” Equívoco

De acordo com PINHEIRO & LUZ (2003), a concretização da integralidade não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes. Trata-se de um desafio que tem como horizonte não apenas um êxito técnico, mas um sucesso prático, que se diferencia daquele na medida em que tem de ser remetido explicitamente ao plano das relações.

A integralidade deve fazer parte da filosofia da enfermagem. A valorização da essência do ser humano deve conduzir o pensamento e as ações do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana. No entanto, constatamos que a integralidade não é compreendida em toda sua magnitude, por grande parte das entrevistadas. O que nos leva a refletir e questionar a qualidade da assistência prestada aos usuários que procuram os serviços públicos de saúde.

INTEGRALIDADE: O Despreparo Para Lidar Com A Subjetividade Do Outro

As enfermeiras entrevistadas deixaram transparecer em suas falas a adoção ou não da humanização na assistência, relatando seus conhecimentos e experiências vivenciadas no cotidiano. Por meio dos relatos, notamos o envolvimento e respeito com os usuários, entretanto, podemos observar a precária interação e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, por parte de algumas enfermeiras, como descrito nos discursos abaixo:

“Eu acho que a todo o momento, não só dentro do consultório, mas principalmente quando a gente também trabalha em grupo, faz a visita domiciliar, a gente trabalha essa questão da integralidade. A gente tenta conhecer o paciente na sua casa, na sua moradia, com relações familiares, nas suas condições de trabalho, nas suas condições de moradia e, isso passa também através do atendimento que a gente faz, em grupo com o paciente. A gente tenta trabalhar toda aquela problemática que a gente vivencia na casa [...] você trabalha também as questões que foram levantadas na vivência que a gente tem com esse paciente.” Amizade

“Sempre, em todos os momentos que eu as minhas orientações, as minhas prescrições de enfermagem, eu penso na integralidade, porque às vezes você está diante de uma pessoa aqui que tem problema a que não é só, é digamos patológico.

Ele tem outros problemas espirituais, emocionais, financeiros, e a gente faz as nossas orientações visando tudo isso. [...] Então a gente tem que enxergar o paciente e, como ele pode alcançar a saúde da melhor forma possível, qual o caminho que a gente pode traçar pro paciente da melhor forma possível. Se o paciente, por exemplo, tem diabetes não pode ser emocional? É, ou se ele tem a diabetes e a gente passa a dieta e polipídica, muita fruta, muita verdura, ele tem dinheiro pra comprar? Quais tão mais baratas, quais a gente pode está orientando, isso é verificar o paciente de forma integral. É, levar que ele tenha saúde da melhor forma, da maneira mais adequada, na medida da necessidade dele mesmo, não é isso? "Sensibilidade

"... nos trabalhos em grupo que a gente faz [...] eu vejo integralidade nos trabalhos de grupo [...]. Que o trabalho individual, no consultório, eu acho que ele fica um pouco a desejar"Parceria

"Você fala as coisas, mas no papel está, mas na hora de você fazer, você não tem condição. E isso deixa você frustrada. [...] nem no PSF, que está pra fazer isso, ele não faz. Eles acham que não tem tempo, eles acham que agenda as pessoas e não tem condição de atender bem. [...] Se as vezes você chega lá na emergência, tem um paciente que está brigando, que ele quer ser consultado agora. Você olha nele, está cheio de manchas roxa, paciente está chorando, aí você traz ela pra sua sala, você vai conversar com ela, você vai ver que não é isso que ela está precisando.

O simples ensinar uma mãe como dá o banho na criança, como amamentar. O carinho que essa amamentação passa pra essa criança. Isso é saber acompanhar esse paciente, não só aqui na fase curativa não, na preventiva. [...] aí você vai ver o paciente mais como um todo, a integralidade por inteiro"Sin-
ceridade

"... em todo momento. É quando eu chego de manhã pra fazer visita pro paciente. [...] No antes, pré ou pós o parto. No momento até daquela abordagem, daquela visita, eu olho a pessoa como um todo. Eu acho que a integralidade tem que tá em todo momento. É o momento que eu posso olhar a pessoa de uma maneira fragmentária. [...] No momento mais específico, mais delicado, no momento do parto mesmo; pré-parto imediato e no parto. Eu acho que é esse o momento que você tem que ter esse olhar de mais integralidade [...] a gente participa junto com o médico [...] dando aquele apoio pessoal. É nesse sentido. Não simplesmente ela vai dar a luz, vai terminar, vai estar ali inteira."Gentileza

"Eu atuo com integralidade em todo momento da minha vida. Todo paciente que vem aqui eu respeito muito. [...] Não deixando os problemas de o paciente interferir na minha conduta. [...] Eu tenho que muitas vezes que pôr uma couraça, assim... pra que o paciente traz pra mim, não me afeta.

Eu tenho que tratar o paciente como um todo mas, de acordo com o que ele está sentindo. [...] O paciente vem aqui e chora. Quer que eu envolva na vida dele e, eu trato ele como um ser humano, mas, ele lá e eu cá. Vem pra mim com todos seus deveres, todas suas carências mas, eu não posso deixar me influenciar"Indiferença

"... na hora do exame de prevenção, por exemplo. Ou na hora do CD (crescimento e desenvolvimento da criança), que a gente vai fazer aferimento da criança [...] só, por exemplo, a criança chegou aqui com febre. Eu só vou, é... orientar, encaminhar pro medico, falar: não! Vai lá ao médico que ele te passa um anti-térmico. Não é só isso. Tem que ver por trás disso o quê que está acontecendo. [...] realmente é ver a pessoa, todas as faces da pessoa [...] tem que está é orientando, esclarecendo, informando realmente. Mas a gente tem muitos casos de pessoa, não tem realmente o que comer. Isso é um fator dificultador."Comunicação

"... Sempre, sempre, sempre, sempre, chegou o paciente tem que identificar."Equívoco

De acordo com FELDMANN et al (1973), humanizar é tudo que desperta o sentimento de solidariedade humana e concorre para facilitar a circulação do homem no mundo.

MEZOMO (1980), afirma que humanizar é um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que ele merece como pessoa.

Uma prática humanizada em saúde é aquela capaz de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; incentivo do diálogo entre os profissionais e com os usuários; vínculo entre profissional e usuário, proporcionando assim, um tratamento digno e respeitoso. Esta prática pode ser notada através do discurso de Compreensão:

“... desde que a gestante chega à Unidade para o pré-natal (não preocupo apenas com a barriga, mas também com necessidades e anseios da gestante), depois durante o trabalho de parto (parturiente é atendida de acordo com as necessidades do momento do trabalho de parto, inclusive com esclarecimento sobre suas dúvidas e anseios) e, finalmente, no puerpério (visão vínculo enfermeiro- puerpera e recém-nascido – bem estar e boa evolução).”

Concordamos com BOFF (1998), que um dos aspectos envolvidos no cuidar são os sentimentos de solidariedade, amor, compaixão, honestidade, preocupação e desvelo. O cuidado que humaniza acontece porque somos seres humanos, sentimos afeto, amor (fenômeno cósmico e biológico), são sensíveis e tomamos decisões buscando o equilíbrio. Cuidar implica em sentir afeto, ternura, em acariciar pelo toque, em conviver.

Acreditamos que o cuidado da enfermagem deve ser ético, e por isso pressupõe habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências entre outros. Tal cuidado é guiado por ações que assiste, oferece suporte e facilita ou melhora sua condição humana de vida. Engloba a saúde em sua integralidade, nos seus aspectos psicobiológicos, espiritual, social e político. Como podemos ver abaixo:

“... porque às vezes você está diante de uma pessoa aqui que tem problema a que não é só, é digamos patológico. Ele tem outros problemas espirituais, emocionais, financeiro, e a gente faz as nossas orientações visando tudo isso. [...] Então a gente tem que enxergar o paciente e, como ele pode alcançar a saúde da melhor forma possível, qual o caminho que a gente pode traçar pro paciente da melhor forma possível.”Sensibilidade

“... você tem que ter esse olhar de mais integralidade [...] a gente participa junto com o médico [...] dando aquele apoio pessoal. É nesse sentido. Não simplesmente ela vai dar a luz, vai terminar, vai estar ali inteira..”Gentileza

COSTA (2004), afirma que o diálogo humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura.

No encontro do usuário com a equipe de saúde deve ocorrer a conversação, na qual deve prevalecer a capacidade de escuta, de forma a permitir a apreensão das necessidades de saúde, trazida por aquela pessoa que busca o serviço. Estamos certas que o diálogo constitui parte do tratamento cuidadoso e domina uma dimensão decisiva de toda a ação de enfermagem. Sinceridade e Comunicação colocam que:

“Você olha nele, tá cheio de manchas roxa, paciente está chorando, aí você traz ela pra sua sala, você vai conversar com ela, você vai ver que não é isso que ela está precisando. [...] Isso é saber acompanhar esse paciente, não só aqui na fase curativa não, na preventiva. [...] aí você vai ver o paciente mais como um todo, a integralidade por inteiro”

“...a criança chegou aqui com febre [...] Tem que ver por trás disso o quê que está acontecendo. [...] realmente é ver a pessoa, todas as faces da pessoa [...] tem que está é orientando, esclarecendo, informando realmente.”

Segundo BOFF (2004), um outro aspecto a ser discutido na formação do profissional é a desumanização como mecanismo de defesa dos profissionais. O contato com o sofrimento humano pode gerar ansiedade e, como consequência, um afastamento, uma dificuldade de interagir com o sujeito.

Por outra parte, PINHEIRO & MATTOS (2001), afirmam que a desvalorização, por parte do profissional de saúde, na relação com o paciente, se deve em grande medida à falta de uma formação específica voltada para a comunidade, o que considera fundamental para o estabelecimento do vínculo.

COSTA (2004) enfatiza que a lógica centrada no profissional, na ação curativa e focada na queixa, produza efeitos presentes numa prática de saúde desumanizada, não é possível, contudo, atribuir-lhe uma total responsabilidade na manutenção das condições de precariedade do sistema de atenção à saúde.

Sabemos que formação a acadêmica tem importante contribuição neste contexto, uma vez que, com a existência de um ensino não reducionista e menos fragmentado, seria cada vez mais freqüente a formação de profissionais capazes de apreender de seus pacientes suas necessidades de modo mais integral.

Por meio da fala de Indiferença, podemos evidenciar sua incapacidade de estabelecer uma relação com o outro, estando impossibilitada de tratar com sujeitos, focando-se apenas na doença, optando por um modelo de atenção centrado na relação queixa/conduta.

“...Não deixando os problemas do paciente interferir na minha conduta.[...] Eu tenho que muitas vezes que pôr uma couraça, assim... pra que o paciente traz pra mim, não me afeta. Eu tenho que tratar o paciente como um todo mas, de acordo com o que ele está sentindo. [...] O paciente vem aqui e chora. Quer que eu envolva na vida dele e, eu trato ele como um ser humano, mas, ele lá e eu cá. Vem pra mim vem com todos seus deveres, todas suas carências mas, eu não posso deixar me influenciar”

Acerca de tudo que a literatura científica discute sobre a integralidade, inferimos que a noção do todo relacionada à saúde é, portanto, preocupação antiga e afirma que o cuidado do corpo pela ação da enfermagem não é possível sem o simultâneo cuidado da alma. No entanto, nem isso seja o bastante, pois talvez seja até impossível fazê-lo sem o conhecimento do ser na sua integralidade.

O direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência: colisão-ponderação entre o princípio da proibição do retrocesso social e o princípio da reserva do possível

Ao longo das últimas décadas a sociedade contemporânea tem acompanhado a situação da saúde pública no Brasil. A realidade demonstra milhares de pessoas por todo o Brasil abandonadas pelo Estado, espalhadas pelos corredores dos hospitais, no chão, sem tratamento médico, óbitos ocorrem devido à ausência de medicamentos, infecções, falta de recursos, carência de profissionais especializados, equipamentos obsoletos ou abandonados e inexistência de ambulâncias.

Neste contexto, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal violam a dignidade da pessoa humana, fundamento expresso na Constituição da República Federativa do Brasil, positivada no artigo 1º, inciso III, deixam de cumprir os objetivos fundamentais expressos em seu artigo 3º, pertinentes à sociedade livre, justa e solidária, não erradicam a pobreza e a marginalização, não reduzem as desigualdades sociais e regionais e por fim não promovem o bem de todos.

O direito à saúde esta tutelado na Constituição Federal, em seus artigos 6º e 196 deve ser efetivado por meio da integralidade de assistência: diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e o princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990.

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar o direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência, e os seguintes objetivos específicos: apresentar o conceito de direito à saúde pública; dissertar a respeito do princípio da integralidade de assistência; demonstrar os conceitos dos Princípios da Reserva do Possível e da Proibição do Retrocesso Social e a relação com o direito à saúde pública e investigar a colisão e a ponderação dos Princípios da Reserva do Possível e da Proibição do Retrocesso Social em relação ao direito constitucional à saúde pública por meio da assistência integral.

A partir do marco teórico de ALEXY (2008) pertinente à colisão de princípios, será realizada a ponderação do Princípio da Reserva do Possível e o Princípio da Proibição de Retrocesso Social. A hipótese do trabalho consiste em apresentar os limites existentes ao Princípio da Reserva do Possível, possibilitando a efetivação do direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência consubstanciando a vedação do Princípio do Retrocesso Social.

2. O Direito Constitucional à Saúde Pública

O direito à saúde pública encontra-se positivado na Constituição Federal expressamente nos artigos 6º e 196, sendo um direito social e fundamental, é um dever do Estado. A saúde é inerente aos ser humano, bem como à sua vida com dignidade, sendo fundamento da República Federativa do Brasil, expresso na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III.

Dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 3º apresenta expressamente a busca por uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais e por fim promoção do bem de todos. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 apresenta a concepção de saúde.

O direito à saúde é um dever Estado, sendo inerente ao direito à vida com dignidade, concretizando assim o direito fundamental e social, conforme considera Pedro Lenza, o ser humano é o destinatário destes direitos tutelados na atual Constituição Federal da República de 1988, (LENZA, 2008).

A respeito do direito à saúde e por consequência à vida com dignidade estão tutelados pela Constituição Federal de 1988 e pelo ordenamento jurídico, que devem orientar o intérprete e operador do direito, neste sentido escreve Germano André Doederlein Schwartz “A saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida”. (SCHWARTZ, 2001, p.52)

O Estado deve garantir o direito à saúde devido às garantias constitucionais e infraconstitucionais, conforme escreve José Adécio Leite Sampaio:

“A Constituição assegura em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (SAMPAIO, 2002, p.699-700)

A saúde é um direito social previsto constitucionalmente no artigo 6º e no artigo 196, sendo norma de ordem pública, imperativa e inviolável, cabendo ao Estado concretizar tal direito, conforme escreve Alexandre de Moraes:

“Direitos sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades potestativas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, IV, da Constituição Federal”. (MORAES, 2008, p.198)

A saúde é um direito de todo o cidadão cabendo ao Estado o dever de garantir e efetivar por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, com o intuito de minimizar doenças, agravos e principalmente prevenindo a sociedade por meio tanto da informação quanto da educação, neste sentido escreve José Afonso da Silva:

“A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam.” (SILVA, 2001, p.808)

A Constituição garante a proteção à saúde preventiva e curativa, sendo o conceito deste direito amplo, não se restringindo ao tratamento e prevenção de doenças, cabendo ao Estado a sua efetivação, conforme escreve Kildare Gonçalves de Carvalho:

“O direito à saúde, de que trata o texto constitucional brasileiro, implica não apenas no oferecimento da medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente, por sua vez, de uma política social e econômica adequadas. Assim, o direito à saúde compreende a saúde física e mental, iniciando pela medicina preventiva, esclarecendo e educando a população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia, trabalho, lazer, alimentação saudável na qualidade necessária, campanha de vacinação dentre outras. (CARVALHO, 2008, p.1251)”

O direito constitucional à saúde pública possui a integralidade de assistência como diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e como princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990.

A respeito da saúde é garantido a integralidade de assistência conforme escrevem TAVARES (2008) e MARTINS (2008), tutelando um bem estar físico, mental, social, a prevenção e o tratamento de doenças e enfermidades.

O direito à saúde pública é pautado na universalidade de cobertura e na integralidade de assistência. A assistência integral deve ser compreendida com um conjunto de ações e serviços que buscam informar, prevenir e tratar as doenças e agravos à saúde, garantindo ao indivíduo a proteção do seu potencial biológico e psicossocial e a recuperação de sua saúde. TAVARES (2008) e MARTINS (2008)

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Diretriz consagrada pela Constituição de 1988, previsto artigo 198 e a integralidade do tratamento é um princípio básico da saúde pública, previsto expressamente na Lei 8.080 de 1990 em seu artigo 7º:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 1990)”

Entretanto, a atual situação econômica, política e social do Brasil por meio do Estado vem violando o direito constitucional à saúde pública, em especial ao que tange a integralidade do atendimento.

3. O Princípio da Reserva do Possível

Inúmeras são os fatores que contribuem para a violação por parte do Estado do dever constitucional e infraconstitucional pertinentes à efetivação do direito à saúde. Um dos fatores é o aumento da demanda pela sociedade brasileira, outro seria a diminuição da capacidade do Estado em efetivar o direito à saúde, conforme escreve Ingo Wolfgang Sarlet:

“De outra parte, a crescente insegurança no âmbito da seguridade social, neste contexto, de uma demanda cada vez maior por prestações sociais (ainda mais em sociedades marcadas pelo incremento da exclusão social) e de um paralelo decréscimo da capacidade prestacional do Estado e da sociedade”. (SARLET, 2006, p.420)

Os direitos sociais em geral, o direito à saúde pública e à integralidade de tratamento no Brasil não é efetivado, conforme escreve Carlos Alberto Pereira de Castro:

“Entretanto, em países – tais como o Brasil – que não atingiram o mesmo nível de proteção social que os dos continentes precursores de tais idéias – Europa, América do Norte, Oceania -, o período atual gera problemas de outra ordem: a redução de gastos públicos com políticas sociais, o que, em verdade, significa o não atingimento do prometido Bem-Estar Social”. (CASTRO, 2008, p.662)

Atualmente as sociedades estão sofrendo um elevado impacto em virtude do papel desenvolvido pelos Estados, inclusive o Brasil, ao que tange as políticas públicas, neste sentido escreve Carlos Alberto Pereira de Castro:

“É inegável que as sociedades contemporâneas estão vivendo um processo de modificação das políticas estatais. A internacionalização da economia, derrubando fronteiras até então mais ou menos respeitadas tanto pelo capital produtivo como pelo meramente especulativo, hoje impera com largueza, colocando um xeque vários conceitos e entes intocáveis, como a soberania estatal, o valor social do trabalho e a intervenção do Estado com vistas à redução das desigualdades sociais.” (CASTRO, 2008, p.662-663)

A proteção social é afetada diretamente pelos efeitos da globalização, que afeta o próprio Estado Contemporâneo, neste sentido escreve Carlos Alberto Pereira de Castro: “Os efeitos da chamada globalização da economia parecem, pois, afetar de forma direta, não apenas o tratamento das questões de proteção social, mas o próprio amálgama formador do Estado Contemporâneo”. (CASTRO, 2008, p.666)

Destaca-se que o Estado deve garantir os direitos sociais, por meio de políticas públicas, a saúde deve ser um direito concretizado de forma integral, conforme escreve Carlos Alberto Pereira de Castro:

“O Estado-Providência foi criado, segundo os seus precursores, para a redução das desigualdades sociais. Assim, o sistema se sustenta e se legitima pelo fato de que a sociedade – e o Governo eleito por esta – tem um compromisso moral com os menos favorecidos”. (CASTRO, 2008, p.668)

A integralidade de tratamento e o direito constitucional à saúde pública estão condicionados aos recursos e investimentos existentes. Neste sentido incide o Princípio da Reserva do Possível que tende a mitigar os direitos sociais.

Vale ressaltar que o Princípio da Reserva do Possível não trata exclusivamente às questões pertinentes aos recursos financeiros para a efetivação dos direitos sociais, mas sim a razoabilidade da pretensão deduzida com vistas a sua efetivação, mas também a previsão orçamentária da respectiva despesa, neste sentido escreve Ingo Wolfgang Sarlet:

“Sustenta-se, por exemplo, inclusive entre nós, que a efetivação destes direitos fundamentais encontra-se na dependência da efetiva disponibilidade de recursos por parte do Estado, que, além disso, deve dispor do poder jurídico, isto é, da capacidade jurídica de dispor. Ressalta-se, outrossim, que constitui tarefa cometida precipuamente ao legislador ordinário a de decidir sobre a aplicação e destinação de recursos públicos, inclusive no que tange às prioridades na esfera das políticas públicas, com reflexos diretos na questão orçamentária, razão pela qual também se alega tratar-se de um problema eminentemente competencial. Para os que defendem esse ponto de vista, a outorga ao Poder Judiciário da função de concretizar os direitos sociais mesmo à revelia do legislador, implicaria afronta ao princípio da separação dos poderes e, por conseguinte, ao postulado do Estado de Direito”. (SARLET, 2001, p. 286)

Atualmente, a Reserva do Possível tem sido o fundamento dos Estados buscando justificar a omissão para a efetivação dos direitos sociais, buscando afastar a intervenção do Poder Judiciário na efetivação de tais direitos, por meio da comprovação de ausência de recursos orçamentários suficientes para tanto.

A respeito da Reserva do Possível Luis Roberto Barroso afirma que os recursos públicos não são suficientes para atender as demandas sociais. Restando ao Estado direcionar o orçamento de acordo com as prioridades:

“A verdade é que os recursos públicos são insuficientes para atender todas as necessidades sociais, impondo ao Estado a necessidade permanente de tomar decisões difíceis: investir recursos em determinado setor sempre implica deixar de investi-los em outros.” (BARROSO, 2009, p.37)

Em relação à análise econômica do direito, seus limites, benefícios e beneficiários escreve Luis Roberto Barroso:

“No contexto de análise econômica do direito, costuma-se objetar que o benefício auferido pela população com a distribuição de medicamentos é significativamente menor que aquele que seria obtido no caso os mesmos recursos fossem investidos em outras políticas de saúde pública, como é o caso, por exemplo, das políticas de saneamento básico e de construção de redes de água potável”. (BARROSO, 2009, p.33-34)

Neste conturbado contexto surge a demanda social e o direito constitucional à saúde pública de forma integral diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e no princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990 e o limite alegado pelos Estado por meio do Princípio da Reserva do Possível.

4. O princípio da Proibição do Retrocesso Social

Em relação ao Princípio da Proibição de Retrocesso Social, José Joaquim Gomes Canotilho afirma que os direitos econômicos, sociais e culturais estão submetidos às recessões e às crises conjunturais e estruturais. Entretanto, as restrições devem sofrer limitações possibilitando o respeito à dignidade humana. (CANOTILHO 2000)

Canotilho demonstra que o Princípio da Proibição de Retrocesso Social, impõe limites em relação às restrições decorrentes de situações econômicas:

“A proibição de retrocesso social nada pode fazer contra as recessões e crises econômicas (reversibilidade fática), mas o princípio em análise limita a reversibilidade dos direitos adquiridos (ex: segurança social, subsídio de desemprego, prestações de saúde), em clara violação do princípio da proteção da confiança e da segurança dos cidadãos no âmbito econômico, social e cultural, e do núcleo essencial da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade humana.

O reconhecimento desta protecção de direitos prestacionais de propriedade, subjectivamente adquiridos, constitui um limite jurídico do legislador e, ao mesmo tempo, uma obrigação de prossecução de uma política congruente com os direitos concretos e as expectativas subjectivamente alicerçadas” (CANOTILHO, 2000, p. 332-333)

Para CANOTILHO (2000), a lei é condicionante da concretização do direito fundamental. As crises econômicas tendem a aniquilar a força normativa dos princípios que consagram direitos fundamentais.

O Instituto da Reserva do Possível deve ser submetido ao Princípio da Proibição do Retrocesso Social, sendo uma limitação fática, violando a segurança jurídica e social, uma vez que poderia violar direitos fundamentais e sociais consagrados, bem como obstar a efetivação dos mesmos.

A respeito da Reserva do Possível Canotilho reconhece a limitação da disponibilidade econômica, dos gastos elevados com políticas públicas. Entretanto, questiona o argumento dos Estados em relação à carência de recursos. (CANOTILHO, 2000.):

José Afonso da Silva reconhece a existência no ordenamento jurídico brasileiro do Princípio da Proibição do Retrocesso Social, uma vez que as normas constitucionais definidoras de direitos sociais que vinculam o legislador e os órgãos estatais vedam o retrocesso na concretização desses direitos. (SILVA, 2007)

O Princípio da Proibição de Retrocesso Social é um princípio constitucional que possui como objetivo preservar os direitos conquistados, evitando assim supressões infundadas. Ressalta-se o entendimento de Ingo Wolfgang Sarlet, no sentido que deve existir uma evolução ao que tange os direitos fundamentais, jamais um retrocesso. (SARLET, 2001)

Este princípio encontra-se na Constituição Federal de 1988, decorrendo dos princípios do Estado social-democrático de direito, bem como da dignidade da pessoa humana, da ampliação, eficácia e efetividade dos direitos fundamentais, bem como da segurança jurídica, da solidariedade e da justiça social.

O Estado está vinculado à concretização de determinados direitos, sendo-lhe vedado restringir ou violar tais direitos tanto no plano legislativo quanto executivo, neste sentido escreve Ingo Wolfgang Sarlet.

“Negar reconhecimento do princípio da proibição de retrocesso significaria, em última análise, admitir que os órgãos legislativos (assim como o poder público de modo geral), a despeito de estarem inquestionavelmente vinculados aos direitos fundamentais e às normas constitucionais em geral, dispõem do poder de tomar livremente suas decisões mesmo em flagrante desrespeito à vontade expressa do Constituinte” (SARLET, 2004, p.162)

O direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência, diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e no princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990, diante da reserva do possível devem ser considerados levando-se em conta Joaquim José Gomes Canotilho, em especial a tese do Princípio da Proibição de Retrocesso Social (CANOTILHO, 2000).

Diante da crise do Estado Brasileiro e das dificuldades da concretização do direito constitucional à saúde pública de forma integral deve-se considerar o Princípio da Proibição de Retrocesso Social segundo CANOTILHO (2000), bem como SARLET(2006) garantindo assim o mínimo existencial.

A aplicabilidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social em relação ao direito constitucional à saúde pública, em especial na integralidade do tratamento é imprescindível para a concretização deste direito fundamental e social.

5. A Ponderação do Princípio da Reserva do Possível e o Princípio da Proibição do Retrocesso Social

Será utilizada como marco teórico a tese da Lei de Ponderação para solucionar a colisão de princípios de Robert Alexy, em sua obra Teoria dos Direitos Fundamentais, levando-se em consideração a ponderação em sentido específico, verificando a importância da satisfação de um direito justifica a não satisfação do outro.

Robert Alexy define o conceito de norma jurídica, por meio de uma diferenciação existente entre regras e princípios como duas espécies de norma, existindo diferenças em suas aplicações e ponderações. (ALEXY, 2008).

As Regras segundo Robert Alexy são "mandados definitivos", que determinam determinada conduta previamente definida. Já os Princípios, são "mandados de otimização", ordenam fazer uma coisa na máxima medida possível cuja medida de aplicação deve ser definida, pelo julgador, em cada situação de aplicação. (ALEXY, 2008).

Existe uma distinção segundo Robert Alexy as regras são aplicadas ao que tange a aplicação por sub-sunção e os princípios são aplicados por ponderação, ressalta-se que a colisão de princípios jurídicos não se resolve no campo da validade, mas no campo do valor: (ALEXY, 2008).

Segundo Robert Alexy existindo conflito entre regras, existem critérios objetivos para resolução, criando-se uma cláusula de exceção. Entretanto, caso dois princípios conflitem, imprescindível a ponderação no caso concreto que determinará qual prevalecerá, mas não excluirá o outro do ordenamento jurídico:

"As colisões entre princípios devem ser solucionadas de forma completamente diversa. Se dois princípios colidem – o que ocorre, por exemplo, quando algo é proibido de acordo com um princípio e, de acordo com o outro, permitido -, um dos princípios terá que ceder.

Isso não significa, contudo, nem que o princípio cedente deverá ser declarado inválido, nem que nele deverá ser introduzida uma cláusula de exceção". (ALEXY, 2008, p.93)

Os princípios conforme ressaltado anteriormente, segundo Robert Alexy são mandados de otimização que atuam no caso concreto em graus diferentes, de acordo com o caso concreto levando-se em consideração as questões jurídicas relacionadas aos princípios em colisão que devem ser ponderados. (ALEXY, 2008).

Robert Alexy afirma ser imprescindível ponderação entre os direitos sociais, inclusive o direito à saúde e a reserva do possível, uma vez que o direito à saúde de alguns cidadãos podem extinguir o direito de outros devido a escassez dos recursos. (ALEXY, 2008). Neste sentido escreve Luis Roberto Barroso:

"Alguém poderia supor, a primeiro lance de vista, que se está diante de uma colisão de valores ou de interesses que se contrapõe, de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática.

O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros. Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão." (BARROSO, 2009, p.13)

Luis Roberto Barroso afirma que os direitos fundamentais ao serem exigidos, inclusive por via judicial, podem sofrer ponderações tanto com direitos fundamentais, quanto como princípios constitucionais. (BARROSO, 2009).

Nesse sentido vale ressaltar que o direito constitucional à saúde deve ser ponderado no caso concreto, sendo concretizado por meio da maior extensão possível, considerando-se o suporte fático, jurídico e financeiro, garantindo e efetivando o direito à vida com dignidade, bem como respeitando o Princípio do Retrocesso Social e o Princípio da Reserva do Possível, conforme afirma Luis Roberto Barros: "As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais". (BARROSO, 2009, p.34)

A solução pertinente para a colisão do Princípio do Retrocesso Social e o Princípio da Reserva do Possível ocorrerá de acordo com as peculiaridades do caso concreto, ponderando-se entre as necessidades e as possibilidades dos envolvidos por meio da proporcionalidade.

Segundo Robert Alexy sendo mandamentos de otimização, devem ser aplicados com o objetivo de atender à necessidade social por meio da proporcionalidade, em especial a adequação das medidas para se atingir o objetivo desejado, sendo esta media a menos gravosa, levando-se em consideração as vantagens a serem auferidas. (ALEXY, 2008)

O direito à saúde pública é um direito fundamental e social, sendo inerente ao direito à vida com dignidade. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como a legislação infraconstitucional nacional garantem tal direito.

O ordenamento jurídico garante o direito à saúde, atribuindo como um dever fundamental do Estado. Nesse contexto surge uma demanda à prestação pelo poder público pertinente ao acesso e ao tratamento integral, em contraposição aos recursos limitados.

Diante das garantias legais e constitucionais o direito à saúde pode ser entendido como um direito público subjetivo irrestrito, no qual o cidadão tem o direito de obter na integralidade o tratamento que lhe for necessário.

Entretanto, os recursos são limitados e o Estado não possui condições de efetivar todas as políticas públicas necessárias para todos os cidadãos.

Vale ressaltar a vedação do retrocesso social ao que tange os direitos conquistados ao longo dos séculos. Neste sentido, evidente a colisão entre os princípios da Reserva do Possível e a Proibição do Retrocesso Social.

A solução para a colisão dos princípios em questão deve ser pautada na ponderação entre os mesmos, levando-se em consideração as peculiaridades do caso concreto.

O direito fundamental à saúde pública deve ser concretizado em respeito às garantias e aos princípios constitucionais, levando-se em consideração a realidade social, o bem comum e as peculiaridades do caso concreto.

O Princípio da Reserva do Possível não deve ser pleno e absoluto, jamais deve ser considerado de forma isolada como argumento plausível para justificar a ausência de determinada política pública, em especial em relação ao direito à saúde.

O Princípio da Proibição do Retrocesso Social tem como objetivo impedir que determinados direitos sejam extirpados do ordenamento jurídico, garantindo um mínimo existencial e um caráter evolutivo à sociedade.

Por fim, vale ressaltar que os princípios de maneira geral possuem diferentes graus de concretização, sendo imprescindível a análise do caso concreto, bem como dos demais princípios que integram o ordenamento jurídico, realizando assim uma ponderação com o intuito de estabelecer o direito a cada um dos envolvidos.

A ponderação do Princípio da Reserva do Possível e da Proibição do Retrocesso Social deverá ocorrer, levando-se em consideração os argumentos do Estado que deve ainda demonstrar de forma clara que não violou o Princípio do Retrocesso Social, bem com a efetivação do direito à saúde acarretará um dano mais elevado à sociedade.

O direito constitucional à saúde pública de forma integral vem sofrendo limitações com base nos Princípios da Reserva do Possível.

Entretanto, imprescindível que seja realizada no caso concreto a ponderação por meio da proporcionalidade com o Princípio da Proibição de Retrocesso Social, possibilitando a efetivação do direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência: diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e o princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990.

Em Manifesto, Trabalhadores da Saúde Defendem Integralidade de Assistência

O Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS) divulgou, nesta segunda-feira (16), manifesto em que reafirma a importância da Integralidade de Assistência à Saúde.

De acordo com o texto, “a importância do trabalho em equipe é ressaltada, fundamentalmente, pelo princípio da integralidade nos cuidados de saúde, regida pela isonomia, pelo trabalho não hierarquizado, sem nenhuma distinção entre os diferentes profissionais de saúde”.

REFERÊNCIAS

Os links citados abaixo servem apenas como referência. Nos termos da lei brasileira (lei no 9.610/98, art. 8º), não possuem proteção de direitos de autor: As ideias, procedimentos normativos, sistemas, métodos, projetos ou conceitos matemáticos como tais; Os esquemas, planos ou regras para realizar atos mentais, jogos ou negócios; Os formulários em branco para serem preenchidos por qualquer tipo de informação, científica ou não, e suas instruções; Os textos de tratados ou convenções, leis, decretos, regulamentos, decisões judiciais e demais atos oficiais; As informações de uso comum tais como calendários, agendas, cadastros ou legendas; Os nomes e títulos isolados; O aproveitamento industrial ou comercial das ideias contidas nas obras.

Caso não concorde com algum item do material entre em contato com a Domina Concursos para que seja feita uma análise e retificação se necessário

A Domina Concursos não possui vínculo com nenhuma banca de concursos, muito menos garante a vaga ou inscrição do candidato em concurso. O material é apenas um preparatório, é de responsabilidade do candidato estar atento aos prazos dos concursos.

A Domina Concursos reserva-se o direito de efetuar apenas uma devolução parcial do conteúdo, tendo em vista que as apostilas são digitais, isso, [e, não há como efetuar devolução do material.

A Domina Concursos se preocupa com a qualidade do material, por isso todo conteúdo é revisado por profissionais especializados antes de ser publicado.



Prezado cliente,

É com imensa satisfação que expressamos nossa profunda gratidão pela sua escolha em adquirir suas apostilas de estudos conosco. A preferência pelo nosso serviço é motivo de grande alegria e reforça nosso compromisso em fornecer materiais de alta qualidade para contribuir efetivamente em seu caminho educacional.

Aqui na nossa loja, dedicamo-nos diariamente para oferecer produtos que atendam não apenas às suas necessidades de aprendizado, mas que também superem suas expectativas. Cada compra realizada é um voto de confiança em nossa equipe, e estamos comprometidos em corresponder a essa confiança através de excelência em produtos e atendimento.

Saiba que sua decisão de confiar em nós para sua jornada de estudos é valorizada e respeitada. Estamos sempre empenhados em aprimorar nossos serviços para garantir que sua experiência seja positiva e produtiva. Se houver algo específico que possamos fazer para melhor atendê-lo, por favor, não hesite em nos informar.

Agradecemos por fazer parte da nossa comunidade de clientes e por escolher a qualidade e confiabilidade das nossas apostilas. Estamos ansiosos para continuar a servi-lo com dedicação e comprometimento.

Atenciosamente, Domina Concursos.



contato@dominaconcursos.com.br



WhatsApp (48) 9.9695-9070



Rua Aracatuba, nº 45,
Centro, Criciúma/SC - CEP
88810-230