

Implantação e Gestão de uma Unidade de Terapia Intensiva: Relato de Experiência

Implementation and Management of an Intensive Care Unit : Experience Report

Autores

Eloana Ferreira D'Artibale¹
Rosemare Maciel Freiras²
Fernanda Amaral³
Maria Eduarda Pinheiro⁴
Sidnei Barbosa Kuhn⁵

1. Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Professora da Faculdade de Ciências Humanas, Biológicas e da Saúde - Unic- Unidade Primavera e Coordenadora de enfermagem do Inst. Matogrossense de Terapia Intensiva. E-mail: eloana_dartibale@hotmail.com
2. Enfermeira. Coordenadora do curso de pós graduação do Programa de Especialização Profissional em Enfermagem Serviço de Enfermagem do Hospital Santa Rosa E-mail: rsmare@gmail.com
3. Enfermeira. Especialista em Nefrologia. Enfermeira de projetos da Intensivecare. E-mail: projetos.enfermagem@intensivecare.com.br
4. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva pela Sobrati. Especialista em Administração Hospitalar, Saúde Pública, CCIH e UTI e Gerente de enfermagem da I9 Saúde. E-mail: eduarda@intensivecare.com.br
5. Economista. Especialista em gestão em saúde e administração hospitalar. Gerente administrativo do Instituto Matogrossense de Terapia Intensiva. E-mail: sidneikuhn@yahoo.com.br

Correspondência Autor

Rosemare Maciel Freiras
rsmare@gmail.com

Rua Adel Maluf 119,
Cuiabá - MT
CEP 78.040-360

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva são setores de alta complexidade, que prestam atendimento a pacientes críticos, sendo neste local, essencial uma estrutura física, rotinas/protocolos assistenciais e serviços sistematizados pautado em determinações legais. Considerando a complexidade de fatores que envolvem essa área, este estudo tem como objetivo, retratar o processo de implantação e gestão de Unidade de Terapia Intensiva. Deste modo, apresenta-se um relato de experiência de uma Unidade de Terapia Intensiva em seu primeiro ano de funcionamento, período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014. Foram considerados como dados, os eventos ligados direta e indiretamente com o serviço apresentado. As informações foram tratadas por meio do método de Análise de Conteúdo, modalidade temática, tendo como resultado a construção de duas categorias: aspectos organizacionais, estruturais e materiais; recursos humanos e assistências como base para o processo de trabalho; medidas de prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Gerenciamento de Riscos, que mostram as necessidades e forma de organização, com base nos quesitos mínimos para o funcionamento de uma unidade. Diante dos resultados, podemos observar que existem múltiplos sujeitos, instrumentos e normativas, sendo necessária para a manutenção desses, uma gestão focada em um serviço de qualidade e humanizado. Ainda, o estudo nos permite constatar dificuldades como, baixa capacitação de profissionais, logística deficiente e estudos sobre este tema, que devem ser repensados para qualificar pesquisas, estruturas e formações futuras.

Palavras chave: Terapia Intensiva; Enfermagem; Gestão.

INTRODUÇÃO

A construção de redes de atenção à saúde é complexa, envolvem várias questões que perpassam desde o desenho das próprias redes, até os mecanismos de estruturação e gestão da saúde. Isso inclui definição e existência dos equipamentos sociais e serviços de saúde complementares, suas distintas funções, finalidades e modos de funcionamento, meios de articulação e coordenação, dentre outros¹. Em hospitais, a vida dos pacientes depende além de diagnósticos, exames médicos e cuidados de enfermagem, da qualidade e disponibilidade da estrutura física e os recursos materiais, humanos e financeiros, para tanto, se faz necessário analisar de forma detalhada esses aspectos no momento de implantação de serviços hospitalares, em especial de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que demanda de instrumentos e cuidados mais especializados².

As UTIs são áreas críticas que atendem a pacientes com quadro clínico grave, que necessitam de cuidados de profissionais especializados de forma contínua, materiais específicos e tecnologias indispensáveis ao diagnóstico, monitorização e terapia¹.

A UTI é um dos setores de maior complexidade dentro dos hospitais, sendo interligado a várias áreas, atendendo a necessidades do corpo clínico interno e externos, centro cirúrgico, pronto atendimento, setores de internação incluindo maternidades. Diante dessa ampla rede, o mapeamento de processos se torna fundamental na análise de valor gerado ao cliente³.

Para tanto, o sistema de gestão utilizado pela UTI deve ser sistematizado e respeitar questões, como recursos humanos, visão estratégica, qualidade centrada no cliente, foco em resultados, comprometimento da alta administração, visão de futuro, valorização das pessoas, ação pró-ativa e aprendizado contínuo⁴.

Diante das colocações, considerando os diversos fatores que envolvem a implan-

tação de um serviço e a importância de estruturação detalhada e cuidadosa, o estudo em questão tem como objetivo retratar o processo de implantação e gestão de Unidade de Terapia Intensiva visto, a seriedade de se refletir acerca dos inúmeros e complexos fatores que envolvem esse processo em torno de um serviço de alta complexidade, para que a criação e/ou aprimoramento de unidades atendam as determinações éticas e legais com vistas à qualidade do serviço.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do processo de implantação e gestão de uma Unidade de Terapia Intensiva em seu primeiro ano de funcionamento, ou seja, no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014. Visto que, este período, se trata de um momento crítico para a adaptação e implantação do sistema e assistência. Os dados foram provenientes de vivências e de documentos legais que sustentam as colocações elucidadas.

Foram considerados como dados, os eventos ligados direta e indiretamente com o serviço apresentado. As informações foram tratadas por meio do método de Análise de Conteúdo, modalidade temática, que indica o emprego das fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Essa análise classificará as informações em elementos pertencentes a agrupamentos similares, que se reunirão sob um título genérico em função dos temas que os representa. Essas informações serão interpretadas possibilitando inferências, recorrendo a indicadores, quantitativos ou não, de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das informações⁵.

Não foi necessário encaminhamento do trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que, este estudo trata-se de um relato pessoal, que não expõe e compromete de forma ética e legal indivíduos e/ou instituições.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na vivência dos autores e nas determinações legais, são apresentados os requisitos mínimos para o funcionamento de uma UTI em quatro categorias que envolvem o seu processo de implementação e gestão. Essas categorias foram denominadas como: aspectos organizacionais, estruturais e materiais; recursos humanos e assistências como base para o processo de trabalho; medidas de prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Gerenciamento de Riscos, sendo detalhadas a seguir.

Aspectos organizacionais, estruturais e materiais

Considerando a complexidade de assistência em uma UTI, faz-se necessário para criação dessas unidades, a regularização do estabelecimento de saúde junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual. A regularização se dá mediante a liberação do licenciamento pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal¹.

Para tanto, esta autorização foi condicionada a existência de uma estrutura e de materiais mínimos para atender as necessidades de pacientes graves, que ficam sob atenção profissional especializada de forma contínua. Em nossa vivência, este processo se iniciou a nível local, sendo necessário o levantamento da estrutura em acordo com o projeto arquitetônico aprovado pela Vigilância Sanitária Estadual, em conformidade com RDC 50/2002, solicitando junto a está Alvará de Licença Sanitária, e, junto ao município, Alvará de Localização e Funcionamento, e dentro de cada conselho, o registro de responsáveis técnicos pelos serviços. Este, teve uma duração relativa de sete meses para sua liberação desde o início do trabalho, em vista de acordos internos e adequações estruturais e legais. Readequações foram necessárias, buscando atender a todas as exigências do sistema de fiscalização.

Todo o processo buscava atender as exigências em relação a questões estruturais, materiais e profissionais, que são determinados pela RDC/Anvisa

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
2. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(6):68-75.
3. Fernandes H da S, Silva E, Neto AC, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. Rev Soc Bras Clínica Médica. 2011 mar-abr; 9(2):129-137.
4. Knobel E et al. Organização e funcionamento das UTIs. In: Knobel K, (editor). Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1953-1967.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e RDC N° 7, de 24 de Fevereiro de 2010, que trazem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e requisitos mínimos para funcionamento de UTI, respectivamente. Na nossa experiência, o fato da abertura da unidade ser em parceria com uma empresa especializada no gerenciamento de UTI, e de existir uma equipe exclusiva de estruturação de projetos, favoreceu uma avaliação prévia das necessidades de recursos e adequações das instalações e compra de materiais. Esse trabalho conjunto proporciona uma padronização e qualidade, que é aprimorada e adaptada às necessidades do serviço e a cada abertura de uma nova unidade.

Atendendo as exigências legais, com um ano de funcionamento iniciasse o processo para a emissão e renovação anual de Alvará de Licenciamento Sanitário, no órgão de Vigilância Sanitária. Mesmo após o licenciamento para início dos serviços, as atividades exercidas continuam sob regime de Vigilância Sanitária, o que nos leva a mantermos e aprimorarmos o que foi inicialmente proposto. Também, buscando acompanhar as determinações legais, alterações e inovações na área da saúde, os alvarás e responsabilidades técnicas estão sendo renovados.

Ainda, como atividade essencial para a organização do serviço, houve a necessidade da criação de registro das normas do serviço e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos. Para tanto, foram seguidas regras institucionais da empresa, que atendem as determinações de leis e resoluções, sendo as rotinas, após a abertura da unidade, aprimoradas e reescritas para que atendessem as necessidades do serviço local, uma vez que, cada cidade e serviço apresentam organizações peculiares.

Normas e protocolos são as diretrizes de funcionamento em entendimento produção ou operação que podem auxiliar na padronização das ações cotidianas, tendo como consequências, a redução de erros e retrabalho, além de impulsionar a recuperação e a qualidade da assistência⁶.

As normas, desde que não infrinjam questões éticas e legais que venham a comprometer a qualidade da assistência paciente, podem e devem ser adequadas e implementadas mediante a aprovação do responsável técnico e coordenações de cada área da equipe multiprofissional. Também foi envolvida no processo de treinamento da equipe a temática biossegurança para o paciente e colaboradores, procurando proporcionar e manter o respeito à privacidade no cuidado.

Além da estrutura, os recursos materiais foram necessidades básicas para prover cuidado, sendo o maior gasto a princípio com tecnologias duras, que trabalhadas de forma consciente, amplificam a cobertura, atenção e acompanhamento do quadro clínico e tratamento do paciente dentro do cuidado intensivo.

Os materiais, adquiridos passam por uma padronização existente e pelas exigências próprias do serviço, sendo suprimentos necessários e vitais para o funcionamento assim como os equipamentos, que foram adquiridos mediante regularização/registo junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e de acordo com a complexidade do serviço e necessidades da assistência. Buscando manter a qualidade desses materiais, os mesmos passam por avaliações constantes, tendo medidas corretivas quando necessárias, ou preventivas mediante cronograma pré-estabelecido com os serviços especializados. A ciência e tecnologia são atualmente evidenciadas como recursos importantes para a saúde e o tratamento de doenças, por trazer rapidez em diagnósticos e tratamentos, atendendo aos graves problemas estruturais e globais da humanidade, que podem favorecer a melhorias no setor saúde e a construção de uma sociedade mais digna, justa, solidária e sustentável⁷.

Diante dos recursos básicos para abertura de uma unidade, por vezes, nos deparamos com problemas logísticos, pela dificuldade de serviços especializados para atenderem a demanda de recursos materiais e estruturais essen-

ciais ao bom funcionamento da unidade. Essa dificuldade, não nos impede de atender o que é necessário, mas requer o planejamento do tempo e criação de fluxogramas, para que não prejudique o suprimento ou serviços essenciais.

O ato de gerenciar um serviço, além da implementação de normas e rotinas, controle de orçamento e organização de educação continuada, mudanças e persistência às resistências naturais do sistema, demanda de processo decisório compartilhado, orientação da estratégia para o cliente e análise situacional, que irão determinar o processo estratégico de gestão³.

Deste modo, observa-se quão detalhado e trabalhoso é a abertura de uma UTI. Essas medidas são necessárias uma vez que é preocupação do Ministério da Saúde, junto aos órgãos que avaliam o serviço hospitalar de alta complexidade e instituições que disponibilizam esse serviço, prestar cuidados com responsabilidade, qualidade e humanização, visando tratar, recuperar e prevenir danos à saúde do paciente, dos familiares, equipe e sociedade.

Recursos humanos e assistências como base para o processo de trabalho

Para manter e utilizar de forma consciente e adequada os recursos materiais e estruturais, faz-se necessário que haja uma equipe qualificada para gerar uma assistência de qualidade, devendo esta, ser multiprofissional, legalmente habilitada, e dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a necessidade do serviço e legislação vigente.

O recrutamento de pessoal é uma etapa de grande importância de do processo para a prestação do serviço hospitalar de alta complexidade, uma vez que o serviço depende de profissionais com qualificações mínimas para o exercício das atividades. Inicialmente há a necessidade de integração da equipe a forma de desenvolvimento dos serviços de maneira adequada, com treinamentos iniciais, desde como cada equipamento funciona e quais profissionais estão habilitados, até como ocorre cada procedimento.

Assim, atendemos as necessidades mínimas de profissionais na equipe de uma UTI, faz parte dela, médico diarista, médicos intensivistas, médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêutico e auxiliares, auxiliares administrativos, funcionários exclusivos para a higienização. Além de um responsável técnico médico, enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia. A quantidade atende ao mínimo determinado pela RDC 7 e Portaria 3432/98.

Estes profissionais trabalham de forma interligada, aprimorando os conhecimentos específicos e da equipe e comprometidos com uma assistência de qualidade, pautada nas determinações da NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, que favorece segurança do serviço ofertado. Considerando a complexidade do serviço de uma UTI, busca-se profissionais habilitados a prestarem um cuidado especializado, porém a maioria dos candidatos ao cargo disponível, mostraram-se apenas aptos a exercer a função a que se formaram, não apresentando experiência ou cursos específicos na área de cuidados intensivos. Essa falta de profissionais especializados nos remete a refletir sobre essa demanda, nos levando a considerar tal fato, como um meio para gerar maior estímulo nesta área, bem como capacitações contínuas e específicas.

Diante das exigências e necessidade de conhecimentos especializados, é essencial o desenvolvimento de programas de educação continuada, contemplando assuntos que envolvem as normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade, o uso e a inclusão de novas tecnologias, o gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais e prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde^{8,9}.

As atividades de educação permanente são desenvolvidas mensalmente e de

6. Corrêa CSP, Viana CD, Bragas LZT, Trevisan RO, Della-Méafelin V. Auditoria de enfermagem na qualidade da assistência: implantação de protocolos. *Rev Contexto & Saúde*. 2011;10(20): 719-722.

7. Lorenzetti J, Trindade L de L, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: Uma Reflexão Necessária. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-439.

3. Fernandes H da S, Silva E, Neto AC, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev Soc Bras Clínica Médica*. 2011 mar-abr; 9(2):129-137.

8. Barreto BMF, Tavares D do N, Brandão J de L, Gonçalves JCP, Valente GSC, Ferreira F das C. Educação continuada/permanente como estratégia no gerenciamento de enfermagem no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2013; 5(3):85-93.

9. Santos RP dos, Mariano LR, Takahashi L da S, Erdmann M de F. Prevalência De Infecção Hospitalar Em Unidade De Terapia Intensiva - Um Estudo Retrospectivo. *Rev Enfermagem UFSM*. 2014 Abr/Jun;4(2):410-418.

acordo com as necessidades da equipe, uma vez que, o mercado de trabalho nem sempre atende as demandas. Profissionais habilitados a exercer a função que lhe cabem são encontrados, porém na maioria das vezes não detêm experiência ou cursos específicos na área, o que demanda treinamentos específicos.

A educação permanente proporciona a formação e desenvolvimento dos profissionais e das instituições de saúde. A atividade educativa é uma ferramenta essencial do trabalho, quanto maior for o aprimoramento profissional, melhor será a qualificação da equipe para a excelência do cuidado, uma vez que, por meio das ações educativas se gera transformações, ampliação e valorização de conhecimentos coletivos dos sujeitos envolvidos no processo¹⁰.

Toda a equipe envolvida na assistência ao paciente, de forma direta e/ou indireta, busca proporcionar assistência integral e interdisciplinar. Para tanto, as intercorrências, evolução clínica e cuidados prestados são registrados pelos profissionais no prontuário do paciente diariamente, atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

Considerando as determinações legais que envolvem a assistência em saúde, é fundamental preservar a identidade e privacidade do cliente, assegurando um ambiente de respeito, provendo ações de humanização da atenção, ambiente acolhedor, sendo o paciente envolvido no cuidado, quando pertinente, deixando-o sempre a par de sua condição. Além do cuidado ao cliente, é importante o repasse de orientações aos familiares, quando couber, em linguagem acessível, sobre a condição clínica e a assistência que tem início na admissão e segue até a alta, proporcionando assim a participação da família no cuidado ao paciente, quando necessário¹¹.

A construção e qualificação da equipe para atendimento das necessidades de atenção a um paciente crítico, bem como a manejo dos aparatos tecnológicos que servem como suporte para o tratamento do paciente, são essenciais para o adequado funcionamento do setor. Lembrando, que além dos profissionais ligados diretamente a assistência, a gerência e setor administrativo devem estar a par, e manter parceria com as ações da equipe assistencial, o que acontece desde a implantação da unidade tratada, e vem favorecendo a resolução de problemas e inovação de ideias para atender as necessidades emergentes.

O trabalho da equipe, construído por meio da parceria estabelecida entre profissionais, gestores e usuários, favorece que o hospital e as práticas ali desenvolvidas se materializem, sendo que o diferencial da assistência se dá pelos valores incorporados e compartilhados pelas pessoas envolvidas no cuidado, não apenas pela infraestrutura existente. Sendo assim, extremamente importante o trabalho em equipe¹².

Medidas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Gerenciamento de Riscos

Os eventos adversos devem ser evitados, com o objetivo de reduzir danos ao paciente e a equipe, sendo estes, descritos como situações que ocorrem de forma inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, não tendo necessariamente relação causal com a intervenção^{1,13}.

Diante da gravidade desses eventos adversos, e na vigência dos mesmos, ocorre a investigação, notificação do caso e orientações do principal envolvido e da equipe, com o intuito de minimizar danos e prevenir situações similares futuramente. A detecção e notificação dos eventos adversos cabem a todos os membros da equipe, porém a situação é repassada a coordenação, para que cuidados imediatos sejam instaurados, quando cabível.

Como normativa do Ministério da Saúde, na vigência ou não de complicações relacionada à situação, é realizada a notificação dos eventos, para que diante de indicadores, possamos visualizar quais os principais problemas, e então

criar um plano de correção condizente com as necessidades. Diante disto, equipe é orientada em relação a importância da notificação, todavia, ainda observa-se a existência da subnotificação.

As notificações são importantes para a identificação de incidentes em saúde, sendo um método de baixo custo, que é realizado por parte dos profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores. Essa prática envolve uma política de melhoria contínua centrada no paciente além da favorecer para programas de segurança do paciente, ainda mais, quando estas notificações se dão por sistemas informatizados¹⁵.

Além do assunto tratado, a preocupação com o controle das infecções relacionadas à assistência em saúde é evidenciada, uma vez que, pode gerar dano à saúde do paciente, bem como ao serviço. Para tanto, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, foi instituída e atua realizando busca ativa das infecções e aplicando medidas de prevenção, como higienização das mãos, precauções, de acordo com os meios de transmissão, uso de equipamentos de proteção individual, dentre outras abordagens que perpassam o mesmo assunto.

A Comissão de Controle de Infecções Hospitalares é um grupo de profissionais da saúde, de nível superior, que estabelecem, implementam e fiscalizam um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, buscando minimizar a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Para andamento dos serviços de saúde, ainda mais em um espaço que contém pacientes críticos com inúmeros procedimentos, por vezes, invasivos, deve-se ter um cuidado redobrado em relação a medidas de controle de infecção¹⁵. Como determinado legalmente, a comissão apresenta membros consultores e executores, que trabalham em parceria para prevenir e reduzir infecções. Reuniões mensais são realizadas para discussão dos casos de infecção e problemas emergentes e potenciais.

O controle das infecções hospitalares demanda esforço de toda a equipe, tendo um trabalho multiprofissional persistente e continuado, não sem uma tarefa simples, porém extremamente importante, uma vez que, a redução das taxas de infecção pode levar a uma diminuição de problemas econômicos, do tempo de internação dos pacientes, além de gerar maior rotatividade dos leitos e conseqüentemente, maior disponibilidade de vagas nas UTIs¹⁶.

Buscando atender os pacientes da forma mais adequada e humanizada, o serviço, preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração das equipes, serviços e setores, desta forma, as medidas inicialmente implementadas, se constituem nos passos iniciais para se pensar na acreditação do serviço, uma vez que, este pode melhorar a segurança, mudar o pensamento dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, melhorar a comunicação e a documentação interna e externa e promover a atualização contínua.

Com a acreditação da instituição e certificações, como da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, qualifica-se os processos assistenciais, normas e rotinas, descrição de processos, guias e manuais, gerando desta forma, a padronização da assistência e melhoria contínua da qualidade¹⁷.

CONSIDERAÇÃO

Diante do relato, observa-se que a implementação de uma UTI envolve múltiplos sujeitos, instrumentos e normativas, sendo necessária para a manutenção desses requisitos, uma gestão focada em um serviço de qualidade e humanizado. Esse cuidado deve ser no processo de implantação de estruturas e rotinas e na aquisição de materiais e profissionais.

Na vigência da dificuldade de profissionais ou serviços especializados, sugere-se que seja intensificada a educação continuada, com o objetivo de qualificar a equipe e que seja criado fluxogramas que organizem as necessidades e prazos ofertados pelos serviços terceirizados, para que não venha a ocorrer a falta de materiais e assistência.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
10. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):557-561.
11. Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Rev Enfermagem UFSM. 2011 Jan/Abr;1(1):124-132.
12. Duarte ED, Ditz E de S, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. Rev Eletr. Enfermagem. 2012 jan/mar;14(1):86-94.
13. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010; Vol Temaf(10):74-80.

15. Brasil - Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 mai 1998.
16. Nangino G de O, Oliveira CD de, Correia PC, Machado N de M, Dias ATB. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev. bras. ter. intensiva. 2012;24(4): 357-361.
17. Emídio, L. de F, Alonso LBN, Ferneda E, Hedler HVC. Acreditação Hospitalar: Estudo de Casos no Brasil. Perspectivas em Gestão & Conhecimento. 2013 3(1):98-113.

Visto que, se observa a necessidade de implantação de mais serviços de alta complexidade no Brasil, devido a alteração do perfil demográfico e epidemiológico, este estudo nos instiga a pensar estratégias que solidifique e estimule iniciativas para qualificar e expandir ações ligadas direta e indiretamente à terapia intensiva. Uma dificuldade percebida para a realização deste trabalho, trata-se de haver poucos estudos relacionados à temática. Porém, considerando a necessidade de expansão desse tipo de serviço atualmente, o compartilhamento de experiências é essencial para qualificar o cuidado e gestão que são instituídos nas novas unidades.

ABSTRACT

The intensive care units are highly complex sectors, which provide care to critical patients, in this place, essentially a physical structure, routines/care protocols and systematic services guided by legal requirements. Considering the complexity of factors involved in this area, this study aims to portray the process of implementation and ICU management. Thus, we present an experience report of an Intensive Care Unit in its first year of operation, from January 2014 to December 2014 were considered as data, events connected directly and indirectly with the service offered. The information has been processed through the content analysis method, thematic, resulting in the construction of two categories: organizational, structural and materials; human resources and assists as a basis for the work process; prevention measures and Infection Control Related to Health Care and Risk Management, which show the needs and type of organization, based on the minimum requisites for the operation of a unit. With the results, we can see that there are multiple subjects, instruments and regulations, being necessary to the maintenance of a management focused on a quality and humanized service. Still, the study allows the detection of difficulties as in, low-skilled workers, poor logistics and studies on this subject, which should be rethought to qualify research, structures and future formations.

Keyword: Intensive Care; Nursing; Management.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
2. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(6):68-75.
3. Fernandes H da S, Silva E, Neto AC, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. Rev Soc Bras Clínica Médica. 2011 mar-abr; 9(2):129-137.
4. Knobel E et al. Organização e funcionamento das UTIs. In: Knobel K, (editor). Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1953-1967.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
6. Corrêa CSP, Viana CD, Bragas LZT, Trevisan RO, Della-Méafelin V. Auditoria de enfermagem na qualidade da assistência: implantação de protocolos. Rev Contexto & Saúde. 2011;10(20): 719-722.
7. Lorenzetti J, Trindade L de L, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: Uma Reflexão Necessária. Texto & Contexto - Enfermagem. 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-439.
8. Barreto BMF, Tavares D do N, Brandão J de L, Gonçalves JCP, Valente GSC, Ferreira F das C. Educação continuada/permanente como estratégia no gerenciamento de enfermagem no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2013; 5(3):85-93.

9. Santos RP dos, Mariano LR, Takahashi L da S, Erdmann M de F. Prevalência De Infecção Hospitalar Em Unidade De Terapia Intensiva - Um Estudo Retrospectivo. Rev Enfermagem UFSM. 2014 Abr/Jun;4(2):410-418.
10. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):557-561.
11. Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Rev Enfermagem UFSM. 2011 Jan/Abr;1(1):124-132.
12. Duarte ED, Dittz E de S, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. Rev Eletr. Enfermagem. 2012 jan/mar;14(1):86-94.
13. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010; Vol Temat(10):74-80.
14. Capucho HC, Cassiani SH de B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev Saúde Pública, 2013;47(4):791-798.
15. Brasil - Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 mai 1998.
16. Nangino G de O, Oliveira CD de, Correia PC, Machado N de M, Dias ATB. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev. bras. ter. intensiva. 2012;24(4): 357-361.
17. Emídio, L de F, Alonso LBN, Ferneda E, Hedler HVC. Acreditação Hospitalar: Estudo de Casos no Brasil. Perspectivas em Gestão & Conhecimento. 2013 3(1):98-113.

ALERGIAS, HIPERSENSIBILIDADE E AUTOIMUNIDADE RELACIONADOS A MEDICAMENTOS – REVISÃO DE LITERATURA

Allergy, Hypersensitivity and Autoimmunity Related to Prescription Drugs – Literature Review

Autores

Nathalia Palaro Albano Bezerra¹; Tayla Dalla Libera¹; Luciana Marques da Silva²; Rosa Maria Elias²; Selma Maia Batista².

1. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG;
2. Docente do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

Correspondência Autor

Rosa Maria Elias.
Rua Adel Maluf 119,
Cuiabá - MT

RESUMO

O sistema imunológico tem em seus objetos de estudos as alergias, as hipersensibilidades e as doenças autoimunes, sendo que todas essas podem estar relacionadas ao uso de medicamentos, causando tanto reações a longo prazo quanto momentâneas.

Palavras-Chave: alergia, hipersensibilidade, autoimunidade, medicamentos.

INTRODUÇÃO

O termo alergia descreve alterações de um indivíduo saudável, com o desencadeamento de um processo imunológico causado por um alérgeno. Normalmente, as doenças alérgicas são causadas por uma resposta exacerbada do sistema imune mediado por IgE (Imunoglobulina E), ou seja, devido ao mecanismo da hipersensibilidade tipo I¹

Os sintomas da alergia como vasodilatação, contrações involuntárias do músculo liso, hipersecreção glandular, aumento da permeabilidade capilar, infiltração dos tecidos por eosinófilos e outras células inflamatórias são desencadeados pela exposição do indivíduo ao antígeno. Este se une ao IgE de células sensibilizadas, conduzindo ao mecanismo de desgranulação celular, que resulta na liberação de mediadores inflamatórios e vasoativos como histaminas².

Constatou-se que houve um aumento de doenças alérgicas nos últimos tempos, devido à predisposição familiar, fatores ambientais, além de medicamentos. Em relação à população ocidental, há uma estimativa que 20% desta sofre com alguma forma de alergia³.

Em doenças autoimunes o sistema imunológico perde a capacidade de distinguir o que é próprio do que não é e essa capacidade que ele possui é denominada autotolerância, a qual é mantida pelas células imunocompetentes B e T, capazes de produzir resposta imunitária específica. Isto pode ser causado por fatores intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos vêm do próprio indivíduo e estão associados a polimorfismos de moléculas de histocompatibilidade, componentes de imunidade inata e adquirida, que são controlados por fatores genéticos. Já os fatores extrínsecos vem do ambiente no qual o indivíduo está inserido, sendo alguns deles: infecções por bactérias ou vírus e exposição a agentes químicos ou físicos⁴.

Infelizmente, muitas das reações alérgicas, de hipersensibilidade e de autoimunidade se dão devido a medicamentos. Dentre as reações medicamentosas, as que envolvem a hipersensibilidade representam 25 a 30%, sendo a pele o órgão mais atingido na maior parcela dos casos, com o aparecimento de erupções e urticárias⁵.

Devido ao fato do constante surgimento de novos medicamentos e as frequentes reações provocadas por estes é que se dá a necessidade de frequentes atualizações sobre os estudos destes casos.

O objetivo deste artigo é realizar uma revisão bibliográfica das principais causas de alergias, hipersensibilidade e autoimunidade ocasionadas por utilização de medicamentos. Além disso, demonstrar como essas ocorrências se apresentarão no organismo.

Métodos

Para a presente pesquisa foram utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico e NCBI Pubmed. A procura dos artigos foi limitada entre os anos de 2009 a 2014, usando-se como palavras-chave: alergia (allergy), hipersensibilidade (hypersensitivity), autoimunidade (autoim-