



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



NÁDIA DA CUNHA FERNANDES

***Melhoria do Cuidado ao Paciente
Queimado: Orientações para a
Elaboração de um Instrumento de
Avaliação.***

***Orientadora: Prof^ª. Maria Luiza
Garcia Rosa***

*Dissertação apresentada
como requisito parcial para a
obtenção de título de Mestre em
Gestão de Sistemas e Serviços da
Saúde, do Programa de Mestrado
Profissional da Escola Nacional de
Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz/MS.*

Julho/2004

NÁDIA DA CUNHA FERNANDES

**Melhoria do Cuidado ao Paciente Queimado:
Orientações para a Elaboração de um
Instrumento de Avaliação.**

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, em de de 2004, pela
seguinte banca examinadora:

Prof^a. Maria Luiza Garcia Rosa

Prof^a. Marina Noronha

Prof^o. Roberto Parada

Dedico este trabalho a todos os pacientes que sofreram queimaduras, na esperança de que os mesmos sejam tratados de uma forma mais digna, humana e especializada, na tentativa de oferecer um melhor tratamento e minimizar a sua dor.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por ter me dado coragem, resistência e perseverança para enfrentar as dificuldades, que não foram poucas;
- À minha família, com quem compartilhei momentos de angústia;
- À minha mãe Elizete, o meu pai Ernesto e minha avó Isabel, que sempre me apoiaram para a realização deste projeto;
- À minha tia Marisbela Cunha e o meu primo Márcio Fernandes, pela ajuda dispensada;
- À minha orientadora, Maria Luiza Garcia, pela prontidão com que aceitou orientar-me, por sua sinceridade e calma ao conduzir o processo de orientação;
- Aos consultores, Dr. Carlos Alberto Mattar, Enfermeira Maria Aparecida Menezes e em especial, ao Dr. Paulo Cezar Almeida, pela valiosa, indispensável e voluntária colaboração;
- À Dra. Gilka Barbosa Nery, Dra. Maria Cristina Serra e Dr. Edmar Maciel (Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras) pela colaboração;
- Ao meu chefe, Dr. Carlos Armando Lopes do Nascimento, pela boa vontade e compreensão com que sempre me atendeu;
- Aos professores da ENSP/FIOCRUZ, pelo conhecimento transmitido;
- Às minhas amigas, e em especial, Vânia Lúcia Estrela, Graziela Ansiliero, Marcela Amaral e Cláudia Rocha, pela colaboração, apoio moral e incentivo dado;
- Aos pacientes queimados, pois sem eles esse estudo não tinha razão de acontecer;
- A todas as pessoas, que de uma forma ou de outra, ajudaram ou torceram para que este objetivo fosse alcançado.

"Superar o fácil não tem mérito, é obrigação;
vencer o difícil é glorificante; ultrapassar o
outrora impossível é esplendoroso."

Alexandre Fonteles

RESUMO

Este estudo possui o propósito de orientar a elaboração de um instrumento de avaliação para contribuir com a melhoria do cuidado ao paciente queimado. Atualmente, os pacientes queimados são atendidos, em sua maioria, por hospitais gerais, por profissionais não especializados nessa patologia, devido aos poucos Centros de Referência em Assistência a Queimados distribuídos pelo país. Os instrumentos de avaliação existentes são mais voltados para a estrutura de uma unidade de queimados e não dão ênfase aos processos de cuidado. Dessa forma, buscou-se adaptar os aspectos gerais dos padrões contidos do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Sistemas e Serviços de Saúde e Joint Commission International à abordagem do paciente queimado. Para tanto, foram utilizados protocolos vigentes no Brasil e nos Estados Unidos, que são os parâmetros existentes, para nortear o atendimento de pacientes queimados.

O trabalho foi desenvolvido em 3 momentos:

1. realização, pela autora, de cruzamento dos padrões referentes a processos de cuidado com os protocolos (Brasil e Estados Unidos);
2. avaliação dos consultores quanto à importância de se incluir, nas orientações para a elaboração do instrumento de avaliação, aspectos do tratamento de pacientes queimados, que tradicionalmente não são abordados pelos protocolos e que compõem os padrões de acreditação, bem como acrescentar outras considerações sobre os padrões atendidos ou parcialmente atendidos pelos protocolos;
3. síntese do material pela autora.

Como resultado final deste estudo, pretende-se favorecer a melhora da qualidade do cuidado prestado ao paciente queimado, a partir de orientações para a elaboração de Instrumento de Avaliação, que tanto beneficiará o Ministério da Saúde, na avaliação de sua Rede Estadual de Assistência aos Pacientes Queimados, quanto os hospitais, como guia para os profissionais que atuam nessa área.

Palavras-chave: Queimados, Tratamento de pacientes queimados, Acreditação, Padrões, Instrumento de Avaliação.

ABSTRACT

This study has the purpose to direct the elaboration of an evaluation tool to contribute for the improvement of the burn patients' health care. Nowadays, the majority of burn patients are treated by general hospitals and by non-specialized professionals in this pathology due to the few Burned People Assistance Reference Centers across the country. The actual evaluation tools are turned to the structure of a Unit of burn patients and they don't give emphasis to the care processes. In this way, its attempts to adapt the general aspects of the standards of the International Accreditation Standards for Hospitals adopted by the Brazilian Consortium on Accreditation of Health Systems and Services (Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – CBA) and by the Joint Commission International, from the perspective of the health care process. For this purpose, it has been used effective protocols in Brazil and in the United States, which are the existing parameters to direct the service of the burn patients assessment systematics in those countries.

This study was developed in three different moments:

- 1- realization, by the author, of crossing standards relating to care procedures with the protocols (Brazil and United States).
- 2- consultants evaluation about the importance of including, in the orientations for the evaluation tool elaboration, the burn patients treatment aspects, which are traditionally not taken into account by the protocols and that are included in the accreditation standards, as well as includes additional comments about the procedures covered or partially covered by the protocols.
- 3- summary of the material by the author.

As a final result of this study, it intends to give support to the improvement in the quality of the burn patients health care, with the direction for the formulation of an Evaluation Tool, which will benefit in a great extent the Health Ministry, in the formulation of its State Network for Burn Patients Assistance (Rede Estadual de Assistência aos Pacientes Queimados), as well as individual hospitals and other health care facilities, acting as a guideline for professionals who work in the field.

Keywords: Burn people, Burn patients treatment, Accreditation, Standards, Evaluation Tool.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de Padrão e Questionário.....	40
Quadro 2 – Síntese da comparação entre os protocolos de cuidado ao paciente queimado e a satisfação dos aspectos abordados pelos padrões internacionais de acreditação relativos ao processo de cuidado ao paciente.....	45
Quadro 3 – Apreciação dos especialistas quanto à pertinência, importância e elaboração de texto para complementar o instrumento de avaliação dos cuidados aos pacientes queimados.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	American Burn Association
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
JCAHO	Joint Commission Accreditation Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
ONA	Organização Nacional de Acreditação
SBQ	Sociedade Brasileira de Queimaduras
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1.1- QUEIMADURAS	12
1.1.1 - <i>Conceito e Classificação das Queimaduras.....</i>	12
1.1.2 - <i>Tratamento das Queimaduras.....</i>	14
1.1.3 - <i>Estado Psicológico do Paciente Queimado</i>	15
1.1.4 - <i>Tratamento Emergencial em Hospitais Gerais</i>	16
1.1.5 - <i>Tratamento em Centros de Referência.....</i>	18
1.1.6 - <i>Infecções em Pacientes Queimados.....</i>	19
1.1.7 - <i>Tempo de tratamento, Pós-Alta e Continuidade do Cuidado</i>	20
1.1.8 - <i>Recursos Humanos, Físicos e Materiais.....</i>	20
1.2- A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ÁREA DE QUEIMADOS.....	22
1.3 - ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	25
1.3.1- <i>Conceito e Objetivos da Acreditação.....</i>	25
1.3.2 - <i>Padrões</i>	25
1.3.3 - <i>Histórico da Acreditação Internacional.....</i>	27
1.3.3.1 – <i>Histórico da Acreditação Internacional no Brasil</i>	30
1.4- <i>PROBLEMAS E QUESTÕES DO ESTUDO.....</i>	34
2- OBJETIVOS.....	35
2.1- OBJETIVO GERAL:.....	35
2.2- OBJETIVO ESPECÍFICO:.....	35
3 - JUSTIFICATIVA.....	36
4- MÉTODO.....	37
5-RESULTADOS.....	43
5.1- CRUZAMENTO DOS PROTOCOLOS E PADRÕES.....	43
5.2- SÍNTESE DOS PROTOCOLOS QUANTO À SATISFAÇÃO DOS PADRÕES.....	50
5.3 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS CONSULTORES.....	107
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7- REFERÊNCIAS:.....	113

ANEXO A: CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS POR ESTADO.....	116
--	------------

ANEXO B: LISTA DE PADRÕES DO MANUAL INTERNACIONAL DO CBA/JCI UTILIZADA NESSE ESTUDO.....	118
---	------------

INTRODUÇÃO

1.1- QUEIMADURAS

1.1.1 - Conceito e Classificação das Queimaduras

Segundo Júnior (1990),

[...] as queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos produzidos por trauma de origem térmica. A injúria determinada por este trauma assume proporções variáveis, que depende do tempo de exposição, do percentual da área queimada e do agente causador. O que vai influenciar na gravidade do ferimento é a profundidade da queimadura, ou seja, o número de camadas epidérmicas que foram destruídas.

Já para Artz & Pruitt (1980),

a queimadura é uma lesão causada por agentes térmicos, não térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que atuando nos tecidos de revestimento do corpo humano podem destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, ou atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos.

As queimaduras podem ser classificadas quanto à profundidade, extensão e agente causador.

Classificação segundo a profundidade ou grau da lesão (NERY et al., 1998):

- 1º Grau: são consideradas queimaduras de 1º grau, aquelas queimaduras superficiais que atingem apenas a epiderme. São caracterizadas por eritema, edema e dor acentuada que é causada pela vasodilatação capilar e irritação das terminações nervosas.
- 2º grau: são consideradas queimaduras de 2º grau, aquelas queimaduras que conseguem atingir toda a epiderme e parte da derme. São caracterizadas por flictenas, eritema e dor acentuada.
- 3º grau: são consideradas queimaduras de 3º grau, aquelas queimaduras mais profundas e que se apresentam em estados mais graves. Elas destroem todas as camadas da pele, podendo, inclusive, atingir o tecido celular subcutâneo, músculos e ossos. A superfície pode ser esbranquiçada e flexível ou apresentar-se carbonizada e preta. As áreas mais afetadas apresentam-se

anestesiadas. Geralmente o tratamento evolui para enxertia de pele para o seu fechamento.

Classificação segundo extensão:

As queimaduras são classificadas em pequeno, médio e grande queimado.

A seguir, conceito das mesmas, segundo Piccolo et al. (2003) - Projeto Diretrizes sobre queimados da Associação Médica Brasileira em conjunto com o Conselho Federal de Medicina.

- Pequeno queimado:

- queimaduras de primeiro grau em qualquer extensão e queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 5% em crianças menores de 12 anos e 10% em maiores de 12 anos.

- Médio queimado:

- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 5% a 15% em menores de 12 anos e 10% a 20% em maiores de 12 anos;

- queimaduras de terceiro grau com até 10% da área corporal atingida em adultos, quando não envolver face ou mão ou períneo ou pé, e menor que 5% nos menores de 12 anos;

- Qualquer queimadura de segundo grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila.

- Grande Queimado:

- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 15% em menores de 12 anos ou maior de 20% em maiores de 12 anos;

- queimaduras de terceiro grau com mais de 10% da área corporal atingida no adulto e maior que 5% nos menores de 12 anos.

- queimadura de períneo, corrente elétrica, mão ou pé ou face ou pescoço ou axila que tenha terceiro grau.

- também é considerado grande queimado pacientes vítimas de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, choque de qualquer origem, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, diabetes, distúrbios da coagulação hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos

graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental, doenças consuptivas ou qualquer outra afecção que possa ser fator de complicação à queimadura.

Classificação segundo agente causador (tipos) de queimaduras (COSTA, 2003):

- Físicos:
 - Temperatura: vapor, objetos aquecidos, água quente, chama, dentre outros;
 - Eletricidade: corrente elétrica, raio, etc;
 - Radiação: sol, aparelhos de raio-x, raios ultravioletas, nucleares, etc.
- Químicos:
 - produtos químicos: ácidos, bases, álcool, gasolina, etc.
- Biológicos:
 - Animais: lagarta-de-fogo, água-viva, caravela, etc;
 - Vegetais: látex de certas plantas, urtiga.

Segundo Russo (1967), a gravidade de uma queimadura depende da extensão, profundidade e localização das lesões, e da idade e condições gerais dos doentes. A extensão interfere principalmente no prognóstico quanto à mortalidade, a profundidade e localização, no prognóstico quanto à morbidade, ou seja, necessidade de internação, duração do tratamento e formação de seqüelas.

1.1.2 - Tratamento das Queimaduras

Atualmente um conjunto de procedimentos (métodos) são aplicados no tratamento das queimaduras, que dependerá da classificação deste paciente quanto à idade, agente causador, extensão, profundidade, localização da lesão, período evolutivo, condições gerais do doente, bem como as complicações infecciosas.

Existe um conjunto de medidas que podem ser consideradas como parâmetro no tratamento da maioria das queimaduras. Elas variam fundamentalmente conforme o período evolutivo da afecção. Dessa forma, segundo Russo (1976) pode-se dividir o tratamento das queimaduras em:

- Tratamento imediato, que visa a fase inicial ou de queimaduras;
- Tratamento tardio, que visa a fase tardia ou de recuperação.

No tratamento imediato das queimaduras é necessário que ele seja orientado como um todo, atendendo à correção das alterações locais e gerais manifestadas no paciente queimado, bem como a prevenção destas mesmas alterações.

Certas alterações devem ter prioridade de tratamento, em razão do risco de vida imediato que elas condicionam. Todavia, deve-se ter sempre em mente a grande interdependência das alterações apresentadas pelo queimado, de forma que o atendimento de qualquer uma delas resulte sempre em benefício das demais (RUSSO, 1976).

É comum frente a um grande queimado, procurar corrigir de início as alterações gerais, mormente o estado de choque, relegando a plano secundário os cuidados locais (RUSSO, 1976).

Contudo, se esses cuidados locais forem aplicados concomitantemente com a terapêutica de correção do estado de choque, os benefícios para o doente serão maiores, pois são as manifestações do local queimado as diretamente responsáveis pelo desarranjo da dinâmica circulatória, que caracteriza o estado de choque (RUSSO, 1976).

A formulação de um plano de controle inicial para todos os tipos de queimaduras deve ser visto pela ótica de: estrutura e funções fisiológicas da pele, definições relacionadas à extensão e profundidade das queimaduras, classificação das queimaduras, avaliação inicial e procedimentos de estabilização.

Segundo a SBQ (2003), o resultado do atendimento adequado está relacionado à:

- Estabilização adequada;
- Ressuscitação eficiente;
- Tratamento adequado da lesão.

1.1.3 - Estado Psicológico do Paciente Queimado

Durante o tratamento do paciente queimado também tem que se levar em conta os fatores psicológicos, uma vez que a agressão à pele leva o indivíduo a experimentar dor psíquica e mental. A sua auto-imagem é lesada, de forma brusca e a turbulência emocional não pode ser evitada, principalmente quando a queimadura atinge regiões que comprometem a estética e a função mecânica (PAIVA, 1997).

É importante destacar que o paciente ao ter consciência de sua situação e perceber que não mais será auto-suficiente como antes, sente-se ameaçado, deprimido, ansioso e temeroso com o futuro (PAIVA, 1997).

O paciente emocionalmente maduro é capaz de aceitar de forma consciente sua enfermidade e até mesmo a morte. Daí a importância de se ter um psicólogo para ajudá-lo a enfrentar essa nova situação em sua vida, uma vez que a atitude do paciente influencia no tratamento, podendo até dificultar o processo de cicatrização das feridas (PAIVA, 1997).

Os apoios sociais, como o contato com os familiares e amigos, são significativos, oferecendo uma assistência emocional ao paciente (PAIVA, 1997).

1.1.4 - Tratamento Emergencial em Hospitais Gerais

Em razão da queimadura ser um processo dinâmico, o médico que faz o primeiro atendimento, tem em suas mãos a possibilidade de modificar a evolução final da lesão se agir com rapidez, precisão e bom senso (JUNIOR et al., 2002).

O princípio básico do atendimento é começar imediatamente pelo tratamento das condições que colocam a vida do paciente em risco, para em seguida obter uma completa avaliação da área queimada. O sucesso deste atendimento dependerá da abordagem sistemática realizada por uma equipe, atuando simultaneamente e coordenadamente (JUNIOR et al., 2002).

O Tratamento inicial no pronto socorro, segundo Artz, (1980), segue os seguintes requisitos:

- Garantir uma via respiratória livre;
- Verificar os sinais vitais;
- Remover a roupa do paciente para estimar a extensão da queimadura;
- Obter um acesso venoso profundo;
- Iniciar a hidratação endovenosa com Ringer Lactato;
- Introduzir uma sonda nasogástrica (para queimaduras de mais de 25%);
- Sedar com medicação adequada;
- Imunizar contra tétano;
- Cobrir com lençol limpo;
- Internar ou transferir o paciente queimado para a unidade de tratamento de queimados.

Se for um pequeno queimado o tratamento é feito no próprio ambulatório, não havendo necessidade de internação do paciente nem de transferência para Centros de Referência. Os Centros de Referência e Hospitais Gerais estão aptos a atender esses

pacientes, sendo os procedimentos mais realizados, o debridamento da queimadura sem anestesia e com anestesia e curativos (PICCOLO et al., 2003).

Cada hospital (geral / referência) tem seus protocolos clínicos, porém existem alguns critérios para internação que são padronizados (SBQ, 2003):

- Adultos com queimaduras de espessura parcial (2º grau) afetando mais de 15% da superfície corporal total;
- Crianças com queimaduras de espessura parcial (2º grau) com mais de 10% da superfície corporal total;
- Adultos ou crianças com queimaduras de espessura total (3º grau) mais de 2% da superfície corporal total;
- Inalação de fumaça, com ou sem queimaduras cutâneas;
- Queimadura da face, de ambas as mãos, do períneo ou de ambos os pés;
- Queimadura elétrica de qualquer tamanho;
- Queimaduras associadas com politraumatismo ou com patologia clínica.

Ressalte-se que nas primeiras 24 horas o atendimento ao paciente queimado por profissionais com experiência é essencial para evitar que esse paciente tenha complicações renais aguda, choque hipovolêmico e infecções generalizadas (RUSSO, 1967).

Com relação ao choque hipovolêmico, os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente queimado têm uma preocupação, considerável, com o “Burn Shock”, que ocorre em decorrência de violenta variação dinâmica circulatória, pois com o aumento da permeabilidade capilar (edema) grandes quantidades de líquido irão inundar o espaço intersticial das áreas afetadas.

O choque consiste no mau funcionamento do sistema nervoso central e de vários outros órgãos afetados pela falta de líquido circulante. O cérebro e o coração passam a receber uma quantidade insuficiente de oxigênio. Em seus estágios iniciais a vítima empalidece, transpira, boceja e geme muito (RODRIGUEZ, 1995). A possibilidade de ocorrer choque é muito grande quando a área do corpo afetada por queimaduras é superior a 9% do total (RODRIGUEZ, 1995).

Um paciente grande queimado necessita realizar uma reposição volêmica, se essa reposição for mal conduzida pode levar à conversão de uma queimadura de espessura parcial a total, aumentando ainda mais a morbidade do acidente e se for conduzida de forma exagerada com líquidos inadequados acentua e acelera a formação de edema generalizado e

induz à ocorrência da Síndrome da Angústia Respiratória (MELLO; SILVA; MOLON, 1997).

1.1.5 - Tratamento em Centros de Referência

Se o paciente chegou vindo referenciado de um hospital geral, o médico que o receber precisa estar ciente dos procedimentos que foram dados a ele no hospital geral, onde teve o primeiro atendimento.

Se o paciente deu entrada no próprio Centro de Referência, seguem-se os cuidados iniciais citados na parte de cuidados emergenciais, no que diz respeito: o paciente médio queimado e principalmente o grande queimado deve obedecer as mesmas diretrizes do atendimento ao politraumatizado de maneira geral, preconizado pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support, do Colégio Americano de Cirurgiões). Tal sistematização de atendimento permite reduzir a morbimortalidade associada à evolução da queimadura. E depois parte-se para o exame secundário (NERY et al., 1998).

Alguns procedimentos realizados em pacientes queimados:

- Debridamento:

No primeiro atendimento, ainda na sala de admissão do paciente, sob analgesia com morfina nas doses habituais, a pele queimada e as bolhas são retiradas com técnica asséptica, porque é provado que o exsudato inflamatório contido no interior das bolhas, quando mantido em contato com a área queimada, provoca o aprofundamento da lesão (NERY et al., 1998).

- Curativos:

Os curativos podem ser feitos em nível ambulatorial ou hospitalar. No ambulatório são feitos em pequenas e médias queimaduras ou ainda na fase de resolução da cura do paciente após a alta. Da mesma forma são feitos os curativos durante a internação hospitalar.

Ressalte-se que a troca do curativo do paciente exige técnica estéril e pode ser realizada no leito do paciente, na sala de curativos, na sala de balneoterapia ou no centro cirúrgico, dependendo da disposição arquitetônica ou da experiência de cada serviço. Pode ser realizada sob o efeito de analgesia, sedação ou anestesia (PICCOLO et al., 2003).

- Balneoterapia:

Consiste em um curativo com lavagem da ferida, em um ambiente próprio, com o paciente sob o efeito de sedação venosa ou anestesia. O paciente é colocado em uma mesa própria, recoberta por isolamento estéril, na qual a ferida é banhada copiosamente com os produtos indicados, obtendo-se a limpeza da mesma. Após a limpeza faz-se o curativo (PICCOLO et al., 2003).

- Analgesia e Sedação:

É feita normalmente no médio e grande queimado no atendimento de urgência, pós-operatórios ou eventualmente até a restauração das queimaduras de 2º grau.

- Enxerto:

Após o paciente sair do quadro agudo de queimadura, no segundo momento pode-se pensar em outros tratamentos, como o enxerto de pele.

O enxerto de pele é realizado dependendo de três fatores fundamentais:

- Profundidade
- Extensão
- Localização das Lesões.

O enxerto deve ser realizado para se obter o fechamento da ferida de 3º grau. Pode ser realizado imediatamente após a excisão, ou mais tardiamente, em feridas que evoluíram com o tecido de granulação (PICCOLO et al., 2003).

1.1.6 - Infecções em Pacientes Queimados

Quanto a infecções nos pacientes queimados, percebe-se que as mesmas ocorrem mais freqüentemente no paciente com mais de 30% da superfície corporal total queimada. Dessa forma, torna-se necessário que o paciente seja examinado por inteiro diariamente, na busca de uma possível infecção (RUSSO, 1967). A destruição extensa e profunda dos revestimentos da pele favorece a contaminação por germes vindos do ambiente (PAIVA, 1997).

Os sinais mais comuns que indicam a presença de infecções são a conversão da queimadura fina para espessa com necrose e a aparência de áreas focais negras ou hemorrágicas escuras. Qualquer alteração no aspecto da lesão pode sugerir que haja infecção. Deve-se lembrar que pequenos traumas locais podem provocar pequenas hemorragias locais. Por esses pacientes estarem com as camadas subepiteliais expostas, há uma maior predisposição a infecções geradas pelos mais diversos microorganismos.

1.1.7 - Tempo de tratamento, Pós-Alta e Continuidade do Cuidado

A duração do tratamento, bem como a escolha do procedimento reconstrutor a ser recomendado ao paciente que apresentou seqüelas decorrentes da queimadura, deve ser fruto de uma avaliação multidisciplinar do paciente, onde se verificará as necessidades funcionais, estéticas e psicológicas (PICCOLO et al., 2003).

O paciente recebe alta do tratamento da ferida após a epitelização completa da lesão. Nessa fase, recomenda-se que o paciente se proteja contra os raios solares e ultravioleta, assim como pode ser necessário o uso de malhas compressivas por um período variável após a cura (PICCOLO et al., 2003).

Dependendo da extensão e profundidade da agressão térmica, os danos causados além do sofrimento físico, podem ser determinantes de variados graus de morbidade, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes.

Em especial, nos grandes queimados, há o risco de se ter seqüelas estéticas, psíquicas e funcionais que podem incapacitar o paciente para o exercício profissional e para o desenvolvimento de suas atividades rotineiras e o convívio social, daí a importância de se realizar acompanhamento com um fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional, além das consultas rotineiras com o cirurgião plástico (IJF, 2001).

Os Centros de Referência têm que acompanhar os pacientes queimados desde a fase aguda até a reabilitação e reintegração social, com assistência de equipe multidisciplinar especializada (RODRIGUEZ 1995).

1.1.8 - Recursos Humanos, Físicos e Materiais

Quanto a Recursos Humanos, a equipe considerada ideal para realizar o tratamento de pacientes queimados é composta por: médico (cirurgião plástico, cirurgião geral, clínico geral, intensivista, pediatra, anestesista), enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros (NERY, 1999).

O responsável técnico pelo Centro de Referência em Assistência a Queimados, conforme Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000, deve ser o médico cirurgião plástico titulado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. O restante da equipe deve ter experiência no cuidado ao paciente queimado.

Cada Centro de Referência possui sua política de recursos humanos (contratação e capacitação), de acordo com as suas necessidades, por exemplo, o Centro de Referência de Fortaleza (Instituto José Frota) promove, juntamente com a Sociedade Brasileira de Queimaduras – Regional do Ceará, atividades científicas a fim de proporcionar intercâmbio com todos os profissionais (IJF, 2001).

Quanto a Recursos Físicos, a assistência aos pacientes queimados exige uma estrutura assistencial de nível terciário e de alta complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia intensiva para oferecer resolutividade ao sistema e qualidade de atendimento. Dessa forma, a área física dos Centros de Referência deverá situar-se em área específica para atendimento em nível de urgência e emergência, ambulatorial e internação, inserida ou interrelacionada com Hospital Geral (NERY et al., 1999).

Quanto a Recursos Materiais, deve contar com equipamentos normais da UTI para queimados, que é denominada de Unidade de Cuidados Especiais para Queimaduras e equipamentos específicos para esse atendimento como: facas de blair, dermatômetro elétrico ou anitrogênio e expansor de pele.

1.2- A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ÁREA DE QUEIMADOS

Antes do ano 2000, não havia uma política de assistência aos pacientes queimados, de âmbito nacional, editada pelo Ministério da Saúde. Esses pacientes eram tratados em qualquer hospital constituindo um problema para o adequado atendimento, tanto do ponto de vista técnico como assistencial: falta de articulação entre os hospitais gerais, integrantes do Sistema Único de Saúde e os hospitais com capacidade técnica para realização desses atendimentos, bem como a falta de definição dos fluxos assistenciais. A indefinição de como tratar os pacientes queimados, como e para onde encaminhá-los, dificultava portanto uma adequada e oportuna assistência, podendo mesmo comprometer a sobrevivência dos pacientes mais gravemente atingidos (BRASIL, 2002b).

Como exemplo disso, foi verificado que no Estado do Rio de Janeiro os pacientes queimados eram tratados em hospitais gerais por cirurgiões não-especializados, que não tinham ainda a dimensão multidisciplinar inerente ao tratamento de um grande queimado. A reversão desse quadro veio com o desenvolvimento da cirurgia plástica, após a década de 40, quando os queimados passaram a ser agrupados em isolamentos (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

A partir de experiências dolorosas de grandes catástrofes é que houve a conscientização para um enfoque mais profissional sobre o cuidado dos pacientes queimados. Os hospitais que dispunham de Serviço de Cirurgia Plástica reservavam alguns leitos para queimados e assim foram evoluindo paulatinamente até a criação dos Centros de Tratamento de Queimaduras (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Por outro lado, fazendo-se uma revisão da literatura, pôde-se perceber que em São Paulo, devido à escassez de leitos para atender pacientes queimados, foi criado o Programa de Queimaduras pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que preocupada com a problemática da assistência a esse tipo de paciente, definiu como estratégia, a implantação de centros de atendimentos a queimados, em hospitais ligados ao ensino (área médica e ou de enfermagem) objetivando concretizar e dinamizar o processo de valorização e desenvolvimento de recursos humanos de acordo com os objetivos e normas definidos no Programa de Queimaduras (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1994)

Este é o único projeto feito até hoje que abrange todo o Estado, considerando a demanda dos municípios e as Regiões Administrativas com recursos do SUS para a

instalação de Serviços de Queimaduras, especialmente em Escolas de Medicina, como foi citado anteriormente, objetivando o preparo de pessoal especializado (GOMES, SERRA E PELLON, 1995).

Tendo em vista que não existia ainda uma política nacional de assistência ao paciente queimado e havia um despreparo dos hospitais para atendê-lo, o Ministério da Saúde sentiu necessidade de reestruturar a área, organizar redes com fluxos assistenciais e revisar a tabela de remuneração dos procedimentos relacionados à assistência aos queimados (BRASIL, 2002b).

Em 21 de novembro de 2000, o Ministério da saúde editou a Portaria GM/MS nº 1273, criando mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados, onde se passou a cadastrar Centros de Referência em Assistência a Queimados.

As redes assistenciais estruturadas são integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência a Queimados, que são assim definidas:

HOSPITAL GERAL: Aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento ambulatorial e de internação hospitalar, aos pacientes com queimaduras (BRASIL, 2000a).
CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS – ALTA COMPLEXIDADE: Aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir referência especializada na rede de assistência a queimados (BRASIL, 2000a).

Existe ainda uma nova classificação dos Centros, que é o **CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS – INTERMEDIÁRIO**, que é um cadastramento transitório, concedido aos estados que não conseguirem indicar pelo menos um hospital que atenda as normas para Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade (BRASIL, 2000a).

A Portaria GM/MS nº 1273 estabeleceu um quantitativo de Centros, por estado, e também previu a instalação e cadastramento de 68 Centros de Referência em todo o País.

Atualmente há 38 hospitais cadastrados como Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade, 55,8%, distribuídos em 17 estados (ver anexo A). Com predominância dos mesmos na região sudeste do Brasil.

Com a edição das Portarias GM/MS nº 1273 e 1274, os serviços cadastrados como Centro de Referência estarão integrados na rede de atendimento de urgência/emergência já estabelecida pelo Ministério da Saúde, ou seja, o paciente queimado terá o primeiro atendimento em qualquer hospital geral e em se tratando de paciente médio ou grande queimado, será encaminhado ao Centro de Referência que disporá de instalações físicas, recursos materiais e recursos humanos especializados para prestar o atendimento necessário.

Além de normatizar os Centros de Referência, por meio da Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000, o Ministério da Saúde providenciou a modificação da Tabela do SUS (SIH/SUS e SIA/SUS), com a edição da Portaria GM/MS nº 1274, de 22 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000b). Essa Portaria proporcionou acréscimos aos hospitais gerais e centros de referência, de procedimentos que antes não se contemplavam, tais como malhas compressivas para queimados, utilizadas para diminuir as cicatrizes (BRASIL, 2002b).

Esses novos procedimentos visavam permitir, uma melhor e mais completa assistência aos pacientes queimados, tanto em atendimento hospitalar inicial como no seguimento pós-alta, inclusive possibilitando pagamento dos procedimentos de curativos e outras ações de reabilitação (BRASIL, 2002b).

1.3 - ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

1.3.1- Conceito e Objetivos da Acreditação

“A Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental (ONG) avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, pré-determinados e publicados” (ROONEY & OSTENBERG, 2001). Essa avaliação é realizada de forma voluntária com a utilização de padrões ótimos e acessíveis, que são fruto de consenso de especialistas e são explícitos.

Segundo Rooney & Ostenberg (2001), os principais objetivos da acreditação são:

- Melhorar a qualidade dos cuidados à saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde;
- Estabelecer uma base de dados comparativas de instituições de saúde voltadas para atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados à saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Aumentar a confiança do usuário do sistema de saúde;
- Obter um instrumental educativo.

1.3.2 - Padrões

O processo de acreditação tem como referência um manual de padrões, voltados ao tipo de serviço a ser avaliado (hospital, sistema de saúde, laboratório, por exemplo). O manual é composto por padrões. “O padrão é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência, ou ainda, ao que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar” (TEMPORÃO et al., 2000).

O estabelecimento de padrões é de suma importância para orientar as instituições quanto à otimização do seu desempenho e para descrever práticas mínimas aceitáveis.

Os padrões de acreditação são elaborados como ótimos e possíveis. Quando alcançados, levarão à maior qualidade possível em um sistema e são geralmente

classificados conforme contemplem as estruturas do sistema, os processos desenvolvidos pela instituição ou os resultados que ela espera dos cuidados que presta ou dos serviços que oferece (ROONEY & OSTENBERG, 2001).

No estabelecimento de um padrão, é necessário considerar o seu propósito e objetivo, bem como a expectativa de como ele vai ser alcançado. Dessa forma, precisa ser claro para que qualquer leitor saiba como ele será desenvolvido. Na redação do próprio padrão, ou em alguns critérios, protocolos ou ferramentas a ele associado, podem ser explicitados os componentes de um “exame clínico completo” (ROONEY & OSTENBERG, 2001).

Outro componente importante do padrão é a descrição de como o desempenho será medido ou que pontuação receberá e também deve considerar qual o tipo de evidência de desempenho exigida, como documentação do prontuário médico ou em dados agregados de garantia de qualidade (ROONEY & OSTENBERG, 2001).

Os padrões de acreditação são, via de regra, desenvolvidos por um consenso de especialistas em saúde, publicados, analisados e revistos periodicamente para ficarem atualizados com o estado da arte na área de qualidade de serviços de saúde, avanços tecnológicos e terapêuticos e mudanças na política de saúde. Dependendo do escopo e da filosofia do modelo específico de acreditação escolhido, os seus padrões podem comportar-se como um sistema, organizando-se em torno de funções e processos-chave centrados tanto no paciente quanto na instituição (por exemplo, avaliação do paciente, controle de infecções, garantia de qualidade e gerenciamento de informações) (ROONEY & OSTENBERG, 2001).

Alternativamente, padrões podem ser agrupados por departamentos ou serviços dentro de uma instituição de saúde, como serviços de enfermagem, farmácia e radiologia (ROONEY & OSTENBERG, 2001).

1.3.3 - Histórico da Acreditação Internacional

Acredita-se que o cirurgião americano Ernest Codman tenha dado o primeiro passo rumo à avaliação dos cuidados de saúde, pois em 1910 formulou o “The End Result System of Hospital Standardization” (Sistema de Resultados Finais) (CBA, 2004).

O Sistema de Resultados Finais foi considerado uma proposta substancial para um sistema de gerenciamento de resultados, por meio do qual o hospital deveria realizar o acompanhamento do paciente por um período suficiente a fim de verificar se o tratamento havia dado resultado. Em caso contrário, o hospital deveria tentar determinar as causas de não ter obtido êxito no tratamento do paciente e buscar corrigir as falhas para ter sucesso em casos futuros (CBA, 2004).

Em 1913 foi criado o Colégio Americano de Cirurgiões e em 1917 esse Colégio desenvolveu o “Minimum Standard for Hospital” (Padrão Mínimo para Hospitais), cujo conteúdo referia-se à prestação de cuidados hospitalares, conforme abaixo (CBA, 2004):

- Organização do corpo clínico nos hospitais;
- Graduação em medicina e licenciatura legal dos membros do corpo clínico;
- Adoção, pelo corpo clínico e com aprovação do Conselho Diretor do Hospital, de regras, regulamentos e política que governem o trabalho profissional do Hospital;
- Organização e guarda de prontuários;
- Disponibilidade de equipamentos para diagnóstico e terapêutica, incluindo, pelo menos, laboratório de patologia clínica e serviço de radiologia.

No ano de 1951, a Joint Commission on Accreditation of Hospital foi formada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, Colégio Americano de Clínicos, Associação Médica Americana, Associação Americana de Hospitais e Associação Médica Canadense. Esta última separou-se da Joint Commission para participar da fundação do Conselho Canadense de Acreditação Hospitalar (O’ LEARY & DONAHUE, 2000).

Inicialmente a Joint Commission on Accreditation of Hospital desenvolvia o processo de acreditação apenas em hospitais, entretanto ao se ampliar o sistema de saúde dos Estados Unidos, passou a acreditar outros serviços da área de saúde, tais como: hospitais gerais de cuidados agudos, além de hospitais especializados, unidades de saúde mental, laboratórios de análises clínicas, organizações de atendimento domiciliar, dentre outros, e acompanhando, também, a tendência de desospitalização. Dessa forma, tornou-se

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (O’ LEARY & DONAHUE, 2000).

A JCAHO é uma entidade privada sem fins lucrativos, que possui como missão, aperfeiçoar a qualidade dos cuidados prestados ao público. Apresenta uma larga experiência mundial, avaliando regularmente 5.000 serviços de assistência domiciliar (*homecare*) e outras organizações de saúde nos Estados Unidos. Desenvolve padrões de qualidade em colaboração com especialistas e estimula as organizações de saúde a atingirem ou superarem estes padrões através da acreditação, educação e disseminação dos conceitos de melhoria da qualidade (JCAHO, 2003a).

A equipe da JCAHO realiza uma intensa revisão de todos os padrões, constituindo uma força-tarefa com o objetivo de definir padrões de acreditação mais direcionados à segurança e qualidade de cuidado do paciente, bem como identificando padrões que são redundantes ou que já são prática comum nos hospitais (CBA, 2000).

Em 1965 a acreditação de hospitais teve um importante estímulo com a aprovação, pelo congresso americano, exigindo a acreditação como pré-condição para que os hospitais pudessem participar dos programas de assistência do *Medicare e Medicaid*, programas sociais que asseguram a assistência aos idosos e aos cidadãos americanos de baixa condição social (M. JÚNIOR, 2002).

Ao longo dos anos, padrões mais atuais foram sendo adicionados, enquanto outros foram retirados, em função de novos modelos e novas práticas, de pressões exercidas por diferentes setores da sociedade e de mudanças na legislação. Foi por isso, que em 1970, os padrões deixaram de exigir um mínimo de qualidade e passaram a representar um nível ótimo de qualidade, seguindo mudanças das concepções de qualidade da época. Outra mudança foi a diminuição do período de reavaliação, demonstrando uma preocupação de ampliar a garantia da qualidade oferecida (M. JÚNIOR, 2002).

Em 1998, na tentativa de responder à demanda crescente em todo o mundo, por meio da avaliação baseada em padrões, aplicadas às instituições de saúde, foi criada uma subsidiária da JCAHO, intitulada Joint Commission International - JCI, a qual desenvolve o processo de acreditação, prestando consultoria especializada em mais de 30 países, distribuídos nos cinco continentes. Os serviços de acreditação baseiam-se em uma estrutura internacional de padrões adaptáveis às necessidades locais (CBA,2000).

O processo de acreditação também aconteceu no Canadá, Austrália e Nova Zelândia, todos de âmbito nacional. Como experiências parciais adiantadas, destacam-se a província da Catalunha (Espanha), Holanda e Reino Unido (CBA, 2004).

Outros países vêm desenvolvendo programas de acreditação tais como: França, República Checa, Hungria, Finlândia, Polônia, África do Sul, Coreia, Taiwan, Japão, Argentina, Bolívia, Colômbia e República Dominicana (CBA, 2004).

Ainda sobre o cenário internacional, os países que possuem hospitais acreditados pelo sistema da JCI são (JCI, 2004): Áustria, Brasil, China, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Itália, Arábia Saudita, Filipinas, Espanha, Tailândia, Turquia e Emirados Árabes (CBA, 2004).

1.3.4 - A Acreditação no Brasil Hoje: Relação CBA e ONA

No Brasil, existem dois sistemas de acreditação, o chamado Sistema Nacional de Acreditação, realizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a acreditação internacional, realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) em conjunto com a Joint Commission International.

A ONA é uma entidade independente, privada e constituída representativamente por diversos segmentos sociais que lidam com a saúde, entidades hospitalares e planos de saúde, e com a participação dos gestores do Sistema Único de Saúde. Dentre as suas atribuições destacam-se: a regulação, controle e avaliação de todo o processo, estímulo à criação de entidades acreditadoras e credenciamento das mesmas e definição de normas básicas (BAPTISTA, 1998).

A ONA preocupa-se em assegurar aos cidadãos brasileiros, qualidade na assistência à saúde em todas as Organizações de Serviços de Saúde do País. Essas instituições precisam manter-se atualizadas nas diversas áreas que abrangem, buscando uma integração harmônica entre as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e também nas áreas docentes e de pesquisa, se for o caso (BRASIL, 2002a).

A abordagem adotada pela ONA baseia-se em procedimentos que focalizam predominantemente a estrutura da organização, tomando como aspecto central a administração (recursos humanos, normas e rotinas) ou verificar a conformidade de processos funcionais relacionados às ações realizadas.

A ONA acredita serviços hospitalares, serviços de hemoterapia, serviços de laboratório e serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva. Como exemplos de hospitais certificados pela ONA estão: Hospital e Maternidade São Camilo (São Paulo) e Hospital Monte Sinai (Minas Gerais) (ONA, 2004).

Já o CBA é uma agência acreditadora brasileira, cuja missão é contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes, nos hospitais e demais serviços de assistência à saúde do país, por meio do processo de acreditação. Fazem parte do CBA, a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Cesgranrio.

O CBA segue a tendência internacional de dar mais ênfase aos aspectos funcionais e, dentre estes, aqueles centrados no cuidado ao paciente.

O CBA tanto pode conferir certificação nacional, uma vez que é uma Instituição Acreditadora credenciada pela ONA para realizar a avaliação e certificação da qualidade dos serviços, dentro do processo de acreditação nacional, ou internacional, uma vez que é a única instituição brasileira, autorizada pela JCI, a conferir certificação internacional (CBA, 2004).

Alguns exemplos de serviços acreditados pelo CBA: Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo) e Hospital Moinhos de Vento (Rio Grande do Sul).

Outra diferença entre as duas Instituições é a formação de seus conselhos, órgão deliberativo. No caso da ONA é principalmente formado por prestadores públicos e privados (BAPTISTA, 1998, p. 101) e no caso do CBA, por entidades que representam os profissionais de saúde, com participação de representantes de usuários (CBA, 2003, p. 2).

1.3.3.1 – Histórico da Acreditação Internacional no Brasil

Esse histórico será minuciosamente relatado, uma vez que essa abordagem foi escolhida para orientar esse trabalho.

A adoção de padrões mínimos de qualidade não é um tema recente no Brasil, pois em 1979, a Dra. Lourdes Carvalho relatava as vantagens oriundas da existência de padrões mínimos de organização dos hospitais, que muito ajudariam aos pacientes, aos médicos, aos hospitais, aos residentes e corpo de enfermagem e comunidade (SANTOS et al., 2000).

Existem, ainda, informações sobre experiências de acreditação hospitalar no Brasil que datam de 1948, quando o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro foi visitado e “acreditado” por uma Comissão norte-americana (SANTOS et al., 2000).

Em 1986 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em seguimento a uma conferência internacional de um membro da JCAHO, estabeleceu uma Comissão de Qualificação de Hospitais presidida pelo ECBC Nildo Aguiar (SANTOS et al., 2000).

Em 1990 a Federação Latino-Americana de Hospitais assume parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde a fim de testar e difundir um Manual de Acreditação Hospitalar de José Maria Pagamini e Humberto Novaes (SANTOS et al., 2000).

Em 1992, no Brasil, grupos desenvolveram atividades nacional ou estadual para testar o manual, com adaptações à realidade nacional. Esses grupos estavam baseados nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul (SANTOS et al., 2000).

Em 1994 o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões realizaram um Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, tendo a presença de um representante da JCAHO e da Província de Quebec. Desse Seminário surgiu o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde, cujo objetivo era aprofundar a análise e implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para a acreditação de hospitais em busca da melhoria contínua da qualidade. Principais pontos mencionados: criação de uma agência de acreditação não-governamental, desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a acreditação de serviços de saúde e disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde (SANTOS et al., 2000).

Em 1997 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões juntamente com a Fundação Cesgranrio enviaram representantes a Joint Commission International, que possui uma larga experiência mundial em processo de acreditação, para realizar contatos. Foi acertado um processo de transferência de tecnologia para o Brasil e em 1998, estágio na sede da Joint Commission International em Chicago (SANTOS et al., 2000).

Em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA, que é uma agência acreditadora brasileira, cuja missão é contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes, nos hospitais e demais serviços de assistência à saúde do país, por meio do processo de acreditação. Fazem parte

do CBA, a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Cesgranrio.

Hoje a acreditação internacional no Brasil se organiza estruturalmente de forma semelhante ao que é feito nos Estados Unidos, onde existe uma organização nacional composta por representantes de organizações ligadas à área de saúde, inclusive governamental, que através de agências credenciadas contratadas avaliam as organizações de saúde (M. JÚNIOR, 2002).

Há cinco anos o CBA desenvolve a metodologia da acreditação hospitalar, adequando para a realidade brasileira a tecnologia desenvolvida há cerca de 50 anos pela Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, com a assessoria contínua da Joint Commission International e em 29 de setembro de 2000, foi assinado o acordo de acreditação internacional conjunta entre o CBA e a JCI.

Inicialmente o CBA desenvolveu seu próprio manual, desenvolvendo e resgatando padrões do manual americano, uma vez que naquele momento não havia o Manual Internacional da JCI.

A primeira versão preliminar do Manual de Acreditação Hospitalar foi editada em setembro de 1999, sendo posteriormente testada em sete hospitais do Rio de Janeiro. Outras versões preliminares foram lançadas e testadas em avaliações subseqüentes (TEMPORÃO et al., 2000).

Em 2003 o CBA começou a utilizar, para a Acreditação Internacional, o Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar CBA/JCI, o que permitiu que os hospitais acreditados participassem da rede internacional de Hospitais acreditados pela JCI, assegurando à organização acreditada o reconhecimento perante organizações e indivíduos de outros países (CBA, 2004).

O novo formato do Manual de Acreditação está disposto em onze capítulos, correspondendo às funções mais importantes, comuns a todas as organizações hospitalares. Estes onze capítulos estão divididos em dois grandes grupos: funções relacionadas aos cuidados ofertados ao paciente e aquelas relativas à organização (CBA, 2003).

As funções são:

- 1- Acesso e continuidade do Cuidado;
- 2- Direitos do paciente e familiares;
- 3- Avaliação do paciente;
- 4- Cuidados ao paciente;

- 5- Educação dos pacientes e familiares;
- 6- Melhoria da qualidade e segurança do paciente;
- 7- Prevenção e controle de infecção;
- 8- Governo, liderança e direção;
- 9- Gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança;
- 10- Educação e qualificação de profissionais;
- 11- Gerenciamento da informação.

Para o desenvolvimento dos padrões internacionais, a JCI constituiu uma força-tarefa de 16 membros, dentre médicos, enfermeiros, administradores experientes e especialistas em políticas públicas (JCAHO, 2003b).

Essa força-tarefa foi composta por membros de seis importantes regiões do mundo, como América Latina e Caribe, Ásia e Costa do Pacífico, Oriente Médio, Europa Central e Oriente, Europa Ocidental e África. Um Comitê internacional de padrões continua a trabalhar na força-tarefa, fazendo recomendações acerca das possíveis atualizações e modificações necessárias para que esses padrões sempre reflitam a prática contemporânea.

As informações sobre os padrões são colhidas de forma contínua. Se um padrão não reflete mais a prática atual de assistência à saúde, as tecnologias disponíveis, as práticas de qualidade, ele será revisto ou excluído do manual.

1.4- PROBLEMAS E QUESTÕES DO ESTUDO

Os pacientes, vítimas de queimaduras, já de início, encontram graves dificuldades, tais como: falta de pessoal especializado (médico e demais profissionais), falta de leitos, dificuldade de acesso aos poucos Centros de Referência no país, espera longa por uma vaga devido à internação desta patologia ser muito prolongada, em torno de 21 a 30 dias no paciente médio queimado sem contar as complicações (NERY et al., 1999). Devido à gravidade do trauma térmico, há necessidade desse paciente ser tratado em instituição de porte terciário (NERY et al., 1999).

Não há muitos programas de queimaduras, pois o setor dificilmente foi priorizado levando a uma falta de estímulo dos profissionais a se dedicarem nessa área: inexistência de um programa específico, uma política de recursos humanos eficiente, trabalho junto ao queimado consome muito da equipe que o assiste, retorno profissional duvidoso e monetário inexistente e grande investimento pessoal, o desconhecimento do lidar com o queimado, faz com que o profissional acabe deixando essa especialidade em favor de outras (NERY et al., 1999).

A partir dessas informações surgiu o problema desse estudo, que é orientado pelas seguintes questões: Como estimular a melhoria contínua do atendimento aos pacientes queimados?

Sabe-se que para a avaliação das unidades que atendem pacientes queimados são utilizados, pelos auditores, instrumentos baseados em portarias ministeriais e o que é preconizado pela diretriz da Sociedade Brasileira de Queimaduras, sendo mais focado nas estruturas das unidades.

Como aprimorar o instrumento de avaliação hoje existente, seguindo a metodologia de acreditação internacional, que utiliza manual baseado em padrões com foco nos processos de cuidado, e assim, contribuir para uma melhoria no atendimento aos pacientes queimados pelos hospitais e orientar os auditores na checagem da estruturação desses processos de cuidado?

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral:

- Orientar a elaboração de um instrumento de avaliação que contribua para a melhoria do atendimento aos pacientes queimados.

2.2- Objetivo Específico:

- Comparar as diretrizes brasileiras e americanas à abordagem da acreditação internacional nos aspectos voltados aos processos de cuidado.

3 - JUSTIFICATIVA

O paciente com queimaduras, principalmente o médio e grande queimado, requer um cuidado mais especializado, dado à alta probabilidade de se contrair infecções. Como no Brasil existem poucas unidades especializadas no tratamento aos pacientes queimados e a maioria está concentrada na região sudeste, grande parte dos atendimentos são realizados nos hospitais gerais.

Esses hospitais gerais são responsáveis por prestar o primeiro atendimento e após decorridos três dias, se o paciente não apresentar um quadro estável, é encaminhado a um Centro de Referência em Assistência a Queimados. Durante o primeiro atendimento é necessário que a equipe envolvida esteja capacitada para cuidar adequadamente desse paciente, caso contrário o mesmo pode vir a ter complicações renais agudas, choque hipovolêmico e infecção generalizada.

Diante disso, o processo contínuo de melhoria de desempenho deve dar uma especial atenção a esse paciente considerando a sua complexidade e especificidade. O cuidado ao paciente queimado muito se beneficiaria com a introdução de padrões específicos inseridos nesse instrumento de avaliação a ser elaborado com as orientações deste estudo.

Esse instrumento, depois de concluído, será de grande valia para o Ministério da Saúde, para avaliar a sua Rede Estadual de Assistência a Queimados e para os próprios hospitais que atendem esse paciente, uma vez que servirá de orientação para os profissionais de saúde ao lidar com os pacientes queimados, contribuindo para a melhoria do cuidado.

4- MÉTODO

Para a orientação da elaboração do instrumento de avaliação direcionado à área de queimados seguiu-se as etapas abaixo:

- 1- Pesquisa bibliográfica e seleção das diretrizes sobre queimados
2. Comparação dos conteúdos das diretrizes retidas com os padrões internacionais de acreditação voltados aos cuidados dos pacientes e elaboração do questionário
3. A equipe de consultores: seleção e metodologia de trabalho
- 4- Análise das avaliações dos especialistas.

Pesquisa bibliográfica e seleção das diretrizes

Foram pesquisados protocolos de atendimento de pacientes queimados no Brasil e nos Estados Unidos (que são os parâmetros existentes) para se compreender a sistemática de atendimento dada a essa patologia.

Além do Brasil e dos Estados Unidos, foram realizados contatos com outros países, através de correspondências eletrônicas para as embaixadas do Brasil em Portugal, Espanha e Suíça e também para o Presidente da Associação Italiana de Queimaduras, na Itália, e para o médico cirurgião responsável pelo centro de queimaduras do Hospital Dr. Luis E. Aybar da República Dominicana.

As embaixadas acima encaminharam correspondências eletrônicas informando o site dos Ministérios da Saúde de seus respectivos países e alguns desses, por sua vez, encaminharam endereços eletrônicos de hospitais que prestam esse atendimento.

Com relação à Suíça, o site do Hospital Universitário de Zurique além de ser em alemão, não possui informações que possam contribuir com o estudo proposto. A Espanha informou apenas que não há uma legislação nacional sobre queimaduras, cada província tem a sua e não informou os hospitais que atendem queimados, Portugal encaminhou as informações, porém estavam mais voltadas para a estrutura física de um centro de queimados.

A Itália encaminhou informações insuficientes e a República Dominicana segue a diretriz preconizada pela American Burn Association.

Também foi realizada pesquisa na internet, no site do google, porém não foram encontrados protocolos com as informações de processos de cuidado ao paciente queimado.

Por esse motivo, foi escolhido o protocolo adotado pela Sociedade Brasileira de Queimaduras (Brasil) e o protocolo adotado pela American Burn Association (Estados Unidos) porque as informações contidas nos mesmos estavam mais focalizadas nos processos de cuidado e assim, poderiam ser melhor aproveitadas na orientação da elaboração do instrumento de avaliação em referência.

Comparação dos conteúdos dos consensos retidos com os padrões internacionais de acreditação voltados aos cuidados dos pacientes e elaboração do questionário

O questionário, para a equipe de especialistas, foi realizado baseado no Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, versão 2003, do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde e Joint Commission International. Esse Manual possui 11 funções, porém foram utilizadas 3 funções voltadas ao cuidado do paciente: acesso e continuidade do cuidado, avaliação do paciente e cuidado ao paciente, que abordam aspectos do processo do cuidado e não de estrutura.

Nessas funções existem áreas de desempenho e cada área de desempenho, apresenta padrões específicos. As áreas de desempenho escolhidas foram as seguintes:

- Na função Acesso e Continuidade do Cuidado: Acesso, continuidade, alta, referência e acompanhamento e transferência dos pacientes;
- Na função Avaliação do Paciente: Avaliação inicial;
- Na função Cuidado ao Paciente: Cuidado a todos os pacientes.

Como todas essas funções possuem padrões específicos, esses padrões foram utilizados para nortear as orientações de elaboração do instrumento de avaliação proposto no objetivo desse estudo.

Depois foram cruzadas as informações dos protocolos do Brasil e dos Estados Unidos com os padrões constantes do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar que acabaram gerando as seguintes informações:

- Padrões totalmente atendidos pelos protocolos brasileiros e/ou americanos;
- Padrões parcialmente ou totalmente não atendidos pelos protocolos brasileiros ou americanos;
- Textos do manual que não são abordados pelos dois protocolos.

Assim, surgiu o questionário que foi encaminhado, via correio e correspondência eletrônica, para que a equipe de especialistas preenchesse, verificando se os quesitos atendidos, atendidos parcialmente e não atendidos, pelos protocolos analisados, são relevantes e devem ser incorporados às orientações para a elaboração do instrumento de avaliação que está sendo proposto, além disso foi adicionado um item ao questionário que permitisse à equipe de especialistas incluir textos sobre determinados assuntos que julgassem importantes. Utilizou-se os elementos de mensuração dos padrões para orientar a apreciação do atendimento dos padrões pelos dois protocolos trabalhados (ver exemplo no quadro 1).

Quadro 1 – Exemplo do Padrão e Questionário

<p>FUNÇÃO: ACESSO E CONTINUIDADE DO CUIDADO</p> <p>ÁREA DE DESEMPENHO: ACESSO</p> <p>Padrão:</p> <p>ACC. 1 – Os pacientes têm acesso aos serviços da instituição com base na identificação de suas necessidades, na missão da instituição e nos recursos disponíveis.</p> <p><u>BRASIL:</u></p> <p>- O hospital recebe o paciente, realiza uma avaliação primária e secundária. Caso fique detectada a necessidade de transferência desse paciente, o mesmo é transferido para um Centro de Referência em Assistência a Queimados, logo após ser estabilizado.</p> <p>- Os provedores de assistência à saúde devem receber o paciente, avaliar as lesões rapidamente e desenvolver um plano de tratamento baseado na prioridade, tendo como base os recursos disponíveis no hospital.</p> <p><u>ESTADOS UNIDOS:</u></p> <p>- O paciente queimado é acolhido pelo hospital, avaliado, estabilizado e os mais gravemente feridos, são transferidos para a Unidade de Queimaduras contatada.</p> <p>Padrão considerado parcialmente atendido pelos protocolos.</p> <p>Pergunta 1: aspecto do Padrão ACC. 1 que não foram atendidos:</p> <p>Os protocolos não orientam como realizar a triagem do paciente queimado. Sabe-se que a triagem pode ocorrer no serviço que refere, durante o transporte de emergência ou quando o paciente chega na instituição.</p> <p>O aspecto acima é importante? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>O aspecto acima deve ser incluído no Manual? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Gostaria de propor um texto para este aspecto? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>O texto é:</p> <p>Fonte: Sociedade Brasileira de Queimaduras, Capítulo 1: Avaliação e Cuidados Iniciais, página 9 e Capítulo 8: Triagem e Encaminhamento (Estabilização, Transferência e Transporte), página 48, ano: 2003 e AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Resources for optimal care of injured patients. Guidelines for the operation of burn units. Página 55, 1999.</p>
--

A equipe de consultores: seleção e metodologia de trabalho

Foi consultada uma equipe de especialistas (consultores) composta de 3 integrantes:

- 02 Médicos (cirurgião plástico) com título de especialista em cirurgia plástica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. O motivo da escolha de tal profissional é porque o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS 1273, de 21 de novembro de 2000, estabelece que o responsável técnico pela área de queimados é o cirurgião plástico;
- 01 Enfermeira com atuação na área de queimados.

Para a escolha dos especialistas foi adotado o seguinte critério: profissionais com larga experiência e reputação inquestionável na área de queimados e titulação específica, conforme citado acima. Os dois médicos trabalham no Hospital de Clínicas de São Paulo e Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e a enfermeira trabalha no Hospital de Clínicas de São Paulo.

Primeiramente foram efetuados contatos telefônicos para verificar se os mesmos poderiam participar deste estudo, e tendo sido aceito, foram encaminhadas, via correio, referências bibliográficas informando sobre o tema acreditação, no que diz respeito a conceito, a objetivos, a padrões utilizados, ao manual internacional de acreditação, dentre outros, com a finalidade de uniformizar o conhecimento e prepará-los para responder o questionário.

Ressalte-se que além desse questionário, foi encaminhada também, carta informativa e termo de consentimento livre e esclarecido para eles preencherem e devolverem.

Foi estabelecido um prazo de 10 dias para eles preencherem e devolverem com as considerações pertinentes, para finalizar as orientações com vistas à elaboração do instrumento de avaliação dos cuidados prestados ao paciente queimado em hospitais do SUS, seja ele hospital geral ou centro de referência.

Análise do material enviado pelos especialistas

Adotou-se o critério de corte, ou seja, são três especialistas respondendo as mesmas perguntas, então serão considerados como importantes e pertinentes, todos os padrões avaliados positivamente pelo menos por dois consultores.

5-RESULTADOS

Nessa sessão, utilizamos os padrões das funções voltadas ao processo de cuidado dos pacientes (acesso e continuidade do cuidado, avaliação do paciente e cuidado ao paciente) do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (CBA/JCI, 2003) para avaliar a completitude dos protocolos: Normatização de Atendimento ao Queimado da Sociedade Brasileira de Queimaduras (Brasil) e Guidelines for The Operation Of Burn Units da American Burn Association (Estados Unidos).

Avaliou-se se o requisito de cada padrão estava satisfeito totalmente, em parte ou não satisfeito com os conteúdos dos dois protocolos acima citados. Para os padrões parcialmente ou não satisfeitos, introduziram-se perguntas direcionadas aos consultores. Estes avaliarão se é importante acrescentar, nas orientações para a elaboração do instrumento, um texto relativo ao padrão e, em caso positivo, o texto pertinente.

Como já foi salientado nos objetivos, estas orientações para a elaboração de instrumento de avaliação com vistas a melhoria do cuidado ao paciente queimado, servirá de guia para a avaliação do Ministério da Saúde e também para as unidades hospitalares no cuidado aos pacientes queimados do Sistema Único de Saúde.

5.1- Cruzamento dos protocolos e padrões

Realizou-se o cruzamento de 50 padrões, sendo 25 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 16 na Função Avaliação do Paciente e 9 na Função Cuidado ao Paciente com os Protocolos da Sociedade Brasileira de Queimaduras (Brasil) e American Burn Association (Estados Unidos), excluindo-se um padrão da Função Avaliação do Paciente por referir-se à estrutura e recursos humanos. Desses, 7 foram considerados atendidos pelos dois protocolos analisados (4 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 2 na Função Avaliação do Paciente e 1 na Função Cuidado ao Paciente) e 3 (Função Cuidado ao Paciente) foram considerados atendidos apenas pelo protocolo americano.

Onze foram considerados parcialmente atendidos pelos dois protocolos (9 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 1 na Função Avaliação do Paciente e 1 na Função Cuidado ao Paciente), 4 foram considerados parcialmente atendidos pelo protocolo brasileiro (2 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 1 na Função Avaliação do Paciente e 1 na Função Cuidado ao Paciente) e 2 foram considerados parcialmente

atendidos pelo protocolo americano (1 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado e 1 na Função Avaliação do Paciente).

Vinte e quatro padrões foram considerados não atendidos pelos dois protocolos (9 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 11 na Função Avaliação do Paciente e 4 na Função Cuidado ao Paciente), 3 foram considerados não atendidos pelo protocolo americano (2 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado e 1 na Avaliação do Paciente) e 4 foram considerados não atendidos pelo protocolo brasileiro (1 na Função Acesso e Continuidade do Cuidado, 1 na Função Avaliação do Paciente e 2 na Função Cuidado ao Paciente).

Nas Funções Acesso e Continuidade do Cuidado e Avaliação do Paciente, os dois protocolos atendem os padrões igualmente. Na Função Cuidado ao Paciente, o protocolo americano atende totalmente a 4 padrões, enquanto que o brasileiro, apenas 1, conforme mostra o quadro 2, abaixo.

Quadro 2 – Síntese da comparação entre os protocolos de cuidado ao paciente queimado¹ e a satisfação dos aspectos abordados pelos padrões internacionais de acreditação relativos ao processo de cuidado ao paciente

Função	Acesso e Continuidade do Cuidado	Atendido Totalmente	Atendido Parcialmente	Não Atendido
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------	---------------------

¹ Protocolo Brasileiro (Normatização para atendimento ao Queimado – Sociedade Brasileira de Queimaduras) e Protocolo Americano (Guidelines for the Operation of Burn Units – American Burn Association).

Padrão	ACC.1- Acesso aos serviços da Instituição com base na identificação das necessidades..		Brasil e EUA	
	ACC.1.1- Processo para admissão de pacientes..		Brasil e EUA	
	ACC.1.1.1- Cuidados imediatos prioritariamente avaliados e tratados..		Brasil e EUA	
	ACC.1.1.2- Necessidades prioritárias identificadas no momento de chegada à instituição..		Brasil e EUA	
	ACC.1.2- Proc. de admissão inclui Informações aos pacientes e familiares sobre os cuidados propostos, resultados..			Brasil e EUA
	ACC.1.3- Inst tem proc. para diminuir barreiras físicas, idiomáticas, culturais..			Brasil e EUA
	ACC.1.4- Testes diagnósticos são realizados para determinar as necessidades do paciente..		Brasil	EUA
	ACC.1.5- Critérios estabelecidos para admissão e transferência para unidades de cuidados intensivos ou especializados..			Brasil e EUA
	ACC.1.6- Protocolos determinam a inclusão em projetos de pesquisa..			Brasil e EUA
	ACC.2- A Inst. planeja e executa processos que garantam a continuidade do cuidado ao paciente...		Brasil	EUA
	ACC.2.1- Em todas as fases do cuidado há um profissional responsável pela assistência..		Brasil e EUA	
	ACC.2.2- Informações sobre o cuidado prestado ao paciente e a resposta ao tratamento são compartilhadas com outros profissionais..			Brasil e EUA
	ACC. 2.3- Prontuário do paciente disponível para os profissionais de saúde..			Brasil e EUA
	ACC.2.4- Informações relacionadas à assistência prestada acompanham o paciente na transferência..	Brasil e EUA		
	ACC.3- Existência de processo para dar alta ou referir os pacientes de forma adequada.	Brasil e EUA		
	ACC. 3.1- Instituição coopera com os profissionais de saúde para assegurar referências pertinentes..			Brasil e EUA
	ACC.3.2- Pacientes e, quando necessário os familiares, recebem informações claras como e onde darão continuidade aos cuidados..		Brasil e EUA	
	ACC.3.3- Prontuário do paciente contém cópia do sumário de alta.			Brasil e EUA
	ACC.4- Existência de processo para transferir adequadamente os pacientes para outras instituições..		Brasil e EUA	
	ACC.4.1- A instituição identifica se a instituição de referência vai atender às necessidades de continuidade do cuidado..		EUA	Brasil
	ACC.4.1.1- A instituição estabelece	Brasil e EUA		

TOTAL	25	4	12²	12³
--------------	-----------	----------	-----------------------	-----------------------

² Dois dos padrões foram atendidos somente por um dos protocolos.

³ Idem acima.

Função	Avaliação do Paciente	Atendido Totalmente	Atendido Parcialmente	Não Atendido	
Padrão	AP.1- Necessidades de todos os pacientes atendidos pela inst. são identificadas em proc. de avaliação	Brasil e EUA			
	AP.1.1- Instituição determina o escopo e o conteúdo da avaliação com base nas leis e regulamentos aplicáveis..		Brasil	EUA	
	AP.1.2- Protocolos clínicos são utilizados para orientar a avaliação do paciente..			Brasil e EUA	
	AP.1.3- As avaliações são concluídas no prazo estabelecido pela instituição.			Brasil e EUA	
	AP.1.4-Os achados da avaliação estão documentados no prontuário do paciente..			Brasil e EUA	
	AP.2- A avaliação inicial de todos os pacientes inclui a avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais....		Brasil e EUA		
	AP.2.1- As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas na avaliação inicial..			Brasil e EUA	
	AP.2.1.1- A aval. médica inicial é documentada no prontuário nas primeiras 24 horas depois da admissão do paciente..			Brasil e EUA	
	AP. 2.1.2- A avaliação médica inicial é documentada antes da anestesia ou de tratamento cirúrgico..			Brasil e EUA	
	AP. 2.1.3-A avaliação médica inicial do paciente na emergência é adequada às suas condições e necessidades..	Brasil e EUA			
	AP. 2.1.4- A avaliação de enfermagem está documentada no prontuário do paciente, no prazo estabelecido pela instituição..			Brasil e EUA	
	AP. 2.2- Todos os pacientes sofrem uma triagem quanto ao estado nutricional e necessidades funcionais...			Brasil e EUA	
	AP. 2.3- A instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para os pacientes em condições especiais por ela atendidos.			Brasil e EUA	
	AP. 2.4- A avaliação inicial inclui a determinação de um plano de alta e de avaliações especializadas adicionais.			Brasil e EUA	
	AP. 3-Todos os pacientes são reavaliados			EUA	Brasil
	AP.4.1-As responsabilidades pela avaliação e reavaliação são definidas por escrito.				Brasil e EUA
TOTAL	16	2	3⁴	13⁵	

⁴ Dois dos padrões foram atendidos somente por um dos protocolos.

⁵ Idem acima.

Função	Cuidado ao Paciente	Atendido Totalmente	Atendido Parcialmente	Não Atendido
Padrão	CP.1- Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e vigentes.	Brasil e EUA		
	CP.2- Existe processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada paciente.		Brasil e EUA	
	CP.2.1- O cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário.			Brasil e EUA
	CP.2.2- Os profissionais autorizados a prescrever fazem o registro da prescrição no prontuário do paciente..			Brasil e EUA
	CP.2.3- Os procedimentos realizados são registrados, por escrito, no prontuário do paciente.	EUA		Brasil
	CP.2.4- Cada profissional envolvido no cuidado ao paciente tem acesso às anotações registradas por outros profissionais..			Brasil e EUA
	CP.2.5- O plano de cuidado ao paciente é modificado quando indicado por uma alteração nas condições do paciente.	EUA		Brasil
	CP.3- Protocolos clínicos, quando disponíveis e adotados pela instituição, orientam o cuidado ao paciente.	EUA	Brasil	
	CP.4- Rotinas técnicas, quando disponíveis e adotadas pela instituição, orientam os processos de cuidado ao paciente.			Brasil e EUA
TOTAL	09	4⁶	2⁷	6⁸

⁶ Três dos padrões foram atendidos somente por um dos protocolos.

⁷ Um dos padrões foi atendido somente por um dos protocolos.

⁸ Dois dos padrões foram atendidos somente por um dos protocolos.

5.2- Síntese dos Protocolos quanto à satisfação dos padrões

Aqui foram cruzados os padrões do Manual Internacional do CBA/JCI das três funções: Acesso e Continuidade do Cuidado, Avaliação do Paciente e Cuidado ao Paciente, das áreas de desempenho identificadas abaixo, com as informações contidas nos protocolos brasileiro (Sociedade Brasileira de Queimaduras) e americano (American Burn Association).

A organização dos padrões dentro de suas respectivas funções, não seguiu a seqüência normal do Manual Internacional, mas sim, o agrupamento conforme o atendimento ou não a esses padrões quando do cruzamento das informações com os protocolos brasileiro e americano.

Com esse cruzamento chegou-se a:

- Padrões atendidos totalmente pelos dois protocolos;
- Padrões atendidos parcialmente pelos dois protocolos;
- Padrões não atendidos pelos dois protocolos;
- Padrões atendidos parcialmente por um protocolo e não atendido pelo outro
- Padrões atendidos totalmente por um protocolo e atendido parcialmente por outro.

Ressaltamos que quanto aos padrões extraídos do Manual Internacional do CBA/JCI, os mesmos são codificados, por isso na Função Acesso e Continuidade do Cuidado o padrão começa com ACC, na Função Avaliação do Paciente começa com AP e na Função Cuidado ao Paciente começa com CP. Há ainda, padrões que estão em negrito por serem padrões nucleares e que devem ser obrigatoriamente atendidos pelas instituições que desejam ser acreditadas.

Como nesse estudo o objetivo é tecer orientações de como elaborar um instrumento de avaliação para os pacientes queimados, achamos melhor conservá-los assim, em negrito e normal, para se enquadrarem na forma original do Manual.

➤ **FUNÇÃO: ACESSO E CONTINUIDADE DO CUIDADO**

- ÁREAS DE DESEMPENHO ESTUDADAS: ACESSO, CONTINUIDADE, ALTA, REFERÊNCIA E ACOMPANHAMENTO E TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES.

Padrões:

ACC.2.4 – As informações relacionadas à assistência prestada acompanham o paciente na sua transferência.

BRASIL:

- O contato entre médicos é essencial para assegurar que as necessidades do paciente sejam garantidas através de cada aspecto da transferência.

- O médico transferidor deve providenciar os dados demográficos e históricos como também, resultados da avaliação primária e secundária.

- Quando o paciente queimado é transferido, com ele segue um Formulário de informações para transferência, o qual possui informações colhidas junto a esse paciente.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 51.

ESTADOS UNIDOS:

- Os centros de trauma que precisarem transferir pacientes devem ter, por escrito, Acordo de Transferência com as unidades de queimaduras. Nesse Acordo deve constar: a identificação do paciente, bem como o procedimento que foi adotado na estabilização do mesmo.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

ACC .3 – Existe um processo para dar alta ou referir os pacientes de forma adequada.

BRASIL:

- A alta hospitalar é concedida quando: não houver indicação de procedimento cirúrgico e o paciente estiver clinicamente em condições de continuar o tratamento ambulatorial ou quando o paciente tiver realizado os procedimentos cirúrgicos programado, após a epitelização completa da pele, e estiver em condições de continuar o tratamento ambulatorial. Nessa fase ele deve ser recomendado a não se expor ao sol e também poderá vir a fazer uso de malhas compressivas por um período variável após a cura.

- A alta hospitalar deve ser concedida em conjunto com as equipes clínicas e cirúrgicas.

- Se o paciente necessitar de acompanhamento com fisioterapeuta, psicólogo, etc, será referido ao lugar mais adequado para tratá-lo nessas especialidades.

Fonte: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. *Rotina de Atividades do Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza*, 2001. p. 24.

PROJETO DIRETRIZES. *Queimaduras*, 2002. p.15.

ESTADOS UNIDOS:

- Quando os pacientes recebem alta podem ser amparados por programas que envolvem reabilitação, quando apresentam metas específicas identificadas.

- Os pacientes podem contar com serviço de cuidado respiratório, com um terapeuta respiratório e acompanhamento com psiquiatra e psicólogo.

- Além disso, nos Estados Unidos há um Programa de Continuidade de Cuidado que envolve os seguintes serviços:

- Apoio Terapia recreativa para cuidado de crianças na unidade;
- Reabilitação e Educação;
- Apoio para os membros da família e outras pessoas importantes;
- Plano coordenado de alta; (não há muito detalhe)
- Seguimento pós-alta do hospital; (não há muito detalhe)
- Recurso para acesso da comunidade;
- Avaliação física, psicológica, vocacional dos pacientes;
- Planejamento para o futuro: necessidade de reabilitação e reconstrução.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59 e 60.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

ACC. 4.1.1 – A instituição estabelece acordos e convênios formais ou informais com instituições de referência para assegurar a continuidade do cuidado para seus pacientes.

BRASIL:

- Um acordo de transferência entre o hospital remetente e o Centro de Referência em Assistência a Queimados é desejável e deve incluir o comprometimento do Centro em fornecer ao hospital remetente um apoio apropriado. Indicadores de qualidade fornecerão instrução contínua sobre a estabilização e tratamento de pacientes queimados.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 51.

ESTADOS UNIDOS:

- Para a transferência, deve haver por escrito, um acordo de transferência que deve constar: identificação do paciente, o procedimento adotado na estabilização do paciente, quem providenciará o transporte para a transferência e o que é preciso ser feito durante a transferência.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

ACC . 4.2 – A instituição fornece à instituição de referência, um relatório por escrito, sobre as condições clínicas e as intervenções realizadas no paciente encaminhado.

BRASIL:

- Os relatórios de transferência devem incluir informações sobre as circunstâncias da queimadura, assim como exame físico e a extensão da área queimada. Uma folha de fluxo que documente todas as providências tomadas com esse paciente deve ser feita.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 50.

ESTADOS UNIDOS:

- Nesse Acordo de Transferência apenas menciona que é realizada a estabilização do paciente, mas não presta maiores detalhes.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

ACC. 1 – Os pacientes têm acesso aos serviços da instituição com base na identificação de suas necessidades, na missão da instituição e nos recursos disponíveis.

BRASIL:

- O hospital recebe o paciente, realiza uma avaliação primária e secundária. Caso fique detectada a necessidade de transferência desse paciente, o mesmo é transferido para um Centro de Referência em Assistência a Queimados, logo após ser estabilizado.

- Os provedores de assistência à saúde devem receber o paciente, avaliar as lesões rapidamente e desenvolver um plano de tratamento baseado na prioridade e tendo como base os recursos disponíveis no hospital.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 9.

_____. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 48.

ESTADOS UNIDOS:

- O paciente queimado é acolhido pelo hospital, avaliado, estabilizado e os mais gravemente feridos, são transferidos para a Unidade de Queimaduras contatada.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 1: aspecto do Padrão ACC .1 que não foram atendidos:

Os protocolos não informam como é realizada a triagem do paciente queimado. Sabe-se que a triagem pode ocorrer no serviço que refere, durante o transporte de emergência ou quando o paciente chega na instituição.

ACC.1.1 – A instituição tem um processo para admitir pacientes.

BRASIL:

- Só menciona que há critérios para internação de pacientes queimados gravemente.

OBS: O Brasil segue o mesmo critério de internação estipulado pelos Estados Unidos.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 55.

ESTADOS UNIDOS:

- Só menciona que há critérios para internação de pacientes queimados gravemente.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 51.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 2: aspectos do Padrão ACC .1.1 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro como é o processo de admissão de pacientes queimados, seja em hospitais gerais ou nos centros de referência.

- Os protocolos não deixam claro sobre a existência de política e procedimentos que definam o cuidado de pacientes queimados quando não houver leitos disponíveis no hospital geral ou no centro de referência.

ACC . 1.1.1 – Pacientes com necessidades de cuidados imediatos ou de emergência são prioritariamente avaliados e tratados.

BRASIL:

- Não há informação específica, só menciona que o paciente queimado ao chegar ao hospital é avaliado, estabilizado, e se houver necessidade de transferência, é realizada, mas não fala de prioridade.

- O médico que recebe o paciente queimado presta esses cuidados iniciais, e se precisar de maiores informações quanto a proceder com ele, é contatado o médico do Centro de Referência em Assistência a Queimados.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 51.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação específica, só menciona que o paciente queimado ao chegar no hospital é avaliado, estabilizado, e se houver necessidade de transferência, é realizada, mas não fala de prioridade.

- O médico que recebe o paciente queimado presta esses cuidados iniciais, e se precisar de maiores informações quanto a proceder com ele, é contatado o médico do Centro de Referência em Assistência a Queimados.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 3: aspectos do Padrão ACC .1.1.1 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro sobre os critérios para priorizar pacientes com necessidades de cuidados imediatos ou de emergência.

ACC.1.1.2 – As necessidades prioritárias de cada paciente, de serviços preventivos, paliativos, curativos e de reabilitação são identificadas no momento de sua chegada à instituição.

BRASIL:

- É realizada avaliação inicial para verificar o tipo de cuidado a ser prestado.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 9.

ESTADOS UNIDOS:

- É realizada avaliação inicial para verificar o tipo de cuidado a ser prestado.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 4: aspectos do Padrão ACC .1.1.2 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro sobre a necessidade de identificar o tipo de cuidado (preventivo, paliativo, curativo e de reabilitação) que o paciente precisará, no momento de admissão no hospital. Isso é importante para saber se o hospital que recebeu o paciente queimado possui recursos

necessários para tratá-lo ou identificar a necessidade de referenciá-lo para outro hospital.

ACC .2.1 – Em todas as fases do cuidado, há um profissional qualificado identificado como responsável pela assistência ao paciente.

BRASIL:

- A equipe de profissionais envolvida no tratamento de pacientes queimados é composta por: médicos (cirurgião plástico, cirurgião geral, clínico, intensivista, pediatra, anestesista), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeutas físicos e ocupacionais.

- O profissional mais adequado para prestar esse tipo de cuidado é o cirurgião plástico, com titulação reconhecida pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Se o paciente necessitar de assistência com outro profissional, como por exemplo, psicólogo, fisioterapeuta, o mesmo será referenciado a essas especialidades.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1273* de 21 de novembro de 2000.

ESTADOS UNIDOS:

- Pelo protocolo da American Burn Association se prevê a assistência do paciente queimado pelos médicos cirurgiões, enfermeiros chefe, pelos terapeutas físicos e ocupacionais, assistente social, nutricionista, terapeuta respiratório, farmacêutico, etc.

- Todos devem ser qualificados, por exemplo, o terapeuta deve participar de programa de educação continuada anualmente, o farmacêutico tem que ter 6 meses de experiência em cuidado crítico, o enfermeiro chefe deve ter 2 anos ou mais de experiência

em cuidado de pacientes com queimaduras agudas, os cirurgiões devem ser certificados e qualificados (qualificações para cirurgiões que são responsáveis pelo cuidado de paciente queimado deve demonstrar conhecimento no tratamento de queimaduras com comprovação por conclusão de 1 ano de jornada tratando pacientes queimados ou 2 ou mais anos de experiência no cuidado de queimaduras agudas, treinamento apropriado, educação continuada e compromisso em ensino e pesquisa em cuidado de pacientes queimados).

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 5: aspectos do Padrão ACC.2.1 que não foram atendidos:

- Os protocolos não falam claramente da necessidade de existir um profissional responsável pela assistência.
- Os protocolos não falam claramente que a mudança de cenário (ex: CTI para o andar) pressupõe a designação de um novo responsável pelo cuidado ao paciente (que é o coordenador da equipe que cuida do paciente, na verdade).

ACC . 3.2 – Os pacientes e, quando necessário seus familiares, recebem, na referência ou na alta, informações claras sobre como e onde darão continuidade aos cuidados.

BRASIL:

- Todo o paciente deverá ser orientado sobre o seu estado de saúde, bem como os cuidados de que ainda necessitará, inclusive a continuação do tratamento em regime ambulatorial e a medicação que terá que tomar.

Fonte: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. *Rotina de Atividades do Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza*, 2001. p. 24.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto, só se sabe que existem os programas de continuidade do cuidado citados no padrão 3.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59 e 60.

- Padrão atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 6: aspectos do Padrão ACC .3.2 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro sobre a necessidade dos hospitais informarem ao paciente queimado e seus familiares, como e onde obter os serviços que irão dar a continuidade do cuidado, orientação sobre o retorno para acompanhamento, se for o caso, e instruções sobre as condições clínicas que podem requerer cuidados de emergência.

ACC . 4 – Existe um processo para transferir adequadamente os pacientes para outra instituição que atenda às suas necessidades de continuidade de cuidado.

BRASIL:

- Primeiramente, existem critérios para internação de pacientes queimados em Centros de Referência em Assistência a Queimados, após a avaliação e estabilização inicial, em um serviço de emergência, que são:

- Queimaduras de espessura parcial maiores que 10% da superfície corporal total (SCT);
- Queimaduras que atingem a face, as mãos, os pés, a genitália, o períneo e grandes articulações;
- Queimaduras de 3º grau, em qualquer idade, > 2% em crianças e > 5% em adultos;
- Queimaduras elétricas, inclusive queimaduras por raio;
- Queimaduras químicas;
- Lesões por inalação;
- Queimaduras em pacientes com doenças pré-existentes que poderiam complicar o tratamento, prolongar a recuperação ou afetar a mortalidade;
- Qualquer paciente com queimaduras e trauma concomitante, como por exemplo, fraturas, nos quais a queimadura apresenta o maior risco de

morbidade ou mortalidade. Em casos que o trauma apresenta o risco imediato, o paciente deve ser primeiramente estabilizado num Centro de Trauma, antes de ser transferido para um Centro de Referência em Assistência a Queimados. O julgamento médico será necessário em tais situações e deve estar de acordo com o plano de controle médico regional e os protocolos de triagem;

- Hospital sem pessoal qualificado e/ou equipamento para atendimento de crianças queimadas, deverá fazer a transferência para um Centro de Referência em Assistência a Queimados que atenda a esta necessidade;
- Pacientes queimados que necessitam atenção especial, tanto social, emocional e/ou período de reabilitação prolongada como os casos envolvendo suspeita de abuso infantil, agressões com substâncias, etc.

- Uma vez tomada a decisão de transferir um paciente queimado é essencial que o paciente esteja completamente estabilizado, antes do processo de transferência. Os princípios de estabilização são executados durante a avaliação primária e secundária do paciente. A equipe do Centro de Referência em Assistência a Queimados deve estar disponível para consulta e pode inclusive, ajudar na estabilização e preparação da transferência.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 48-51.

ESTADOS UNIDOS:

- Existe o critério para internação de pacientes em unidades de queimados que é o mesmo adotado pelo Brasil, citado acima.

- Nos EUA existe um sistema de cuidado ao paciente queimado que é coordenado por um serviço de emergência médica que engloba uma ou mais unidades de queimaduras.

- Esse sistema caracteriza-se por ter elo de comunicação e protocolos de triagem e transferência.

- A unidade de queimaduras tem um compromisso de ter médico e pessoal administrativo para cuidar do paciente.

- Os pacientes são avaliados, estabilizados, e os mais gravemente feridos, são transferidos para a unidade de queimaduras contatada.

- A transferência dos pacientes deve ser discutida com o cirurgião mais experiente da unidade de queimaduras contratada.

- Para a transferência, deve haver por escrito, um acordo de transferência que deve constar: identificação do paciente, o procedimento adotado na estabilização do paciente, quem providenciará o transporte para a transferência e o que é preciso ser feito durante a transferência.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 7: aspectos do Padrão ACC .4 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro de quem é a responsabilidade (qual o profissional de saúde) pela transferência do paciente queimado. Qual é o profissional que acompanha esse paciente durante a transferência? É o mesmo que autorizou a transferência? O que deve ser feito nas situações na qual a transferência para outra instituição (centro de referência) não pode ser realizada?

ACC.4.3 – Durante a transferência, um profissional de saúde qualificado monitora as condições do paciente.

BRASIL:

- O médico capacitado para atender pacientes queimados acompanha a transferência.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 51.

ESTADOS UNIDOS:

- Apenas menciona que o Diretor da Unidade de queimados tem que cooperar com o serviço de emergência médica regional considerando todos os aspectos do tratamento dos queimados.

- Deve haver uma comunicação com uma base regular com médicos e outras autoridades considerando pacientes que têm que ser transferidos.

- A transferência dos pacientes queimados deve ser discutida com o cirurgião mais experiente da unidade de queimaduras.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 8: aspectos do Padrão ACC .4.3 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro esse assunto. Gostariam de incluir um texto que mencione qual é a atribuição do profissional de saúde durante a transferência desse paciente queimado? Os profissionais que realizam essa transferência devem ser qualificados? Quais qualificações? Todos os pacientes são monitorados durante a transferência? Como é feito isso?

ACC .5 – O processo de referência, transferência ou alta considera as necessidades de transporte do paciente.

BRASIL:

- O meio de transporte e as medidas de estabilização necessárias são monitorados pelo médico. A decisão de providenciar transporte leva em consideração a capacidade da equipe de resgate, o tempo-distância e o número de injúrias que a vítima apresenta.

- O transporte efetivo deve ser conduzido por uma equipe treinada em ressuscitação de queimados.

- Os veículos que podem ser utilizados são:

- Ambulância: para pequenas distâncias, e o paciente deve estar hemodinamicamente estável;
- Helicóptero: utilizado para pacientes bastante estáveis, que não corram risco de necessitar de entubação ou manobras mais complexas, devido à grande vibração, falta de espaço e exposição;
- Avião: preocupa as alterações da pressão atmosférica e a pressão parcial de oxigênio. O curativo contensivo é aconselhado.

- Deve-se evitar a pressa em remover os pacientes queimados, pois pode ter conseqüências ruins, mas uma vez estabilizado o paciente e tendo vaga no Centro de Referência, esse paciente deve ser transferido rapidamente.

- A equipe do Centro de Referência em Assistência a Queimados deve estar disponível para consulta e pode ajudar nessa estabilização e preparação da transferência.

- O melhor momento para transferir um paciente queimado é tão logo seja possível, porém sempre nas primeiras 24 horas. Além deste tempo as alterações fisiopatológicas podem ser sérias e podem comprometer a vida do paciente queimado, sobretudo em caso de longas distâncias.

- Se não houver vaga no Centro de Referência em Assistência Queimados, aguardar no serviço de urgência, estabilizando o paciente.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 51.

ESTADOS UNIDOS:

- A unidade de queimaduras deve ter acesso ao sistema de emergência médica para providenciar transporte dos pacientes com queimaduras dentro de sua área de serviço.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 56.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 9: aspectos do Padrão ACC .5 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro se na transferência ou alta do paciente queimado, é necessário que o hospital considere a necessidade de transporte para ele ou contate seus familiares para buscá-lo.

ACC . 1.2 - O processo de admissão inclui o fornecimento das informações ao paciente e seus familiares sobre os cuidados propostos, os resultados esperados e as possíveis despesas de responsabilidade do paciente.

BRASIL:

-Não menciona nada sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não menciona nada sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 10: aspectos do Padrão ACC.1.2 que não foram atendidos:

- Os protocolos não mencionam sobre a necessidade de informar ao paciente e seus familiares, o cuidado que o paciente queimado irá precisar, quais os resultados esperados, bem como os custos com esse tratamento.

ACC. 1.3 – A instituição tem um processo definido para reduzir barreiras físicas, idiomáticas, culturais e outras, para o acesso e a prestação de serviços.

BRASIL:

-Não menciona nada sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não menciona nada sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 11: aspectos do Padrão ACC .1.3 que não foram atendidos:

- Os protocolos não informam sobre a necessidade dos hospitais estabelecerem mecanismos que minimizem as barreiras físicas, idiomáticas, culturais, dentre outras, pois sabe-se que as instituições prestam serviços a comunidade com uma população diversificada (idosos,

portadores de deficiência, etc) que podem acabar dificultando o processo de admissão e o recebimento de cuidado.

ACC. 1. 5 – A admissão e a transferência para unidades de cuidados intensivos ou especializados são determinadas por critérios estabelecidos.

BRASIL:

- Só menciona que há critérios para internação de pacientes queimados, não fala especificamente sobre unidades de cuidados intensivos ou especializados.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 48.

ESTADOS UNIDOS:

- Só menciona que há critérios para internação de pacientes queimados, não fala especificamente sobre unidades de cuidados intensivos ou especializados.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 12: aspectos do Padrão ACC .1.5 que não foram atendidos:

- Os protocolos não informam sobre a necessidade dos hospitais possuírem critérios que identifiquem que o paciente queimado precisa ser cuidado em unidades de cuidados intensivos (unidades de cuidados especiais de queimaduras).

ACC . 1.6 – Protocolos ou critérios estabelecidos determinam a inclusão em projetos de pesquisa ou outros programas desenvolvidos para atender as necessidades de pacientes especiais.

BRASIL:

-Não foi mencionado nada sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não foi mencionado nada sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 13: aspectos do Padrão ACC .1.6 que não foram atendidos:

- Os protocolos não informam sobre a necessidade dos hospitais possuírem critérios ou protocolos para a inclusão de pacientes em pesquisas ou em outros programas desenvolvidos para atender necessidades especiais.

ACC .2.2 – As informações sobre o cuidado prestado ao paciente e a resposta ao tratamento são compartilhadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em cada turno de trabalho, nas trocas de plantão e durante as transferências entre unidades.

BRASIL:

-Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 14: aspectos do Padrão ACC .2.2 que não foram atendidos:

- Os protocolos não informam sobre a interação entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente queimado (troca de informações sobre as condições de saúde do paciente, resumo do cuidado, resposta ao tratamento e razão da transferência, quando for o caso).

ACC . 2.3 – O prontuário do paciente está disponível para os profissionais de saúde, otimizando a troca de informações.

BRASIL:

-Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 15: aspectos do Padrão ACC.2.3 que não foram atendidos:

- Os protocolos não informam sobre a necessidade dos hospitais possuírem políticas organizacionais que identifiquem os profissionais que têm acesso ao prontuário do paciente.

ACC . 3.1 – A instituição coopera com os profissionais de saúde e com órgãos externos para assegurar referências pertinentes e oportunas.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Existem esses programas citados no padrão 3., porém não há detalhes dos mesmos.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59 e 60.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 16: aspectos do Padrão ACC.3.1 que não foram atendidos:

- Nos protocolos não há informação sobre a necessidade dos hospitais identificarem as instituições assistenciais existentes em sua área de atuação e conhecer o perfil de pacientes atendidos e tipos de serviços oferecidos, para estabelecer relações formais ou informais com as mesmas e garantir a continuidade do cuidado do paciente queimado.

ACC . 3.3 – O prontuário do paciente contém cópia do sumário de alta.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 17: aspectos do Padrão ACC .3.3 que não foram atendidos:

- Nos protocolos não há informação sobre prontuário dos pacientes queimados. É relevante colocar no prontuário cópia do sumário de alta contendo: motivo da admissão, achados significativos, diagnósticos, procedimentos realizados, medicação e outros tratamentos, condições do paciente no momento da alta e prescrições e recomendações de acompanhamento após a alta?

ACC .4.4 – O processo de transferência é documentado no prontuário do paciente.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação de prontuário.
 - Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 18: aspectos do Padrão ACC.4.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos não mencionam nada sobre esse assunto, pergunta-se: o processo de transferência está documentado no prontuário de cada paciente transferido para outra instituição? No registro é incluído o nome da instituição de referência que aceitou a transferência, os motivos da transferência, quaisquer condições especiais que justificam a transferência (disponibilidade de leitos, estado do paciente, dentre outras).

ACC. 1.4 - Testes diagnósticos são realizados para determinar as necessidades do paciente e definir se o mesmo deve ser admitido, transferido ou referido.

BRASIL:

- Como as queimaduras podem causar disfunção de qualquer órgão do sistema, exames laboratoriais iniciais são necessários para avaliar o progresso subsequente do paciente. Quando ele é admitido são exigidos os exames iniciais: hemograma, eletrólitos, uréia, urina tipo I (EAS), RX de tórax, em casos especiais, gasometria arterial, ECG, carboxihemoglobina e glicemia (em crianças) e diabéticos.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 9.

ESTADOS UNIDOS:

-Não menciona nada sobre esse assunto.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelo protocolo brasileiro e não atendido pelo protocolo americano.

Pergunta 19: aspectos do Padrão ACC.1.4 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro sobre a necessidade dos hospitais possuírem políticas ou critérios que orientem as avaliações e testes diagnósticos antes da admissão do paciente queimado. Sabe-se que com esses testes se poderá saber se o paciente pode ser admitido nesse hospital ou se terá que ser transferido ou referido.

ACC . 2 – A instituição planeja e executa processos que garantam a continuidade do cuidado ao paciente e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.

BRASIL:

- O paciente com queimadura elétrica, química ou térmica requer avaliação e estabilização imediata, em hospital apropriado, o mais próximo possível.
- A equipe hospitalar deverá fazer uma avaliação primária e secundária completa e estimar se é um paciente com provável necessidade de transferência.
- A queimadura pode ser a manifestação de politraumatismo, portanto, o paciente deverá ser avaliado para verificar a presença de lesões traumáticas associadas.

- Todos os procedimentos empregados devem ser documentados para fornecer ao Centro de Referência em Assistência a Queimados, receptor, um relatório de transferência que inclui uma folha de fluxo.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Triagem e Encaminhamento* (Estabilização, Transferência e Transporte), 2003. cap. 8, p. 48.

ESTADOS UNIDOS:

-Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelo protocolo brasileiro e não atendido pelo protocolo americano.

Pergunta 20: aspectos do Padrão ACC .2 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro sobre a necessidade dos hospitais implementarem processos para a continuidade e a coordenação da assistência entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, nos serviços de emergência e na admissão hospitalar, nos serviços diagnósticos e de tratamento, nos serviços clínicos e cirúrgicos e demais áreas assistenciais.
- Os protocolos não mencionam sobre a necessidade das chefias dessas áreas, planejarem e implementarem esses processos de forma conjunta tomando por base, critérios de transferência explicitados em políticas, procedimentos ou protocolos.

ACC . 4.1 – A instituição, ao encaminhar o paciente, identifica se a instituição de referência pode atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- O centro de trauma contata a unidade de queimaduras, se esta puder receber o paciente, é feito Acordo de Transferência, que já foi mencionado no padrão 4.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelo protocolo americano e não atendido pelo protocolo brasileiro.

Pergunta 21: aspectos do Padrão ACC .4.1 que não foram atendidos:

- Os protocolos não deixam claro como é feita a identificação de instituições de referência para dar continuidade no cuidado do paciente queimado.

➤ **FUNÇÃO: AVALIAÇÃO DO PACIENTE**

- **ÁREA DE DESEMPENHO: AVALIAÇÃO INICIAL**

Padrões:

AP.1 – As necessidades de todos os pacientes atendidos pela instituição são identificadas através de um processo de avaliação definido.

BRASIL:

- A avaliação inicial deve visar: estabilização adequada, ressuscitação eficiente e tratamento adequado.

- Deve seguir as mesmas diretrizes do atendimento de um politraumatizado de maneira geral, utilizando-se a padronização de medidas simples de emergência, como o preconizado pelo ABC do Politraumatizado do ATLS (Advanced Traume Life Suport – Colégio Americano de Cirurgiões.

- Realizar exame secundário no paciente para verificar se há lesões associadas (verificar circunstâncias da lesão e fazer história clínica pregressa – anamenese).

- Após o paciente ter os cuidados acima, deve-se avaliar a queimadura, estimando a profundidade e a extensão a fim de verificar a necessidade de internação ou apenas de atendimento ambulatorial.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 9.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-10.

ESTADOS UNIDOS:

- Deve seguir as mesmas diretrizes do atendimento de um politraumatizado de maneira geral, utilizando-se a padronização de medidas simples de emergência, como o preconizado pelo ABC do Politraumatizado do ATLS (Advanced Traume Life Suport – Colégio Americano de Cirurgiões.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

AP . 2.1.3 – A avaliação médica inicial do paciente na emergência é adequada às suas condições e necessidades.

BRASIL:

- É adequada, uma vez que na avaliação inicial do paciente os provedores de assistência à saúde conseguem desenvolver um plano de tratamento baseado na prioridade. Esse plano de tratamento é determinado pelo tipo, extensão e grau da queimadura e também pelos recursos disponíveis no hospital.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 9.

ESTADOS UNIDOS:

- Menciona que a avaliação é feita utilizando a diretriz do ATLS.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

AP . 2 – A avaliação inicial de todos os pacientes inclui a avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, inclusive o exame físico e histórico médico.
--

BRASIL:

- Quando um paciente chega num serviço de urgência ou no Centro de Referência em Assistência a Queimados é realizada uma avaliação inicial (exame primário e secundário) e também são solicitados exames laboratoriais, como hemograma, eletrólitos, uréia, urina tipo I, RX de tórax, etc.

- Não há informação específica sobre avaliações psicológicas, sociais e econômicas.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-6.

ESTADOS UNIDOS:

- Só menciona a avaliação física feita pela diretriz do ATLS, os outros fatores não são informados.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 22: aspectos do Padrão AP.2 que não foram atendidos:

- A avaliação inicial de um paciente é necessária para identificar suas necessidades e dar início ao cuidado. Essa avaliação fornece informações para compreender o cuidado de que o paciente necessita; estabelecer um diagnóstico inicial e identificar a resposta do paciente a qualquer cuidado prévio. Considerando que os protocolos estudados (brasileiro e americano) não entram neste mérito, e que o paciente queimado é avaliado também por meio de exames físicos e histórico do médico, pergunta-se: Quando o paciente queimado é atendido no hospital geral ou centro de referência é feita avaliação de fatores psicológicos, sociais e econômicos?

AP .1.2 – Protocolos clínicos, quando disponíveis e adotados pela instituição, são utilizados para orientar a avaliação do paciente e reduzir as variações indesejadas.

BRASIL:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 23: aspectos do Padrão AP.1.2 que não foram atendidos:

- Tendo em vista que os protocolos estudados (brasileiro e americano) não entram em detalhes sobre esse assunto, pergunta-se: Os protocolos clínicos conseguem reduzir as variações indesejadas? Como é feito o protocolo clínico? Quais os profissionais responsáveis por estabelecer esses protocolos clínicos? Os protocolos clínicos são atualizados? Qual o prazo de atualização?

AP .1.3 – As avaliações são concluídas no prazo estabelecido pela instituição.

BRASIL:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 24: aspectos do Padrão AP.1.3 que não foram atendidos:

- Considerando que nenhum protocolo estudado (brasileiro e americano) abordou esse assunto, e que para dar início o quanto antes ao tratamento correto para o paciente queimado, a avaliação inicial deve ser concluída e anotada o mais rápido possível no prontuário do paciente, pergunta-se: Existem prazos estipulados pelos hospitais para a conclusão das avaliações, em especial, as realizadas por médicos e enfermeiros?

AP .1.4 – Os achados da avaliação estão documentados no prontuário do paciente e prontamente disponíveis para os responsáveis pelo cuidado ao paciente.

BRASIL:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não foi encontrada informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 25: aspectos do Padrão AP .1.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos estudados (brasileiro e americano) não falam sobre prontuários, pergunta-se: Quando o paciente queimado é avaliado no hospital, por profissionais de saúde, os resultados da avaliação são documentados no prontuário?

AP .2.1 – As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas na avaliação inicial do paciente.

BRASIL:

- Na avaliação inicial percebe-se a necessidade de um cuidado médico e de enfermagem.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-6.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 26: aspectos do Padrão AP .2.1 que não foram atendidos:

- Os protocolos estudados (brasileiro e americano) não mencionam nada sobre esse assunto. Diante disso, pergunta-se: As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas por meio de avaliação inicial do paciente?

AP .2.1.1 – A avaliação médica inicial é documentada no prontuário nas primeiras 24 horas depois da admissão do paciente ou antes disso, se indicada pelas condições do paciente ou pela política do hospital.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 27: aspectos do Padrão AP .2.1.1 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos estudados (brasileiro e americano) não informam nada sobre esse assunto, pergunta-se: A avaliação médica inicial é documentada no prontuário do paciente. A instituição estabelece prazos para que essas informações sejam inseridas no prontuário? Qualquer mudança significativa nas condições clínicas do paciente, ocorridas após a avaliação inicial, é registrada no prontuário?

AP . 2.1.2 – A avaliação médica inicial é documentada antes da anestesia ou de tratamento cirúrgico.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto, mas pode-se inferir que a avaliação médica inicial seja documentada antes da anestesia ou mesmo do tratamento cirúrgico, por meio das informações relatadas acima.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 28: aspectos do Padrão AP .2.1.2 que não foram atendidos:

- Como os protocolos não deixam claro sobre esse assunto, pergunta-se: As avaliações médicas iniciais são documentadas antes da anestesia ou do tratamento cirúrgico? O registro da avaliação anestésica é anotado no prontuário antes da realização da anestesia?

AP . 2.1.4 – A avaliação inicial de enfermagem está documentada no prontuário do paciente, no prazo estabelecido pela instituição.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

-Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 29: aspectos do Padrão AP .2.1.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre o assunto, pergunta-se: As avaliações iniciais de enfermagem estão documentadas no prontuário do paciente, no prazo estabelecido pela política da instituição?

AP. 2.2 – Todos os pacientes sofrem uma triagem quanto ao estado nutricional e necessidades funcionais e, quando necessário, são referenciados para avaliação adicional e tratamento.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 30: aspectos do Padrão AP .2.2 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: Na avaliação inicial do paciente queimado é identificado o seu estado nutricional e a necessidade de avaliação funcional? Existem critérios de triagem? Esses critérios de triagem são desenvolvidos por profissionais qualificados capazes de avaliar e posteriormente, caso seja necessário, fornecer qualquer tratamento exigido ao paciente?

AP. 2.3 – A instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para os pacientes em condições especiais por ela atendidos.

BRASIL:

- Não entra nesse mérito, apenas informa, de uma maneira geral, as avaliações iniciais nos pacientes queimados.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-10.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 31: aspectos do Padrão AP .2.3 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto e que a avaliação inicial de certos grupos de pacientes da comunidade atendida pelos hospitais requer que o processo de avaliação inicial seja modificado. Essa modificação baseia-se nas características de cada grupo ou na especificidade de sua condição, pergunta-se: O hospital identifica os pacientes queimados em condições e situações especiais para os quais o processo de avaliação inicial deve ser modificado? Os pacientes em condições especiais devem ser avaliados de maneira individualizadas?

AP. 2.4 – A avaliação inicial inclui a determinação da necessidade de um plano de alta e de avaliações especializadas adicionais.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 32: aspectos do Padrão AP .2.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto e que a continuidade do cuidado ao paciente queimado requer preparação e considerações especiais para alguns casos de pacientes, pergunta-se: Os hospitais gerais e centros de referência possuem planos de alta? Os hospitais gerais e centros de referência, ao realizarem a avaliação inicial, conseguem perceber outras necessidades do paciente como: fonoaudiológicas, psicológica, fisioterapeutas, dentre outras?

AP . 4.1 – As responsabilidades pela avaliação e reavaliação são definidas por escrito.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 33: aspectos do Padrão AP .4.1 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: O hospital que atende a pacientes queimados, tem definido, por escrito, as responsabilidades dos profissionais qualificados para realizar avaliações e reavaliações de pacientes queimados?

AP .1.1 – A instituição determina o escopo e o conteúdo da avaliação com base nas leis e regulamentos aplicáveis.

BRASIL:

- Realiza avaliação inicial do paciente queimado, tomando por base a diretriz do ATLS.

- Realiza a avaliação da queimadura, verificando a profundidade, extensão⁹, idade e condições gerais do doente e agente causador.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-6.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelo protocolo brasileiro e não atendido pelo protocolo americano.

Pergunta 34: aspectos do Padrão AP .1.1 que não foram atendidos:

⁹ Segundo a SBQ (2003) pode-se estimar a extensão da queimadura utilizando método “Regra dos Nove”, que é considerado o guia mais universal para fazer uma avaliação inicial. Essa regra é baseada no fato de que, nos adultos, várias regiões anatômicas representam 9% ou um múltiplo desse número da área de superfície corporal total (SCT). Nas crianças, a regra se altera devido a grande superfície de área da cabeça e da menor área dos membros inferiores, ficando então como 18% para a cabeça e 14% em cada membro inferior.

- Os protocolos não deixam claro esse assunto. As avaliações dos pacientes queimados são realizadas apenas por profissionais autorizados por licenças, leis e regulamentos aplicáveis ou certificação? As atividades de avaliação executadas nos diferentes serviços são definidas por escrito?

AP. 3 – Todos os pacientes são reavaliados em intervalos apropriados para determinar sua resposta ao tratamento e propor a continuação do tratamento ou a alta.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- São realizadas conferências de cuidados de pacientes queimados que serão assegurados pelo menos semanalmente para rever e avaliar pacientes admitidos na unidade de queimaduras.

- Cada disciplina clínica deve ser representada, em ordem apropriada, que contribua para o plano de tratamento de cada paciente.

- Essas conferências de cuidado devem estar documentadas em notas de progresso de cada paciente e o minuto da conferência.

- A equipe de enfermagem verifica as necessidades diárias do paciente.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59 e 60.

- Padrão considerado atendido parcialmente pelo protocolo americano e não atendido pelo protocolo brasileiro.

Pergunta 35: aspectos do Padrão AP .3 que não foram atendidos:

- Considerando que no protocolo brasileiro não foram encontradas informações sobre esse assunto e em complementação ao protocolo americano, sabe-se que as reavaliações são importantes para verificar se o tratamento teve bons resultados, se é necessário mudar o tratamento ou dar altas ao paciente, pergunta-se: Como é realizada a reavaliação do paciente queimado? O paciente queimado é reavaliado ao longo do processo de cuidado na periodicidade adequada às suas condições, ao plano de cuidado e necessidades individuais ou como definido nas políticas e procedimentos

do hospital? O resultado da reavaliação está documentado no prontuário do paciente queimado? A política da instituição define as circunstâncias ou o tipo de paciente para o qual a avaliação por um médico pode ser menos freqüente que diária e identifica a periodicidade da reavaliação para esses pacientes? O médico reavalia diariamente o paciente durante a fase aguda de seu cuidado e tratamento? Qual o (s) especialista (s) que reavalia (m) o paciente?

➤ **FUNÇÃO: CUIDADO AO PACIENTE**

- **ÁREA DE DESEMPENHO: CUIDADO A TODOS OS PACIENTES**

Padrões:

CP . 1 – Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e vigentes.

BRASIL:

- Pelas orientações da Sociedade Brasileira de Queimaduras os pacientes queimados têm a mesma avaliação e tratamento conforme sua necessidade e recursos disponíveis dentro do hospital.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Avaliação e Cuidados Iniciais*, 2003. cap. 1, p. 1-10.

ESTADOS UNIDOS:

- Os pacientes com queimaduras são avaliados por meio das diretrizes do ATLS (Advanced, Traume, Life, Support).

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 55.

- Padrão considerado atendido totalmente pelos protocolos.

CP . 2 – Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada paciente.

BRASIL:

- Não há informação específica sobre esse assunto, mas pode-se inferir que como o paciente queimado é atendido por uma equipe multidisciplinar, deve haver uma interação entre esses profissionais para se discutir o caso de cada paciente.

ESTADOS UNIDOS:

- Como o cuidado do paciente queimado exige uma equipe multidisciplinar, pode-se inferir que haja esse padrão nos Estados Unidos, porém não há nada explícito na literatura consultada.

- Padrão atendido parcialmente pelos protocolos.

Pergunta 36: aspectos do Padrão CP .2 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não deixam claro sobre esse assunto, pergunta-se: O cuidado ao paciente queimado é planejado de forma integrada e coordenada entre os diversos setores, departamentos e serviços?

CP. 2.1 – O cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 37: aspectos do Padrão CP .2.1 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: Cada profissional que cuida do paciente queimado, registra suas informações no prontuário do paciente? Todas as reuniões de equipe referentes ao tratamento do paciente ou outras discussões sobre o caso, são documentadas no prontuário do paciente?

CP . 2.2– Os profissionais autorizados a prescrever fazem o registro da prescrição no prontuário do paciente, em local padronizado.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 38: aspectos do Padrão CP .2.2 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: Todas as prescrições ao paciente queimado são feitas por profissionais autorizados?

CP . 2.4 – Cada profissional envolvido no cuidado ao paciente tem acesso às anotações registradas por outros profissionais, de acordo com a política da instituição.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 39: aspectos do Padrão CP .2.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: Existe um método de garantir que cada profissional que presta cuidado ao paciente queimado, tenha acesso às anotações de outros profissionais?

CP. 4 – Rotinas técnicas, quando disponíveis e adotadas pela instituição, orientam os processos de cuidado ao paciente.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- Não há informação sobre esse assunto.

- Padrão considerado não atendido pelos protocolos.

Pergunta 40: aspectos do Padrão COP.4 que não foram atendidos:

- Considerando que os protocolos (brasileiro e americano) não informam sobre esse assunto, pergunta-se: É necessário que os hospitais que atendem pacientes queimados utilizem rotinas técnicas para uniformizar os processos de cuidados?

CP . 2.3 – Os procedimentos realizados são registrados, por escrito, no prontuário do paciente.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- São realizadas conferências de cuidados de pacientes queimados que serão asseguradas pelo menos semanalmente para rever e avaliar pacientes admitidos na unidade de queimaduras.

- Cada disciplina clínica deve ser representada, em ordem apropriada, que contribua para o plano de tratamento de cada paciente.

- Essas conferências de cuidado devem estar documentadas em notas de progresso de cada paciente e o minuto da conferência.

- A equipe de enfermagem verifica as necessidades diárias do paciente.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59 e 60.

- Padrão considerado atendido totalmente pelo protocolo americano e não atendido pelo protocolo brasileiro.

Pergunta 41: aspectos do Padrão CP .2.3 que não foram atendidos:

- Considerando que o protocolo brasileiro não informa sobre esse assunto, pergunta-se: Os resultados dos procedimentos (diagnósticos, cirurgias, etc) realizados são registrados no prontuário do paciente?

CP . 2.5 – O plano de cuidado ao paciente é modificado quando indicado por uma alteração nas condições do paciente.

BRASIL:

- Não há informação sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- São realizadas conferências de cuidados de pacientes queimados que serão asseguradas pelo menos semanalmente para rever e avaliar pacientes admitidos na unidade de queimaduras.
 - Cada disciplina clínica deve ser representada, em ordem apropriada, que contribua para o plano de tratamento de cada paciente.
 - Essas conferências de cuidado devem estar documentadas em notas de progresso de cada paciente e o minuto da conferência.
 - A equipe de enfermagem verifica as necessidades diárias do paciente.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*, 1999. p. 59-60.

- Padrão considerado atendido totalmente pelo protocolo americano e não atendido pelo protocolo brasileiro.

Pergunta 42: aspectos do Padrão CP .2.5 que não foram atendidos:

- Considerando que o protocolo brasileiro não informa sobre esse assunto, e que as necessidades dos pacientes podem se modificar em decorrência de novas informações obtidas em uma reavaliação de rotina, ou devido a uma alteração do quadro do paciente, pergunta-se: O plano de cuidado do paciente é modificado conforme alterações nas necessidades do paciente?

CP. 3 – Protocolos clínicos, quando disponíveis e adotados pela instituição, orientam o cuidado ao paciente.

BRASIL:

- Não há informações sobre esse assunto.

ESTADOS UNIDOS:

- A unidade de queimaduras deve manter políticas apropriadas e manuais de procedimentos que devem ser revistos anualmente pelo Diretor da unidade de queimaduras e pela enfermeira chefe.

- A política e o manual de procedimento são referentes à:

- Administração da Unidade de Queimaduras;
- Equipe de pessoal da Unidade de Queimaduras;
- Critérios para admissão para a Unidade de Queimaduras pelo serviço de queimaduras
- Uso de camas nas Unidades de Queimaduras por outros serviços médicos e cirúrgicos;
- Critério pra dispensa e seguimento do cuidado;
- Disponibilidade de camas e de transferência de pacientes queimados para outras unidades médicas e cirúrgicas dentro do hospital;
- Cuidado de pacientes com queimaduras do hospital que tem a unidade de queimaduras ou daqueles que foram transferidos de outros hospitais.

FUNÇÃO	Avaliação do Paciente	Incluído (X)	Consultor 1			Consultor 2			Consultor 3		
			Impor	Inclui	Texto	Impor	Inclui	Texto	Impor	Inclui	Texto
Padrão	AP.1.1	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.1.2	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.1.3	-	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim
	AP.1.4	X	sim	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim
	AP.2	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.2.1	-	não	não	não	sim	não	não	sim	sim	sim
	AP.2.1.1	X	sim	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim
	AP.2.1.2	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.2.1.4	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
	AP.2.2	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.2.3	-	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim
	AP.2.4	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	AP.3	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
AP.4.1	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	
TOTAL	14	11									

FUNÇÃO	Cuidado ao Paciente	Incluído (X)	Consultor 1			Consultor 2			Consultor 3		
			Impor	Inclui	Texto	Impor	Inclui	Texto	Impor	Inclui	Texto
Padrão	CP.2	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
	CP.2.1	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
	CP.2.2	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
	CP.2.3	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
	CP.2.4	X	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	-----
	CP.2.5	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	-----
	CP.3	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
	CP.4	X	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim
TOTAL	8	8									

À equipe de consultores foi solicitada uma avaliação sobre a importância e a necessidade de inclusão dos aspectos abordados nos 21 padrões relacionados à função Acesso e Continuidade do Cuidado, 14 da função Avaliação do Paciente e 8 da função Cuidado ao Paciente, perfazendo um total de 43 padrões. Houve coincidência entre considerar ou não importante e ser ou não necessário incluir no instrumento de avaliação em 39 padrões. Um dos consultores, apesar de achar importante, considerou que não

deveriam ser incluídos nas orientações do instrumento, os aspectos abordados nos padrões ACC .1.2, AP .1.4, AP 2.1 e AP 2.1.1, conforme o quadro 3 (página 105).

A seguir apresentamos a discussão dos resultados da avaliação dos consultores por função, bem como as opiniões divergentes entre os dois consultores médicos e a consultora enfermeira.

Como foi ressaltado nos resultados, a enfermeira considerou que todos os aspectos dos padrões não atendidos ou parcialmente atendidos deveriam constar na orientação do instrumento. Os médicos se posicionaram considerando que o aspecto em pauta é prática corrente, bem estabelecido ou não.

Consideraram de um modo geral, que não deveriam ser incluídos aqueles aspectos muito bem estabelecidos. Em alguns casos, consideraram (um dos médicos ou os dois) que apesar de serem incorporados à rotina, o aspecto deveria incorporar o instrumento.

Para os casos que identificaram a prática não ser corrente, propuseram inclusão e critérios por eles enunciados.

Com relação à função Acesso e Continuidade do Cuidado, esta contém 4 áreas de desempenho: acesso, continuidade, alta, referência e acompanhamento e transferência do paciente.

Os padrões incluídos na área de acesso referem-se a aspectos de critérios para orientar a triagem, a admissão, cuidados de emergência e outros, além de informações dos pacientes. Em todos os casos os médicos ressaltam a importância do padrão e propõem textos (critérios) à exceção do padrão ACC. 1.2. Este padrão estabelece que o processo de admissão inclui fornecimento das informações a pacientes e familiares, o que os dois médicos consideram já de rotina.

É importante ressaltar os comentários da consultora enfermeira a respeito do padrão ACC. 1.3, no que diz respeito a reduzir barreiras físicas, o qual não foi incluído. Observa-se que a consultora tem maior preocupação com a multidisciplinaridade e menciona que provavelmente quem elabora os protocolos não tem conhecimento sobre minimizar barreiras.

Na Área de Desempenho Continuidade, os médicos não consideraram importante e necessário incluir aspectos sobre a identificação de um responsável pela unidade, compartilhamento de informações entre todos os profissionais envolvidos em trocas de turno e qualquer tipo de transferência, e sobre a disponibilidade dos prontuários. A enfermeira, no entanto, destaca os padrões ACC. 2.1 e ACC .2.3.

Na Área de Desempenho Alta, Referência e Acompanhamento, foram considerados como importantes e necessários incluir os aspectos referentes à cooperação entre instituições para assegurar referências pertinentes e oportunas, e dar informações aos pacientes/familiares sobre a continuidade do cuidado. Somente a enfermeira considerou importante e necessário incluir a orientação sobre o prontuário conter cópia do sumário de alta ACC. 3.3.

Na Área de Desempenho Transferência dos Pacientes a inclusão de aspectos, processos para transferir paciente, identificação da instituição de referência, existência de profissional para monitorar transferência e necessidade de transporte foram considerados importantes e necessários, tendo os três consultores especificado critérios. Somente a enfermeira considerou importante incluir a necessidade do processo de transferência ser documentado no prontuário do paciente.

Com relação à função Avaliação do Paciente, esta contém 3 áreas de desempenho: avaliação inicial, serviço de laboratório e serviço de radiologia, porém para esse estudo foi utilizada apenas a área de desempenho relativa à avaliação inicial.

Os padrões incluídos na área de avaliação inicial referem-se a aspectos do processo de avaliação inicial, documentação em prontuário, existência de protocolos clínicos, triagem quanto ao estado nutricional e necessidades funcionais, reavaliações e responsabilidades pelas reavaliações.

Dos 14 padrões que foram encaminhados para os consultores, 3 não foram considerados importantes e necessários para serem incluídos nas orientações do instrumento de avaliação. Esses padrões referem-se a prazos das avaliações, identificação das necessidades de cuidados médicos e de enfermagem na avaliação inicial e avaliações iniciais individualizadas. A consultora enfermeira ressalta que não há identificação feita de forma sistemática e direcionada aos diversos aspectos do atendimento do paciente com queimaduras, bem como há falta de abordagem interdisciplinar para avaliação individualizada.

Os consultores consideraram importantes os aspectos relacionados à determinação pela instituição de avaliações com base em leis e regulamentos, o uso de protocolos clínicos, realizar avaliações de fatores físicos, psicológicos, sociais, exames e histórico clínico, documentação da avaliação médica antes da anestesia, realização de triagem dos pacientes identificando estado nutricional e necessidades funcionais, realização de plano de alta e avaliações especializadas e reavaliação de pacientes.

Acreditam que esses aspectos dos padrões analisados devem ser incluídos nas orientações para a elaboração de instrumento de avaliação e apresentaram textos/critérios para eles.

No caso dos padrões que abordam sobre avaliação documentada no prontuário, avaliação inicial de enfermagem e responsabilidades pelas avaliações e reavaliações, ponderam que deveriam ser incluídos, embora já estivessem sendo incorporadas às práticas vivenciadas nos hospitais.

Com relação a função Cuidado ao Paciente, esta contém as seguintes áreas de desempenho: Cuidado a todos os pacientes, cuidado aos pacientes de alto risco e serviços de alto risco, assistência em anestesia, assistência cirúrgica, uso de medicamentos, assistência nutricional e gerenciamento da dor e assistência aos pacientes terminais, porém para esse estudo foi utilizada apenas a área de desempenho relativa a cuidado a todos os pacientes.

Os padrões incluídos na área de cuidado a todos os pacientes referem-se a aspectos sobre a uniformização do cuidado, documentação em prontuário, autorização de profissionais para fazer registro no prontuário em local padronizado, acesso do prontuário por outros profissionais, mudança do plano de cuidado, orientação do cuidado por protocolos clínicos e rotinas técnicas.

Dos 8 padrões encaminhados aos consultores, todos foram vistos como importantes e necessários e que mereciam ser incluídos nas orientações para a elaboração do instrumento de avaliação.

Os consultores observaram dois padrões CP.2 e CP.2.4, que falam sobre processo para integrar e coordenar o cuidado prestado e os profissionais terem acesso às anotações registradas por outros profissionais, como importantes e estabeleceram critérios. Quanto aos padrões CP 2.2, 2.3, 3 e 4 ressaltaram a importância mas acham que já vem sendo prática dos hospitais.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi o de orientar a construção de um instrumento de avaliação do cuidado ao paciente queimado, incorporando a abordagem da acreditação aos protocolos da Sociedade Brasileira de Queimaduras e da American Burn Association.

Demonstrou-se que muitos aspectos do processo do cuidado ao paciente, abordados pela acreditação, estão ausentes de protocolos clínicos específicos para o paciente queimado. Em grande parte sua incorporação foi considerada importante pelos três consultores para favorecer a melhora do cuidado ao paciente queimado.

Durante a análise do material dos especialistas identificou-se que o trabalho teria sido mais amplo se ao grupo de consultores fossem incorporados outros profissionais de saúde, tais como: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, etc. Também notou-se que como foram escolhidos 3 consultores (2 médicos e 1 enfermeira), a enfermeira ficou em desvantagem com relação as suas sugestões emitidas no questionário.

Observou-se que os protocolos abordam as intervenções, momento a momento, não se preocupando com o processo de cuidado, como por exemplo, o estado psicológico do paciente queimado.

A interação da equipe, a mudança de responsabilidade, a continuidade do cuidado, a transferência e o transporte também estavam ausentes nos protocolos. Esses aspectos foram considerados importantes e necessários para serem incluídos no instrumento que se pretende elaborar.

Ao se comparar as informações contidas nos protocolos (brasileiro e americano) com os padrões do Manual Internacional do CBA/JCI, pode-se perceber que o protocolo americano atendeu a um número maior de padrões que o brasileiro, na função Cuidado ao Paciente.

Os aspectos relativos à informação de paciente/familiares na admissão, registro e disponibilidade de informações nos prontuários, estabelecimento de prazos de avaliações, identificação de necessidade no momento da admissão, estavam ausentes dos protocolos e foram sistematicamente considerados pelos dois consultores médicos como não importantes, portanto não deverão ser incluídos no instrumento. Em alguns casos, a alegação é de que essas práticas já são totalmente incorporadas à rotina atual.

É interessante notar que há discordância ente os consultores médicos e a consultora enfermeira quanto à prática atual.

Notou-se também, que o profissional de enfermagem traz preocupações sobre a participação da equipe como um todo, visando melhoria do cuidado prestado ao paciente queimado.

7- REFERÊNCIAS:

AMERICAN BURN ASSOCIATION. *Guidelines for the operation of burn units*.
Disponível em: <www.ameriburn.org/pub/guidelinesops.pdf>. Acesso em: 12/12/03.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for optimal care of injured patients: guidelines for the operation of burn units*. Chicago, 1999.

ARTZ, C. P.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BAPTISTA, B. S. O desenvolvimento do processo de acreditação de hospitais no Brasil. *Brasília Médica*. Brasília, v. 35, n. 3-4, p. 99-102, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 nov. 2000, Seção 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1274, de 22 de novembro de 2000. Exclui alguns procedimentos da Tabela do SIH/SUS e SIA/SUS, bem como inclui outros procedimentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 fev. 2000, Seção 1, p. 67-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão SAS quadriênio 1998-2001*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. *Manual de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro: Cesgranrio, 2000.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro: CBA: UERJ: CEPESC, 2003. 241p.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>> Acesso em: 23/02/04.

CORDEIRO, H. Acreditação de serviços de saúde: controvérsias, perspectivas e tendências para o aprimoramento da qualidade. ENSAIO: *Avaliação e políticas públicas em educação*. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, v. 8., número especial, jun. 2000.

COSTA, L. C. *Cuidados pós queimaduras*. Disponível em <<http://elologica.br>. Inter.net/lccosta/queimad2.htm>. Acesso em: 20/02/03.

GOMES, D.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. *Queimaduras: sinopse histórica do tratamento de queimados*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

INSTITUTO COR. Relatório Brasil: queimados. São Paulo: Mimeo. 2002.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. *Rotina de Atividades do Centro de Tratamento de Queimados*. 2. ed. Fortaleza: Instituto Dr. José Frota, 2001. p. 24.

JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *A new approach to JCAHO accreditation standards*. Disponível em: <<http://www.jchao.org/accredited+organizations/hospitals/standards/revisions/index.htm>>. Acesso em: 09/05/03.

JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Manual de padrões de acreditação hospitalar - Joint Commission International*. 2. ed. Rio de Janeiro: Mimeo. 2003.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL. Disponível em: <<http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=256>>. Acesso em: 06/06/04.

JUNIOR, E. et al. *Tratamento inicial do paciente queimado*. São Paulo: [s.n], 2002.

FELIPPE JUNIOR, J. *Pronto Socorro: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990.

M. JÚNIOR, W. V. *Anteprojeto de tese para o doutorado em saúde pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

MELLO, J. F.; SILVA, T. E.; MOLON, R.P. Abordagem primária ao paciente queimado. *Revista Científica da AMECS*. [S.l]: [s.n], v.6, n. 1, p. 61-68, 1997.

NERY, G. B. L et al. *Protocolo do serviço de queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira"*. São Paulo, 1998.

NERY, G. B. L et al. *Revisão e atualização da Resolução SS 642, de 20 de dezembro de 1994*. Comissão de Coordenação do Programa de Queimaduras da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual. São Paulo, 1999.

NOVAES, H. M.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. *Brasília Médica*. Brasília, v. 35, n. 3-4, p. 93-98, 1998.

O' LEARY, D. S; DONAHUE, K, T. Visão conceitual: a evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. ENSAIO: *Avaliação e políticas públicas em educação*. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, v.8, número especial. Jun. 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 06/06/04.

PAIVA, S. S. *Paciente queimado: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência*. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PICCOLO, N.S. et al. *Projeto Diretrizes: queimaduras*. Disponível em: <<http://www.amb.org.br/projeto-diretrizes/100-diretrizes/QUEIMADU.PDF>>. Acesso em: 12 maio 2003.

RODRIGUEZ, I. A . M. *Acidente por queimaduras com álcool: subsídios para a implantação de ações preventivas*. 1995. 87 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 1995.

ROONEY A. L. V. ; OSTENBERG P. R. *Licenciamento, Acreditação e Certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. [S.l]: Mimeo. 2001.

RUSSO, A . C. *Tratamento das queimaduras*. São Paulo: Sarvier, 1967.

RUSSO, A . C. *Tratamento das queimaduras*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1976.

SANTOS, M. P. C. A et al. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. *ENSAIO: Avaliação e políticas públicas em educação*. 1. Rio de Janeiro, v.8., número especial. Jun. 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Resolução/SS/SES-SP nº 642, 20 de dezembro de 1994. Aprova a norma técnica que disciplina assistência aos pacientes com queimaduras atendidos nos serviços públicos conveniados e contratado, no âmbito do SUS/SP. *DOE*, São Paulo, SP, 21 dez 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *Normatização de Atendimento ao Queimado*. São Paulo: [s.n.], 2003.

TEMPORÃO, J. G et al. O Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde, origens e experiências. *ENSAIO: Avaliação e políticas públicas em educação*. Rio de Janeiro, v.9, número especial, jun. 2000.

ANEXO A: Centros de Referência em Assistência a Queimados por Estado

Ano:/2003

UF	CENTROS PREVISTOS	CENTROS CADASTRADOS
SP	14	12
MG	7	5
RJ	5	2
BA	5	1

RS	4	2
PR	4	1
PE	3	1
CE	3	1
PA	2	0
SC	2	2
GO	2	2
MA	2	0
PI	1	0
AM	1	0
MT	1	0
MS	1	1
DF	1	1
SE	1	1
TO	1	2*
PB	1	1
ES	1	2**
AL	1	1
RN	1	0
RO	1	0
AC	1	0
AP	1	0
RR	1	0
TOTAL	68	38

Fonte: SAS/MS

* Em razão das grandes distâncias geográficas no Estado de Tocantins, foram cadastrados 2 Centros, um no Norte e outro no Sul.

** Um Centro pediátrico e outro geral.

ANEXO B: Lista de Padrões do Manual Internacional do CBA/JCI utilizada nesse estudo

FUNÇÃO: ACESSO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

ÁREAS DE DESEMPENHO: Acesso, Continuidade, Alta, Referência e Acompanhamento e Transferência dos Pacientes.

Padrões:

ACC. 1 – Os pacientes têm acesso aos serviços da instituição com base na identificação de suas necessidades, na missão da instituição e nos recursos disponíveis.

ACC .1.1 – A instituição tem um processo para admitir pacientes.

ACC.1.1.1 – Pacientes com necessidades de cuidados imediatos ou de emergência são prioritariamente avaliados e tratados.

ACC.1.1.2 – As necessidades prioritárias de cada paciente, de serviços preventivos, paliativos, curativos e de reabilitação são identificadas no momento de sua chegada à instituição.

ACC.1.2 - O processo de admissão inclui o fornecimento das informações ao paciente e seus familiares sobre os cuidados propostos, os resultados esperados e as possíveis despesas de responsabilidade do paciente.

ACC. 1.3 – A instituição tem um processo definido para reduzir barreiras físicas, idiomáticas, culturais e outras, para o acesso e a prestação de serviços.

ACC . 1.4 - Testes diagnósticos são realizados para determinar as necessidades do paciente e definir se o mesmo deve ser admitido, transferido ou referido.

ACC. 1. 5 – A admissão e a transferência para unidades de cuidados intensivos ou especializados são determinadas por critérios estabelecidos.

ACC . 1.6 – Protocolos ou critérios estabelecidos determinam a inclusão em projetos de pesquisa ou outros programas desenvolvidos para atender as necessidades de pacientes especiais.

ACC . 2 – A instituição planeja e executa processos que garantam a continuidade do cuidado ao paciente e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.

ACC .2.1 – Em todas as fases do cuidado, há um profissional qualificado identificado como responsável pela assistência ao paciente.

ACC .2.2 – As informações sobre o cuidado prestado ao paciente e a resposta ao tratamento são compartilhadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em cada turno de trabalho, nas trocas de plantão e durante as transferências entre unidades.

ACC . 2.3 – O prontuário do paciente está disponível para os profissionais de saúde, otimizando a troca de informações.

ACC .2.4 – As informações relacionadas à assistência prestada acompanham o paciente na sua transferência.

ACC .3 – Existe um processo para dar alta ou referir os pacientes de forma adequada.

ACC. 3.1 – A instituição coopera com os profissionais de saúde e com órgãos externos para assegurar referências pertinentes e oportunas.

ACC. 3.2 – Os pacientes e, quando necessário seus familiares, recebem na referência ou na alta, informações claras sobre como e onde darão continuidade aos cuidados.

ACC . 3.3 – O prontuário do paciente contém cópia do sumário de alta.

ACC . 4 – Existe um processo para transferir adequadamente os pacientes para outra instituição que atenda às suas necessidades de continuidade de cuidado.

ACC . 4.1 – A instituição, ao encaminhar o paciente, identifica se a instituição de referência pode atender às suas necessidades de continuidade do cuidado.

ACC . 4.1.1 – A instituição estabelece acordos e convênios formais ou informais com instituições de referência para assegurar a continuidade do cuidado para seus pacientes.

ACC . 4.2 – A instituição fornece à instituição de referência, um relatório por escrito, sobre as condições clínicas e as intervenções realizadas no paciente encaminhado.

ACC .4.3 – Durante a transferência, um profissional de saúde qualificado monitora as condições do paciente.

ACC .4.4 – O processo de transferência é documentado no prontuário do paciente.

ACC .5 – O processo de referência, transferência ou alta considera as necessidades de transporte do paciente.

FUNÇÃO: AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ÁREA DE DESEMPENHO: Avaliação Inicial

Padrões:

AP.1 – As necessidades de todos os pacientes atendidos pela instituição são identificadas através de um processo de avaliação definido.

AP.1.1 – A instituição determina o escopo e o conteúdo da avaliação com base nas leis e regulamentos aplicáveis.

AP.1.2 – Protocolos clínicos, quando disponíveis e adotados pela instituição, são utilizados para orientar a avaliação do paciente e reduzir as variações indesejadas.

AP .1.3 – As avaliações são concluídas no prazo estabelecido pela instituição.

AP.1.4 – Os achados da avaliação estão documentados no prontuário do paciente e prontamente disponíveis para os responsáveis pelo cuidado ao paciente.

AP. 2 – A avaliação inicial de todos os pacientes inclui a avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, inclusive o exame físico e histórico médico.

AP.2.1 – As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são identificadas na avaliação inicial do paciente.

AP .2.1.1 – A avaliação médica inicial é documentada no prontuário nas primeiras 24 horas depois da admissão do paciente ou antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política do hospital.

AP . 2.1.2 – A avaliação médica inicial é documentada antes da anestesia ou de tratamento cirúrgico.

AP. 2.1.3 – A avaliação médica inicial do paciente na emergência é adequada às suas condições e necessidades.

AP. 2.1.4 – A avaliação inicial de enfermagem está documentada no prontuário do paciente, no prazo estabelecido pela instituição.

AP. 2.2 – Todos os pacientes sofrem uma triagem quanto ao estado nutricional e necessidades funcionais e, quando necessário, são referenciados para avaliação adicional e tratamento.

AP . 2.3 – A instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para os pacientes em condições especiais por ela atendidos.

AP. 2.4 – A avaliação inicial inclui a determinação da necessidade de um plano de alta e de avaliações especializadas adicionais.

AP. 3 – Todos os pacientes são reavaliados em intervalos apropriados para determinar sua resposta ao tratamento e propor a continuação do tratamento ou a alta.

AP. 4 – Profissionais qualificados realizam as avaliações e reavaliações.

AP. 4.1 – As responsabilidades pela avaliação e reavaliação são definidas por escrito.

FUNÇÃO: CUIDADO AO PACIENTE

ÁREA DE DESEMPENHO: Cuidado a todos os Pacientes

Padrões:

CP. 1 – Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis e vigentes.

CP. 2 – Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada paciente.

CP. 2.1 – O cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário.

CP. 2.2– Os profissionais autorizados a prescrever fazem o registro da prescrição no prontuário do paciente, em local padronizado.

CP. 2.3 – Os procedimentos realizados são registrados, por escrito, no prontuário do paciente.

CP. 2.4 – Cada profissional envolvido no cuidado ao paciente tem acesso às anotações registradas por outros profissionais, de acordo com a política da instituição.

CP. 2.5 – O plano de cuidado ao paciente é modificado quando indicado por uma alteração nas condições do paciente.

CP. 3 – Protocolos clínicos, quando disponíveis e adotadas pela instituição, orientam o cuidado ao paciente.

CP. 4 – Rotinas técnicas, quando disponíveis e adotadas pela instituição, orientam os processos de cuidado ao paciente.

CP. 5 – Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes de alto risco e os serviços de alto risco.

CP. 5.1 – Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em situação de emergência.

CP. 5.2– Políticas e procedimentos orientam utilização de procedimentos de ressuscitação em toda instituição.

CP. 5.3– Políticas e procedimentos orientam o manuseio, utilização e transfusão de sangue e hemoderivados.

CP. 5.4– Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em suporte avançado de vida ou em coma.

CP. 5.5 – Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes portadores de doenças transmissíveis e aos pacientes imunodeprimidos.

CP. 5.6 - Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes em diálise.

CP. 5.7 – Políticas e procedimentos orientam o uso de contenção e o cuidado aos pacientes contidos no leito.

CP . 5.8 – Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes vulneráveis, como idosos e crianças.

CP . 5.9 – Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes submetidos à sedação moderada ou profunda.