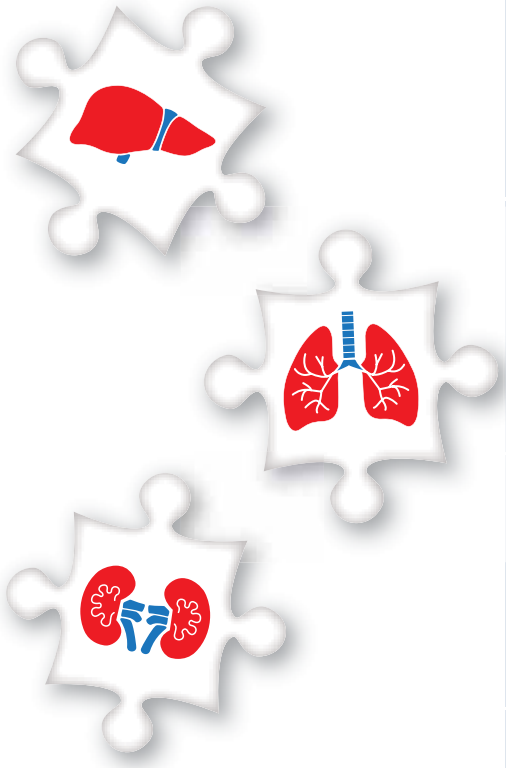
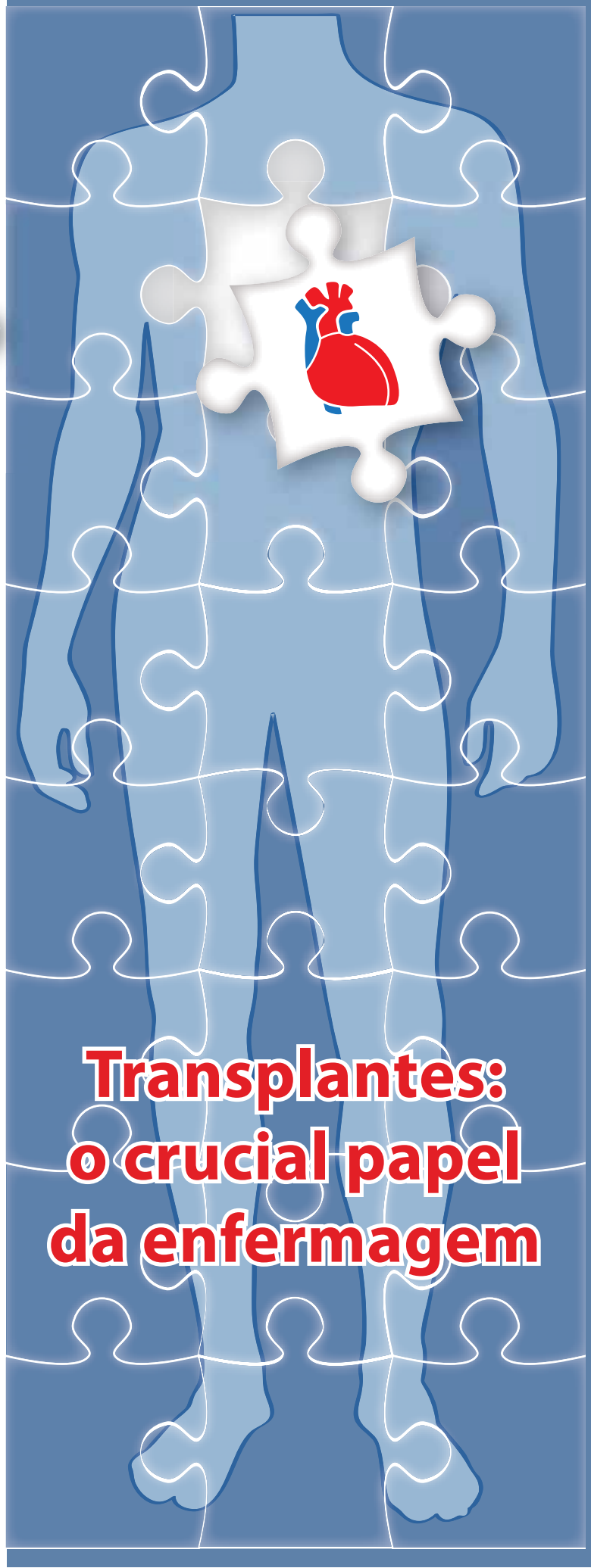
enfermagemRevista





Transplantes: o crucial papel da enfermagem

Coren SP
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Unir, participar e avançar

publicação oficial do COREN-SP
número 1 • agosto de 2012

Atendimento com hora marcada

Uma facilidade a serviço do profissional

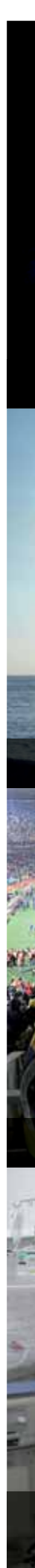
Agendar o atendimento pela internet é a melhor maneira de poupar tempo.

Entre no site do COREN-SP e agende o dia e horário mais conveniente para você.

Você irá perder 5 minutos com o agendamento, mas irá economizar muito tempo evitando filas e uma espera de aproximadamente 45 minutos para ser atendido sem hora marcada.

Exercite esta ideia e usufrua dos serviços que o COREN-SP disponibiliza para facilitar a sua vida.

Atendimento com hora marcada



Índice

enfermagemRevista | Nº 01 - Agosto de 2012

4 **EDITORIAL**

5 **OPNIÃO DO LEITOR**

6 **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS**
Do fim ao renascimento

11 **SEGURANÇA DO PACIENTE: ERROS DE MEDICAÇÃO**
Artigo de Mario Borges Rosa

14 **OFFSORE E AQUAVIÁRIOS**
Além do horizonte: a enfermagem nas águas

20 **ACREDITAÇÃO**
Processos de acreditação e a segurança do paciênte

22 **ATENDIMENTO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS**
Uma multidão sob perigo

26 **FERIDAS**
Especialização e comunicação pela cicatrização

32 **AACD**
Independência que faz a diferença

35 **ENTREVISTA - ENFERMAGEM FORENSE**
Entrevista com Rita de Cássia Silva e Karen Beatriz Silva

38 **UTI NEONATAL**
Grandes ciudados para pequenos pacientes

42 **DOR NEONATAL**
Métodos simples para avaliar a dor

44 **CUIDADOS PALIATIVOS**
Qualidade de vida é busca fundamental dos cuidados paliativos

47 **A ENFERMAGEM E O CANTO GREGORIANO**
Artigo de Ana Paula Almeida

50 **CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012**
Bons samaritanos

52 **SAMUZINHO**
Quando os trotes deixam de ser uma brincadeira

55 **PERFIL DA ENFERMAGEM**
Pesquisa nacional levantará o perfil da enfermagem paulista e brasileira

56 **30 HORAS**
E a luta continua...

58 **ENTREVISTA - ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM**
Entrevista com Prof. Dra. Lucida Amaral Carneiro Vianna

61 **CONTAS**
Demonstrativo de despesas e receitas do COREN-SP

62 **CÓDIGO DE ÉTICA**
Processo éticos

65 **NA ESTANTE**

66 **AGENDA DE EVENTOS**

Editorial

Esta edição vem de encontro ao processo de valorização do profissional de enfermagem nas diversas áreas de atuação. Mostrar que esta profissão quando bem empregada pode realizar verdadeiros "milagres" diários através de seu papel independente e fundamental na recuperação de pacientes gravemente doentes, pacientes crônicos, pacientes transplantados ou deficientes.

Os assuntos aqui abordados mostram que, quando inserido num contexto onde se pode mostrar o conhecimento e a habilidade adquirida, o profissional de enfermagem pode ser amplamente reconhecido, ter orgulho da sua profissão e descobrir aptidões que vão além das portas das instituições comuns de saúde, como hospitais e clínicas. Também salienta que acreditamos na força desta categoria, que está se unindo e se mobilizando na luta pela aprovação das 30 horas, mostrando a cara e marcando presença no Congresso Nacional em Brasília, resgatando a autoestima que tanto prezamos.

Nas reportagens que ilustram as páginas seguintes será possível absorver um pouco desse universo amplo que é a enfermagem, navegando sobre um mar imenso de oportunidades com a matéria sobre "enfermagem offshore e aquaviária"; desvendar as possibilidades investigativas na "enfermagem forense"; despertar para a maturidade da espiritualidade e se descobrir apto para a "enfermagem com cuidados paliativos"; acompanhar e se engajar ainda mais na luta pelas 30 horas, tema de suma importância para enfermagem em "e a luta continua...".

A revista tem a finalidade de ampliar horizontes, de levar mais conhecimentos e prestar serviços. Um instrumento à disposição dos profissionais, afinal ela é feita para todos nós!

Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Presidente

Coren SP
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Unir, participar e avançar

Presidente
Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Vice-presidente
Fabíola de Campos Braga Mattozinho
Primeiro-secretário
Donato José Medeiros
Segundo-secretário
Marcus Vinicius de Lima Oliveira
Primeira-tesoureira
Danielle Cristine Ginsicke
Segundo-tesoureiro
Rosalvo Rozendo de Souza
Comissão de Tomada de Contas
Presidente: Vagner Urias
Membros: Adrilani Cristina Belchior; Andrea Bernardinelli Stornioli; Luciano da Silva; Silvia Ferreira Bueno
Conselheiros titulares
AdrianaMachado,AnaMárciaMoreiraDonnabella, AnaMariaCostaCarneiro,AneleCristinaJaracevskis, Dorly Fernanda Gonçalves, Estevão Luis Silva Bassi,JoséRobertoCorreiaMarcíliaRosanaCriveli Bonacordi Gonçalves, Maria Edith de Almeida, Ramon Moraes Penha,

Conselheiros suplentes
Ariane Leonardo Peron, Arlete Alves dos Santos Maia,EvandroRafaelPintoLira,JordaniaAparecida daCunhaCardoso,,LucéliaRibeiroBilati,Lucinéa CristinoMesquita,MarcelWillanLobato,MariaLuiza Marques da Cruz, Maria Silvia de Andrade Rosa Longo,MarieliOlseferMonfredini,MiriamSusana LocatelliMarquesdaSilva,MônicadosSantosSilva, NairSatikoTachikawa,NataliaCustódioAlmeida Akamine, Rosangela de Mello, Sandra Maria BatistaGrossi,VanessaMariaNunesRoque,Vilma AparecidaRitaAntonio,WilsonVenanciodaCunha.

enfermagemRevista

Departamento de Comunicação

Gerente / Jornalista Responsável: Fátima Martins (MTb 15278)

Jornalistas:LuisGuilhermeNakajo(MTb64553), Patrícia Cardoso de Mello (MTb 29238), André Paulo Loducca Guerreiro (estagiário).
DesignersGráficos:GilbertoLuizdeBiagi,Gabriela Barros da Rocha Martins (estagiária).
Relações-Públicas:MarcusViníciusdeJesusBonfim
Analista de Marketing: Fernanda Harumi Kamonseki
Colaboradores: Jamille Honorato (eventos) e AlexandreMoitinhoCanodeMedeiros(secretaria de redação)
Fotografia:AgênciaBrasil,SPOT-HC,SamuzinhoS. André,everystockphoto.com,photoxpress.com,sxc.hu,arquivospessoaiscedidosaeR,arquivoAACD, Criselli Montipó - Unibrasil e arquivo COREN-SP.
Impressão e Acabamento: Gráfica Posigraf
Tiragem desta Edição: 360.000 exemplares

enfermagemRevista é uma publicação trimestraldagerênciadecomunicaçãodoConselho RegionaldeEnfermagemdoEstadodeSãoPaulo

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Al. Ribeirão Preto, 82, Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01331-000
www.coren-sp.gov.br

"Gostarias de parabenizar a nova gestão do COREN e dizer que estou muito feliz pela volta da publicação da revista".

Giseli Souza Soares, Santos -SP
Enfermeira, COREN-SP 88115

eR: A redação da revista agradece e deseja que você continue prestigiando a publicação.

"Parabéns a nova equipe do COREN, há tempos esperávamos por mudanças positivas, tomara que seja realmente para melhor".

Juliana Muller, São Paulo -SP
Enfermeira, COREN-SP 88276

eR: A Equipe agradece e se esforçará para melhorar a cada dia.

"Li e aprovei a nova revista do COREN e quero pedir para vocês fazerem uma reportagem mostrando a atuação da enfermagem em pronto socorro."

Alexandre Joaquim da Silva, Cubatão -SP
Auxiliar de enfermagem, COREN-SP 459508

eR: Que boa dica Alexandre, a redação irá providenciar uma matéria sobre o assunto.

"A revista ficou muito bonita mas eu quero ler matérias sobre nossa profissão e não apenas assuntos relacionados com a gestão, seria possível uma reportagem sobre transplantes?"

Andressa Matos, Pindamonhangaba -SP
Enfermeira, COREN-SP 88094

eR: Sim. Já nesta edição você poderá acompanhar a matéria "Do fim ao Renascimento" na qual abordamos o importante papel da enfermagem neste setor.

"Eu gostaria de saber se posso enviar sugestões de matérias para a revista e de quanto em quanto tempo ela será entregue? Também posso escrever artigos para a revista?"

Claudia Graner, São Paulo -SP
Enfermeira, COREN-SP 68727

eR: Pode enviar sugestões e pode escrever artigos, porém ambos serão avaliados pela equipe de redação e pela diretoria, se for pertinente publicá-las, certamente o faremos. Quanto à periodicidade, a revista chegará a cada 3 meses no seu endereço cadastrado no COREN-SP.

Envie sua opinião para:
revista@coren-sp.gov.br
ou
Al. Ribeirão Preto, 82
Bela Vista
São Paulo-SP - CEP 01331-000

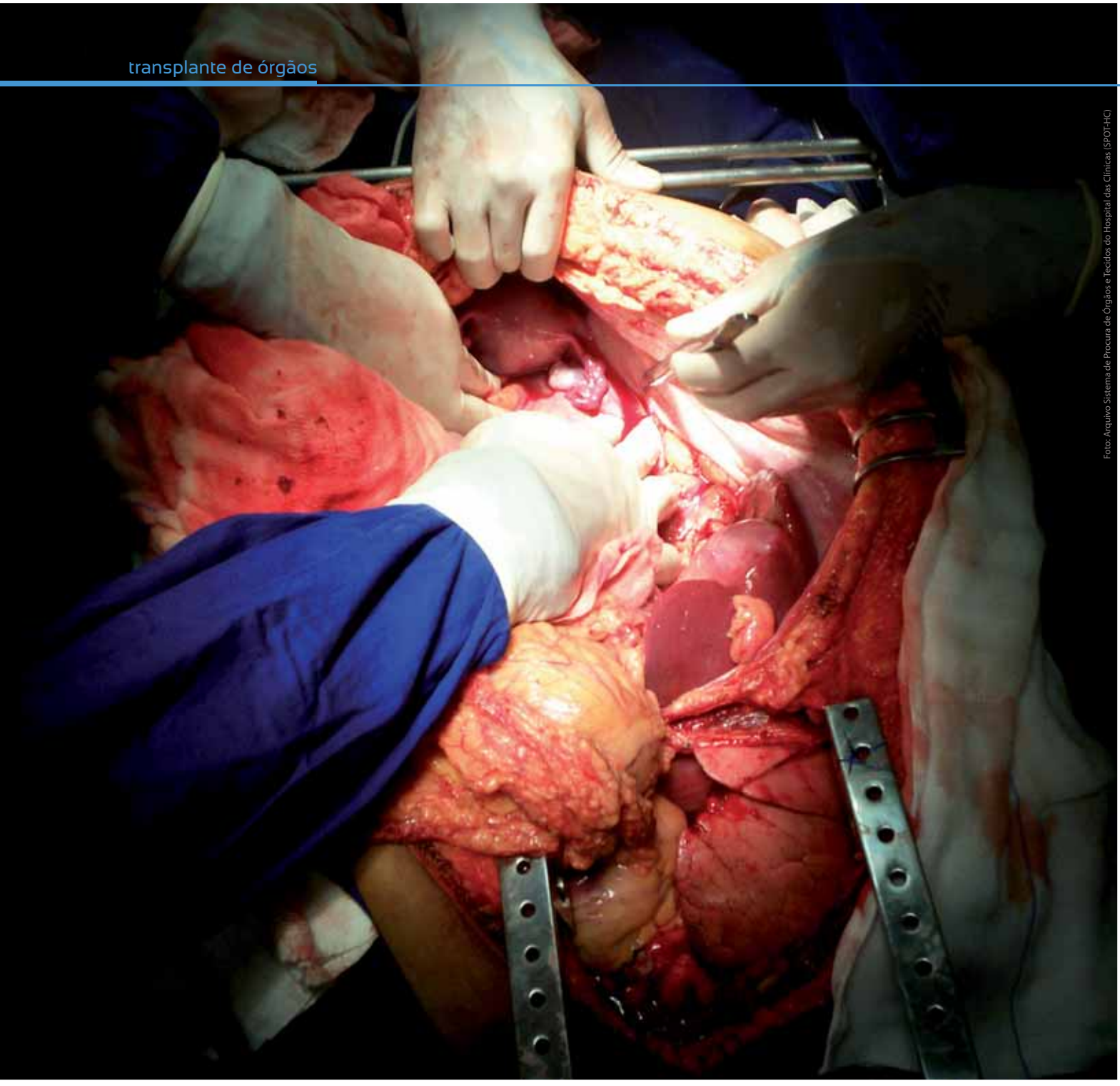


Foto: Arquivo Sistema de Procura de Órgãos e Tecidos do Hospital das Clínicas (SPOT-HC)

DO FIM AO RENASCIMENTO

A MORTE DE UNS PODE SALVAR A VIDA DE OUTROS QUE ESTÃO EM RISCO

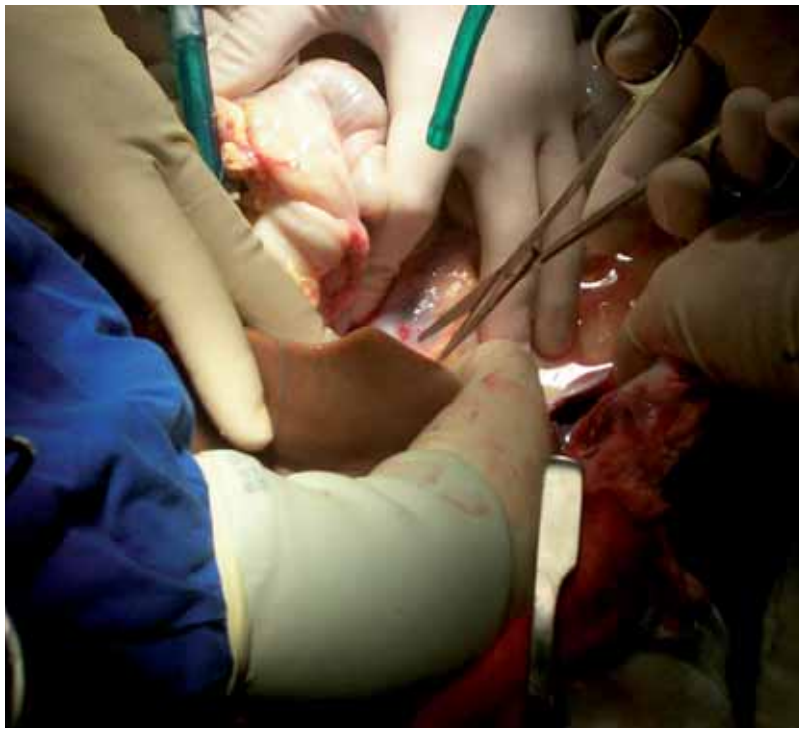
Foto: Arquivo Sistema de Procura de Órgãos e Tecidos do Hospital das Clínicas (SPOT-HC)

Não há lado bom quando uma pessoa falece, ainda mais quando se trata de um familiar querido, mas é possível enxergar além da dor e do sofrimento. Pensar que ele ainda pode ajudar a salvar outras vidas pode confortar a família e até trazer algum consolo.

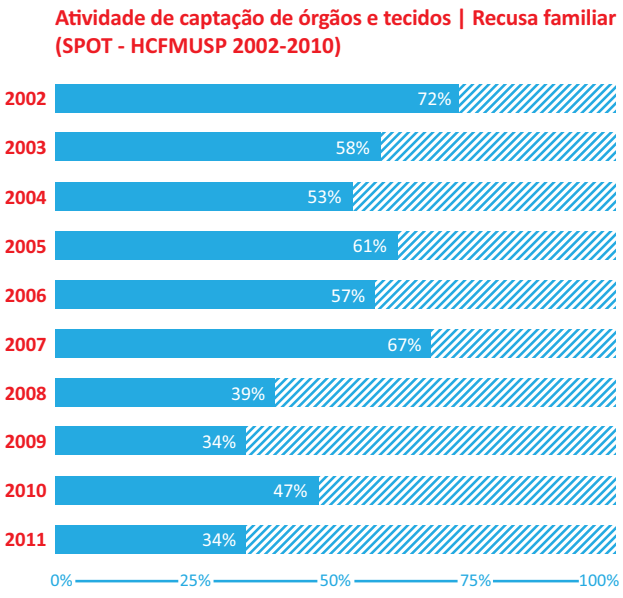
Os preconceitos contra a doação de órgãos estão desaparecendo gradativamente. A sociedade está mais consciente da sua importância, de como essa atitude pode salvar uma ou até várias vidas. E isso deve ser creditado à estrutura, principalmente a de cidades, como São Paulo, para incentivo e realização de transplantes, fruto do esforço das entidades de saúde e dos profissionais da área, que promovem a constante ampliação desse setor.

O profissional de enfermagem tem um papel de extrema relevância nesse processo, pois está efetivamente envolvido em todo o trâmite. Inicialmente, é feita a identificação do potencial doador, mediante o diagnóstico de morte encefálica, confirmada através de três exames médicos, acompanhados pela enfermagem. Paralelamente a esse diagnóstico, é feita uma avaliação clínica e laboratorial, a fim de verificar a aptidão do indivíduo para doar.

Após isso, vem uma das mais importantes, se não a principal etapa do processo quando o profissional de enfermagem comunica e explica a ocorrência da morte encefálica à família da pessoa e realiza a chamada "Entrevista Familiar para a Doação de Órgãos", pois é a família que decide se dispõe dos órgãos e tecidos do falecido. Caso haja a recusa da família, todo o processo se finda e os órgãos que poderiam salvar vidas perdem essa nobre finalidade. Portanto, é fundamental que haja todo um preparo psicológico do enfermeiro, que o permita explicar à família que a morte encefálica é uma morte de fato e a importância que os órgãos do seu ente querido podem ter na vida de outras pessoas.



Equipe retirando o fígado do doador. (Foto: Arquivo SPOT - HC)



Em caso de consentimento familiar, o enfermeiro, do local em que estiver, deve realizar rapidamente a notificação do doador à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que fará a distribuição dos órgãos de acordo com a lista de espera do estado, seguindo critérios de compatibilidade e gravidade. Em seguida, há a extração dos órgãos e tecidos, quando as equipes de captação — compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem — da Secretaria de Saúde vão ao hospital, realizam a extração dos órgãos, o transporte e o implante.

"Sou integrante da equipe de captação, responsável por auxiliar os médicos na extração, levando materiais e medicamentos e, posteriormente, tenho a responsabilidade de armazenar o órgão de modo correto e transportá-lo até o HC, onde é feito o transplante", afirma Márcia Cristina Nascimento, auxiliar de enfermagem da equipe de captação de órgãos do Ambulatório de Transplantes e Cirurgia de Fígado do Hospital das Clínicas de São Paulo.

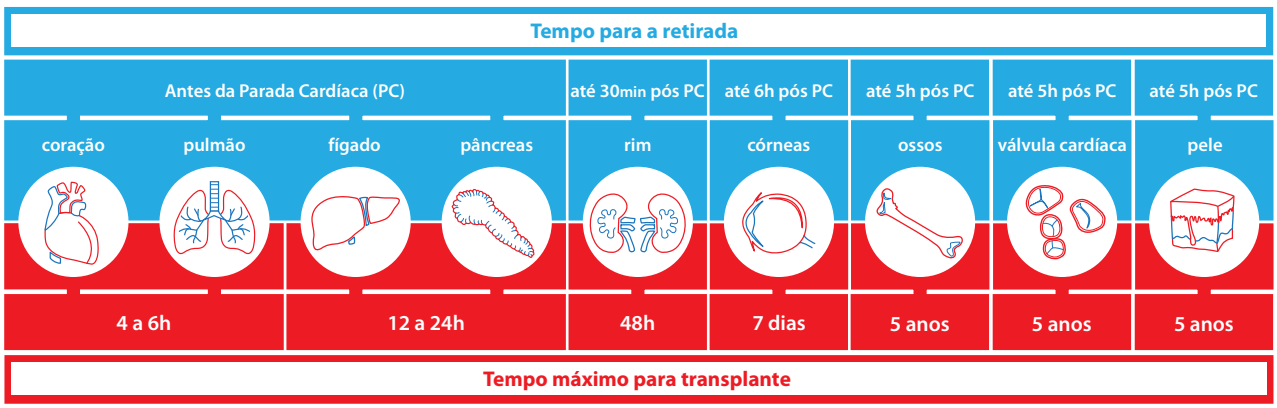
Os órgãos que podem ser transplantados são o coração, o pulmão, o fígado, o pâncreas, e o rim; já os tecidos que são passíveis de transplante são as córneas, as válvulas cardíacas, os ossos e a pele. Para que o transplante seja bem sucedido, o período entre a extração e a implantação do órgão ou do tecido é crucial, em razão do tempo de isquemia do mesmo.

O Sistema de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT) do Hospital das Clínicas de São Paulo é um dos quatro entes que desenvolvem o processo de captação de órgãos. Além deste, há SPOTs no Dante Pazzanese, na Santa

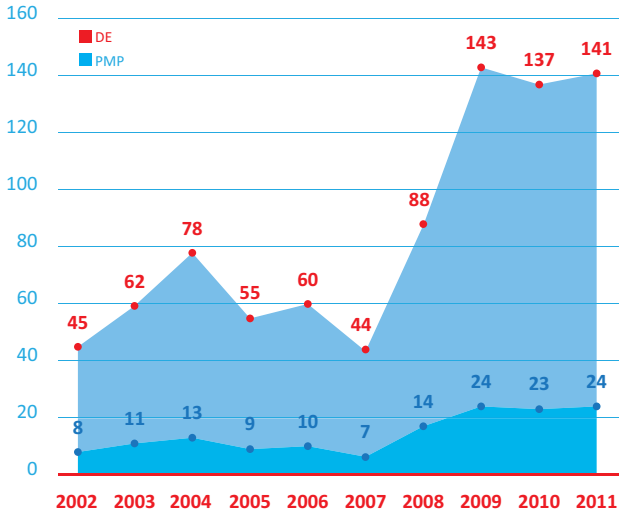
Fígado retirado do doador e preparado para transporte. (Fotos: SPOT - HC)

Enfermeiro Edvaldo de Leal Moraes realizando retirada de córnea. (Foto: Arquivo Pessoal)

TEMPO PARA RETIRADA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS



Atividade de doação de órgãos | Doadores efetivos (SPOT - HCFMUSP 2002- 2010)



Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini. (Foto: Arquivo SPOT-HC)

Casa de Misericórdia de São Paulo e no Hospital São Paulo. "Somos incumbidos de fazer e coordenar o processo de captação de órgãos, ou seja, de realizar a comunicação desse processo entre o hospital notificador, a central de transplante e as equipes transplantadoras. Temos uma série de funções, como identificar os potenciais doadores, avaliá-los, agilizar e fornecer o diagnóstico de morte encefálica, enfim, participamos de todo o trâmite", explica Edvaldo de Leal Moraes, vice-coordenador e enfermeiro encarregado do SPOT-HC.

Dessa maneira, a Secretaria de Saúde somente gerencia e administra o processo de distribuição de órgãos, de acordo com as informações e serviços prestados pelos SPOTs. Trata-se de um formato que vem obtendo sucesso na ampliação e no aprimoramento da captação de órgãos de São Paulo, demonstrado pelo índice Por Milhão de População (PMP), usado, mundialmente, para medir a quantidade de doadores por milhão de população de cada local.

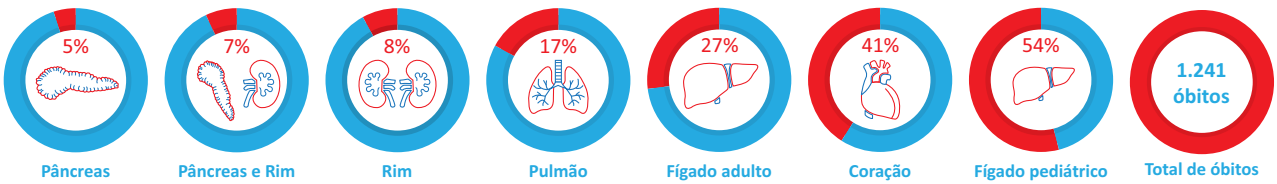
Apesar do desenvolvimento do estado de São Paulo, em razão dos avanços conquistados pela sua capital, e da crescente conscientização da população, os transplantes ainda precisam aumentar consideravelmente e os serviços prestados pelos profissionais de saúde também necessitam ser mais aprimorados para que se possa atender à demanda da lista de espera.

Inaugurado em junho de 2010, o Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini é o primeiro centro público de saúde especializado em transplantes de órgãos e tecidos do país. Possui capacidade para realizar mais de 600 transplantes anuais, sendo 200 de córneas, 240 de rim, 48 de pâncreas, 100 de fígado e até 48 transplantes de células de medula óssea.

A instituição conta com 153 leitos, sendo 21 de UTI, nove salas cirúrgicas e um laboratório de anatomia patológica para análises de biópsias. O corpo clínico é formado por 380 especialistas e fazem parte da equipe

TAXA DE MORTALIDADE EM LISTA DE ESPERA - ESTADO DE SÃO PAULO, 2011

Fonte: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de São Paulo - 2011



assistencial mais de 450 profissionais de enfermagem. Além de ter outras especialidades, como neurocirurgia, microcirurgia vascular, tratamento de Mal de Parkinson, epilepsia, saúde do homem, tratamento de hemofilia, e ser um centro de referência no tratamento de litíases.

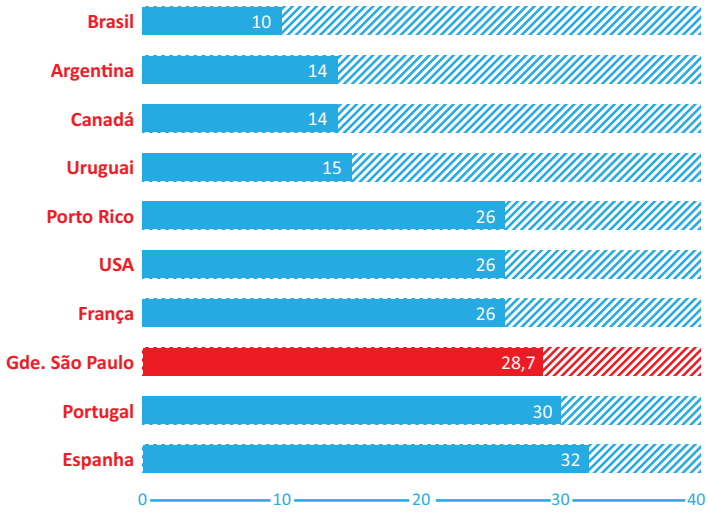
"Mesmo não conseguindo competir com os salários fornecidos pelos hospitais privados, incentivamos o aprimoramento e a especialização do nosso profissional e damos a ele autonomia para que gerencie os cuidados. É muito gratificante ajudar a salvar vidas, ainda mais em um hospital público", assegura Maria Teresa Gomes Franco, diretora de enfermagem do Hospital.

Os Sistemas de Procura de Órgãos e Tecidos e o Hospital de Transplantes estão entre as principais entidades responsáveis pela melhoria do serviço de transplantes de São Paulo, elevando o número de doação de órgãos e tecidos, e consequentemente, salvando mais vidas, o que resulta em dados que aproximam a cidade dos países mais desenvolvidos na área.

Entretanto, a discrepância desse serviço prestado no Brasil também fica evidente. O investimento feito e a especialização dos profissionais de São Paulo não são acompanhados por outras regiões do país — principalmente centro-oeste, norte e nordeste — e até por outros municípios do próprio estado. Isso tem consequências drásticas na vida de quem necessita de um transplante. "O que ocorre, normalmente, é que pessoas do Brasil todo acabam vindo morar em São Paulo e ficando em filas de espera daqui, pois a cidade é centro de referência em transplantes", diz Maria Teresa.

"Há o transporte de órgãos entre estados, no entanto, graças às dimensões continentais do Brasil, e nem todos os órgãos poderem ficar fora do corpo por muito tempo, esse transporte fica limitado. Para que haja uma melhoria nessa logística e nessa interligação entre os estados, precisa-se de investimento em transplantes, o que é caro. É necessário que se crie um centro de transplantes em todos os estados brasileiros", garante Edvaldo.

DOADORES EFETIVOS NO MUNDO (PMP)
Fonte: Transplant Procurement Management TPM - 2010



Em razão da necessidade de crescimento do serviço de transplantes no Brasil e até em outros municípios de São Paulo, Edvaldo acredita que o profissional de enfermagem que pretende se especializar nesta área pode esperar por um mercado em crescimento. "Creio que este será um campo de trabalho que irá se desenvolver muito no país, em um futuro bem próximo. Será um mercado muito promissor para o profissional. Há um aumento no número de cursos de especialização e haverá um crescimento do serviço em âmbito nacional e estadual".

Equipe realizando transplante. (Foto: Arquivo COREN-SP)

Segurança do paciente: Erros de medicação

por MARIO BORGES ROSA

Quando um paciente procura uma unidade de saúde para ser atendido, espera ter seu problema resolvido ou seu sofrimento aliviado. Passa pela cabeça do paciente que poderão ocorrer erros durante o seu atendimento? A resposta é não. A possibilidade de erros acontecerem nem é considerada, afinal se vidas humanas estão em jogo, o erro é inaceitável.

Por outro lado, os profissionais de saúde, devido a sua formação, não estão preparados para lidar e discutir sobre erros. Durante a graduação e o exercício profissional, esses problemas normalmente não são discutidos e geralmente nenhuma informação ou treinamento é oferecido sobre segurança do paciente (ROSA E PERINI, 2003).

Além disso, a abordagem dos erros no sistema de saúde é geralmente feita de forma individualista, considerando os erros como atos inseguros cometidos por pessoas desatentas, desmotivadas e com treinamento deficiente. Quando o erro ocorre, a tendência é escondê-lo ou punir o indivíduo e perde-se importante oportunidade de aprendizado (ROSA E PERINI, 2003).

Diante de um quadro como esse, perde-se de vista a própria condição humana do profissional de saúde. De forma não declarada, é como se a partir do momento que o profissional entra em uma unidade de saúde, transformasse-se em uma entidade não humana que obviamente não erra.

Os erros acontecem em qualquer tipo de atividade, inclusive na assistência à saúde. O primeiro passo para modificar esta situação é admitir isso e modificar a visão punitiva atualmente adotada. As causas dos erros são geralmente sistêmicas, tendo múltiplas origens, sendo também multiprofissional. A diminuição dos erros passará forçosamente pelo conhecimento dos motivos desses eventos e de trabalho conjuto da equipe multiprofissional (REASON, 2000).

Essa tendência à negação e à subnotificação dos erros na área da saúde prejudica os estudos feitos sobre segurança do paciente, pois muitas vezes não se consegue a visão real do que está acontecendo. Pesquisas revelam que parte considerável dos eventos adversos é evitável, demonstrando a possibilidade de se salvarem vidas, evitando-se o sofrimento humano e economizando-se recursos financeiros significativos (ASPDEN et al., 2007; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Em 1991, foi publicado pioneiro e marcante estudo sobre eventos adversos relacionados à internação nos EUA, o Harvard Medical Practice Study I, tendo sido avaliados 30.121 prontuários de pacientes hospitalizados em 51 hospitais do Estado de Nova Iorque. Eventos adversos ocorreram em 3,7% das hospitalizações, sendo que 13,6% deles levaram pacientes à morte. O evento adverso mais frequente no estudo citado foi aquele relacionado a medicamentos (BRENNAN et al., 1991).

Quando foi feita a estimativa baseada nos resultados obtidos no Harvard Medical Practice Study I, para o número total de pacientes hospitalizados nos Estados Unidos da América (EUA) por ano, chegou-se ao surpreendente número de 98.000 prováveis mortes causadas por eventos adversos relacionados à assistência (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Em consonância com esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Trata-se de um programa permanente, que conclama todos os países membros a tomarem medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde de todo o mundo (WHO, 2007).

Em todos os lugares do mundo, seja em paises desenvolvidos ou não, quando são feitos estudos sobre erros em unidades de saúde, os números obtidos são altos, inesperados e preocupantes. Esse é um problema globalizado e de saúde pública mundial (WHO 2007).

> “Em estudo realizado nos EUA, cada paciente internado em hospitais norte-americanos está sujeito a um erro de medicação por dia; anualmente, são registrados nessas instituições no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis, relacionados a medicamentos (ASPDEN, 2007).”

Os eventos adversos relacionados à assistência são importantes também no Brasil. Segundo Mendes e colaboradores (2009), em estudo feito em três hospitais de ensino brasileiros, verificou-se que a incidência de pacientes que sofreram eventos adversos durante a hospitalização foi de 6,7%; 66,7% desses eventos poderiam ter sido evitados. Relevante achado dessa pesquisa é que a possibilidade de prevenção dos eventos adversos nos hospitais estudados é maior nas instituições brasileiras do que a observada nos hospitais de países desenvolvidos. Essa diferença entre hospitais de países em diferentes níveis de desenvolvimento sugere que a prevenção de eventos adversos nas instituições brasileiras pesquisadas pode ser melhorada.

Quando o foco de atenção são os erros de medicação, verifica-se do mesmo modo a importância desses eventos. Em estudo realizado nos EUA, cada paciente internado em hospitais norte-americanos está sujeito a um erro de medicação por dia; anualmente, são registrados nessas instituições no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis, relacionados a medicamentos (ASPDEN, 2007).

Estudos realizados no Brasil sobre erros de medicação na prescrição, dispensação e administração de medicamentos mostraram que a frequência desses eventos é inesperadamente alta e medidas de prevenção devem ser implementadas para diminuir os danos aos pacientes e reduzir os custos associados à esses eventos (CARVALHO, CASSIANI, 2002, ANACLETO et al 2007, COSTA et al 2008, ROSA et al, 2009, SILVA et al 2011).

As medidas de prevenção de eventos adversos relacionados à assistência à saúde são várias e podem ser citadas: adoção da abordagem sistêmica dos erros, implantação de protocolos e indicadores para a melhoria dos processos de trabalho, adoção de rotinas escritas para monitorar os pontos de transição da assistência ao paciente, introdução de barreiras que impeçam a ocorrência de erros, melhoria do acesso à informação, instituição de protocolos especiais para medicamentos potencialmente perigosos, adoção da prescrição eletrônica com suporte clínico, adoção de listas de

verificação (checagem) para atividades mais complexas entre outras (COHEN 2006, ASPDEN 2007, FEDERICO 2007).

Os profissionais enfermeiros têm papel fundamental na prevenção e redução dos erros que ocorrem na assistência à saúde. Quando são analisados os erros de administração de medicamentos, verifica-se que o enfermeiro é geralmente a última oportunidade de se evitar um erro. Se falhas ocorreram em todas as outras etapas do processo (prescrição, transcrição, dispensação, preparo e diluição) somente o enfermeiro poderá interceptar esse erro e impedir que atinja o paciente. Podem ser citadas algumas medidas de segurança para diminuir os erros de administração de medicamentos: dupla checagem das diluições e dos cálculos de dose principalmente dos medicamentos potencialmente perigosos, atenção aos erros de comunicação da prescrição, adotar medidas de segurança para atendimento de prescrições verbais nos casos de urgência e emergência, identificação segura do paciente com pulseiras de identificação e utilização de código de barras, educação continuada sobre medicamentos, bem como a educação e aconselhamento dos pacientes sobre o seu tratamento (COHEN, 2006).

Considerando a importância dos eventos adversos na assistência à saúde, ocorre em Belo Horizonte, nos dias 17 e 18 de agosto de 2012, o "IV Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente: Erros de Medicação". O Instutito para Prática Seguras no Uso de Medicamentos (*www.ismp-brasil.org*) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), organizam o evento em questão. Uma excelente oportunidade para debater e assimilar novos conhecimentos sobre segurança do Paciente: erros de medicação no maior evento sobre segurança do paciente do Brasil. Maiores informações poderão ser obtidas pelo link *http://www.ismp-brasil.org/forum2012/*.

Referencias Bibliográficas

ANACLETO TA, PERINI E, ROSA MB. César CC. Drug-Dispensing Errors in the Hospital Pharmacy. Clinics. 2006;18:32-36.

ASPDEN, P. et al. (ed.). Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2007, 544 p. (Quality Chasm Series).

BRENNAN, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med, Boston, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991.

COHEN MR. Medication errors. 2ª ed. Washington: American Pharmaceutical Association; 2006. 680p.

COSTA LA, VALLI C, ALVARENGA AP. Medication dispensing errors at a public pediatric hospital. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(5):812-7.

FEDERICO 2007, F. Preventing harm from high-alert medications. Jt Comm J Qual Patient Saf.2007;33(9):537-42.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy of the Institute of Medicine, p. 223, 1999.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospital in Brazil. International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 4: pp. 279–284.

CARVALHO VT, CASSIANI SH. Medication errors and consequences for nursing professionals and clients: an exploratory study. Rev Lat Am Enfermagem. 2002 Jul-Aug;10(4):523-9.

REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320(7237): 768-70.

ROSA MB, PERINI E. Erros de medicação: quem foi? Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):335-41.

ROSA M.B. et al. Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. Rev Saude Publica, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 490-8, Jun, 2009.

SILVA, A.E.B.C. et al. Adverse drug events in a sentinel hospital in the State of Goiás, Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 378-386, Mar./Apr., 2011.

SMETZER J.L., COHEN, M.R. Preventing drug administration errors. In: COHEN MR. Medication errors. 2ª ed. Washington: American Pharmaceutical Association; 2006. p. 235-274.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2006–2007. Geneva. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/World Health Organization. Acesso em: dez. 2007.

Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques

ALÉM DO HORIZONTE: A ENFERMAGEM NAS ÁGUAS

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE "EMBARCARAM" EM UM INUSITADO CAMPO DE TRABALHO

Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques

Quando se fala em enfermagem, a imagem mais comum é a daquele profissional que trabalha nos hospitais, diretamente na assistência. Entretanto a área é bem mais ampla e muitos profissionais optaram pelo trabalho longe de qualquer unidade de saúde, hospital ou empresa.

São enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em uma área inusitada: nas águas. No Brasil, atualmente mais de 1,1 mil profissionais trocaram a carreira tradicional para atuar nas áreas offshore e aquaviária. Com a Resolução 389, de 18 de outubro de 2011, o Conselho Federal de Enfermagem, reconheceu a "Enfermagem Offshore e Aquaviária" como a 44ª especialidade na área. Embora tenham sido englobadas em uma única especialidade na Resolução do COFEN, as duas áreas apresentam muitas diferenças.

A enfermagem offshore consiste na prestação da assistência desenvolvida na área de exploração e produção de petróleo e gás natural em alto mar. Logo, suas ações são voltadas para os trabalhadores a bordo de plataformas, navios e unidades petrolíferas com foco na assistência e promoção da saúde ocupacional dos trabalhadores. Cabe ao profissional de enfermagem, neste caso, executar e avaliar programas de prevenções de acidentes de trabalho, bem como prestar assistência de emergência e urgência em situações de sinistro. O profissional que atua nessa área trabalha, principalmente, embarcado, mas aquele que exerce suas atividades em terra (onshore); nos setores administrativos, de supervisão, de recursos humanos e que estejam envolvidos diretamente nas operações offshore também são considerados profissionais de enfermagem offshore .

Segundo o presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Offshore – ABENOF, Gustavo Marques, esse é um mercado de trabalho que tende a crescer por conta da expansão do setor offshore ligada à exploração do pré-sal.

Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques

"Atualmente o Brasil é o país do mundo com o maior número de plataformas na área offshore, pois um terço de todas as plataformas do mundo estão operando aqui. Todas as operadoras petrolíferas anunciaram em seus planos de investimentos a aquisição de mais embarcações. Só a Petrobras pretende triplicar o número de plataformas até 2020, então teremos uma demanda enorme de oportunidade de trabalho na área offshore para os profissionais de enfermagem", destaca.

Hoje, no país, a indústria offshore emprega 1.040 profissionais de enfermagem, sendo 63,5% em plataformas, navios petrolíferos, navios rebocadores e outras unidades offshore e 26,5% em bases de apoio. Do total de profissionais, 59% são enfermeiros e 41% são técnicos de enfermagem. A estimativa é que o número de postos de trabalho dobre até 2020.

Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques

O ramo aquaviário engloba os profissionais de enfermagem que atuam nas mais diversas embarcações. Os aquaviários estão divididos em três grupos: marítimo, que atuam diretamente nas embarcações do tráfego marítimo, tanto de cabotagem quanto de longo curso (intercontinental); fluvial, que trabalham no tráfego dos rios; pescadores, que exercem suas atividades em embarcações pesqueiras.

No caso dos aquaviários, não existe um número preciso dos profissionais que atuam nessa área. Entretanto, o presidente do Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante – SNEMM, Luiz Alves Netto, estima que são cerca de 140, sendo 95% de técnicos em enfermagem e 5% de enfermeiros.

A principal função do profissional de enfermagem aquaviária é garantir as mínimas condições de socorro com agilidade e eficiência até que a embarcação chegue a um porto de recurso. Suas atribuições abrangem ainda todas as atividades voltadas para a promoção da saúde do homem do mar.

Navio de cruzeiro. (Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques)

Formação

Ainda não existe uma especialização para formar o enfermeiro e o técnico de enfermagem offshore. Porém, a coordenação cientifica da ABENOF está desenvolvendo a estrutura curricular e a ementa para criação do curso de especialização nessa área. "Algumas instituições de ensino já nos procuraram com o interesse de ministrar o curso. No início do primeiro semestre de 2013 já estaremos com a pós-graduação e o pós-técnico em enfermagem offshore em pleno funcionamento", afirma Gustavo.

Mesmo sem existir ainda uma formação específica na área, o profissional de enfermagem precisa ter uma base assistencial sólida. A demanda do setor offshore é por enfermeiros e técnicos em enfermagem com experiência em urgência e emergência, alta complexidade, ou ainda com formação em enfermagem do trabalho ou aquaviária.

Muitos profissionais de enfermagem que exercem as suas funções em navios e plataformas possuem apenas formação marítima e experiência em alta complexidade e/ou emergência. Algumas empresas exigem pós-graduação em enfermagem do trabalho, uma vez que muitas das atividades exercidas no setor offshore são laborais; outras, porém, dão prioridade à contratação de enfermeiros e técnicos em enfermagem com um perfil mais assistencial para atuação em situações de emergência.

Fluência em inglês (ou pelo menos o conhecimento intermediário desse idioma) é requisito fundamental para atuar na área, seja pelo fato de que muitos termos técnicos são nesta língua, ou pela presença constante de muitos trabalhadores estrangeiros no setor. "Também é importante ter uma personalidade bastante sociável e amigável, pois o trabalho offshore tem como uma de suas características o confinamento", complementa Gustavo.

Através do chamado Curso Básico de Segurança de Plataforma - CBSP, os profissionais são treinados em "salvatagem", termo que designa o conjunto de equipamentos e as medidas de resgate e manutenção da vida no pós-desastre em alto mar. Esse curso é obrigatório para todos que trabalham embarcados, pois capacita para o exercício das atividades com o nível de segurança recomendado pelas leis nacionais e internacionais.

Outro curso destinado aos profissionais offshore é o Treinamento para Escape de Aeronave Submersa, mais conhecido como HUET (abreviação do nome em inglês Helicopter Underwater Escape Training). Esse treinamento não é obrigatório no Brasil, porém algumas empresas o colocam como requisito para a contratação.

Gustavo Marques, profissional de Enfermagem Offshore (Foto: Arquivo pessoal)

Profissional de Enfermagem Aquaviária (Foto: Arquivo pessoal de Gustavo Marques)

Já, para ser profissional de Enfermagem Aquaviário, a legislação define a obrigatoriedade de certificação pela Marinha do Brasil, pelo Curso de Formação de Aquaviário – CFAQII. O curso abrange, entre outros conteúdos, sobrevivência em ambiente aquático, anatomia e nomenclatura básica da embarcação, marinharia e combate a incêndio. "O profissional de enfermagem aquaviária também é um tripulante e faz parte das fainas integradas de abandono, colisão e incêndio, participando das manobras de atracação nos casos em que por qualquer motivo o número de tripulantes tenha sido reduzido", explica Luiz.

Os formados por esse curso são habilitados em diversas categorias, sendo que os profissionais de enfermagem serão da categoria ENF. A conclusão do Curso de Formação de Aquaviário possibilita o ingresso na Marinha Mercante como tripulante especializado para embarcações mercantes, tais como rebocadores, dragas de grande porte, embarcações de apoio marítimo e embarcações de turismo, entre outras.

O Programa do Ensino Profissional Marítimo – PREPOM(2012) descreve a grade curricular do CFAQ-II e a Norma da Autoridade Marítima – NORMAM-1 e suas atribuições. O curso de aquaviário somente é exigido para plataformas petrolíferas somente quando essas estão em deslocamento em uma viagem de duração maior que 12 horas ou quando estão sendo rebocadas em viagem, ou seja, em movimento.

Escala de trabalho

Os profissionais de enfermagem offshore exercem normalmente turno de 12 horas diárias de trabalho, porém em dois distintos tipos de regime de revezamento de embarque: escala 14 X 14 (14 dias embarcado e 14 dias de folga) e escala 14 X 21 (14 dias embarcado e 21 dias de folga).

Na enfermagem aquaviária, pela característica do tipo de atividade e embarcação, o profissional pode permanecer mais dias embarcado, como acontece no caso de navios de longas viagens.

Remuneração

No setor offshore, a remuneração dos enfermeiros pode variar de R$ 4,5 mil a R$ 10mil. Já os técnicos de enfermagem têm ganhos entre R$ 3,5 mil e R$ 6 mil.

Para os aquaviários, a média salarial está entre R$ 5 mil e R$ 6 mil e esse valor pode ser até 50% maior se o profissional de enfermagem falar inglês fluentemente. A remuneração também pode ser maior conforme a bandeira da embarcação.

Legislação

Mesmo que as enfermagens aquaviária e offshore tenham algumas características em comum, as diferenças entre as duas áreas são muitas. Diversas atividades atribuídas e desenvolvidas pelo profissional de enfermagem aquaviária não são de igual modo executadas pelo profissional de enfermagem offshore e vice-versa. "Cada uma tem a sua especificidade, tanto no campo técnico-científico quanto na área jurídica", explica Gustavo.

A enfermagem aquaviária resulta de norma legal emanada da autoridade da Marinha do Brasil e a sua formação está a cargo dessa instituição, com competência originária e exclusiva, pelo Programa de Ensino Profissional Marítimo – PREPOM. Já a enfermagem offshore teve sua origem com os profissionais de enfermagem do trabalho, emergência e atenção básica a bordo das plataformas petrolíferas.

O fundamento legal da qualificação dos profissionais de enfermagem aquaviária são a Lei número 9.537, de 11 de dezembro de 1997, que dispõe sobre a segurança do tráfego aquaviário em águas sob jurisdição nacional, e a Norma da Autoridade Marítima 13, do Ministério da Marinha, aprovada pela Portaria número 111/DPC, de 16 de dezembro de 2003. Tal norma, contudo, não disciplina o enquadramento dos profissionais de enfermagem offshore. Além disso, os profissionais de enfermagem aquaviária estão direta e hierarquicamente subordinados às normas emanadas da Autoridade Naval inclusive são obrigados a trajar uniformes próprios da Marinha Mercante, o que não ocorre com os profissionais de enfermagem offshore.

Os profissionais de enfermagem aquaviária também estão sujeitos aos Tratados e Convenções Internacionais ratificadas pelo Brasil e que regulam a atividade aquaviária mundial. Já os profissionais de enfermagem offshore são regidos pelas normas que regulam a atividade petrolífera, em geral determinada pela Agência Nacional de Petróleo - ANP - e pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Pelo mundo, a bordo de um navio de cruzeiro

Formada pela Universidade Estadual de Campinas, a enfermeira Ângela Carolina Brandão de Souza Giusti esteve por cinco anos a bordo de grandes navios de cruzeiro. A oportunidade surgiu por acaso. "Na verdade, quando mandei currículo não sabia que era para essa área. Um dia recebi um e-mail para uma entrevista. Foi na entrevista que me falaram sobre os navios e a vida a bordo. Nesse dia também assisti a uma palestra sobre a realidade do trabalho em cruzeiros", conta.

O processo de seleção é bastante rigoroso para o profissional atuar na área. Ângela teve que passar por uma entrevista em espanhol e outra em inglês a empresa também aplicou uma prova de enfermagem em nível avançado. "Foi necessário, ainda, entregar diploma, referências de trabalho e muitos outros documentos. Há um departamento que liga para cada uma das referências e também para a faculdade para checar a legalidade do diploma, incluindo o próprio registro do MEC", explica. Além disso, é exigido experiência na área de urgência e emergência de no mínimo três anos, o curso obrigatório da Marinha do Brasil e os cursos Advanced Cardiac Life Support e Basic Life Support.

Aprovada, a enfermeira trabalhou por um ano em uma companhia espanhola e, na sequência, recebeu proposta de trabalho para atuar em uma empresa americana. "Há carência de enfermeiros brasileiros bilíngues e com os pré-requisitos necessários para atuar nessa área. Desde que comecei, já indiquei algumas pessoas com o perfil exigido e hoje conheço pelo menos seis enfermeiras brasileiras que trabalham em navios", complementa.

Nos navios, a equipe de saúde é formada apenas por médicos e enfermeiros, mas algumas embarcações contam também com um auxiliar administrativo do hospital. O número de profissionais de saúde varia de acordo com a empresa e o tamanho da embarcação.

O treinamento dos profissionais a bordo é intenso e constante. Segundo a enfermeira, a empresa é muito organizada e existe conduta para cada caso. Os profissionais são treinados semanalmente para lidar com emergências, assim, quando esses casos ocorrem, é possível fazer sempre o melhor. Há um treinamento intenso sobre emergências médicas em geral, emergências em espaços confinados, incêndios, afogamentos e quedas. "Já passei por várias emergências, pois, ao contrário do que todo mundo pensa, o trabalho no hospital de um navio não é entregar antiemético. Trabalhei como chefe de enfermagem do maior navio do mundo e eram quase 8 mil pessoas a bordo, é uma cidadezinha. Já tivemos cruzeiros de sete dias em que a UTI não ficou vazia um só dia".

Enfermeira Ângela Carolina Brandão de Souza Giusti. (Foto: Arquivo pessoal)

Além do atendimento de urgência e emergência , o enfermeiro é responsável por todo o hospital de bordo, desenvolvendo atividades que incluem cuidar do estoque e reposição da farmácia e checagem da validade de medicações. Também é de sua responsabilidade o controle diário da checagem de materiais, tais como carrinho de urgência, aspiradores, desfibriladores, máquina de eletrocardiograma, máquinas do laboratório, entre outros. Além de prestar assistência de enfermagem em casos de fraturas, curativos, urgências e emergências, cuidado ao paciente crítico, assistência ao adulto e ao idoso, assistência em pediatria, oncologia. "Na verdade, temos a bordo uma minicidade, portanto temos que estar preparados para receber qualquer tipo de paciente, seja gestante, criança, idoso e até casos graves como, por exemplo, uma parada cardiorrespiratória".

O enfermeiro também tem como função o controle de vigilância epidemiológica e o controle dos casos de suspeito de viroses com notificação imediata, seguindo os protocolos de bordo (USPH- United States Public Health) que orientam quanto ao tratamento e ao isolamento, se necessário. "O hospital possui em média oito leitos para observação, sala de urgência e a UTI. Além disso, há farmácia, raio-x e laboratório sob nossa responsabilidade. Temos muitas coisas a fazer e o aprendizado é grande".

Nas embarcações, o hospital é bastante completo e está apto para atender casos de infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, emergências e urgências hipertensivas, convulsões, hipoglicemias, entre outros. Por outro lado, quando há necessidade de um centro cirúrgico ou de um centro de hemodinâmica, deve-se decidir por uma evacuação de lancha ou helicóptero para o porto mais próximo. "Nessas ocorrências, temos que entrar em contato com o agente local para ter certeza que este porto terá condições de atender o caso, pois algumas cidades no Caribe, por exemplo, não possuem infraestrutura para determinados casos".

O aprendizado é grande no campo profissional. "Tive a sorte de trabalhar com equipes de qualidade e aprender muito. A companhia investe em treinamentos, atualizações e simulados de emergências. Além disso, os equipamentos disponíveis a bordo são os melhores do mercado", complementa.

A boa remuneração é outro ponto positivo do setor. "Além do salário, no período em que estamos embarcados não há contas de água, luz, gasolina e comida para pagar, então é possível economizar".

Segundo Ângela, outra vantagem do trabalho que merece destaque é a oportunidade de conhecer vários lugares sem gastar nada. "Pude conhecer o Coliseu, a Torre de Pisa, Santorini, as Ruínas da Turquia em Éphesus e também Bahamas, Chile, Marrocos, Finlândia, Dinamarca, Suécia, Alemanha, Rússia, Portugal, Espanha, Grécia e Croácia. Também é importante ressaltar que nos navios encontramos pessoas de inúmeras nacionalidades, o que nos faz aprender demais sobre outras culturas e ver o mundo de uma forma diferente".

Como nem tudo são flores, a enfermeira coloca a distância dos amigos e familiares, a solidão "que no início é quase inevitável", a falta de feriados e finais de semana e a saudade da comida brasileira como as principais desvantagens da área.

"Nestes cinco anos em navios, acredito que pude mostrar a cara da enfermagem brasileira, a competência e o potencial que temos. Por isso, me orgulho muito de ter feito parte, entre outros, dos dois maiores navios do mundo: o Oasis of The Seas e o Allure of The Seas. No primeiro, como enfermeira; no segundo, recebendo o convite e o voto de confiança para montar, organizar e gerenciar a instalação e inauguração do hospital a bordo, como chefe de enfermagem. É a enfermagem brasileira sempre vencendo os obstáculos", finaliza.

Processos de Acreditação e a Segurança do Paciente

O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO CONTEMPLA UM CONJUNTO DE REQUERIMENTOS DIRETAMENTE RELACIONADOS COM A SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA

Cada vez mais instituições têm buscado no processo de acreditação uma forma de garantir ao paciente uma assistência mais segura. Segundo o Coordenador de Educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA, Heleno Costa Junior, as principais vantagens de se contar com uma instituição acreditada são a garantia e a manutenção da segurança, além da excelência na prestação de cuidados aos pacientes. Segundo Heleno, "a adoção de políticas, procedimentos, rotinas e protocolos assistenciais garantem o estabelecimento do melhor e mais apropriado padrão de assistência aos pacientes e familiares, segundo o perfil assistencial da instituição".

O padrão de excelência alcançado pelas instituições acreditadas resulta em uma melhor uniformidade e inter-relação entre os diferentes e diversos profissionais que atuam na instituição, bem como entre os diferentes segmentos de serviços clínicos e administrativos. O processo de acreditação também revela a exigência de adequação das estruturas que compõem o ambiente físico da instituição.

Outro fator importante nas instituições acreditadas é a obediência aos requisitos legais, previstos na legislação brasileira, que garantem a segurança indispensável na oferta de serviços aos pacientes, acompanhantes e visitantes. "O gerenciamento dos requisitos de segurança relativo à prevenção e controle das situações de emergências internas e externas também faz parte do programa de acreditação", afirma Heleno.

Os manuais de acreditação também contemplam duas questões primordiais para a cadeia assistencial em uma rede de serviços de saúde: a educação de pacientes e familiares e o acesso e a continuidade do cuidado ao paciente, que inclui a questão da referência e contrarreferência. Assim, o paciente terá reconhecidas suas necessidades nas diferentes fases de sua doença e caberá à instituição educá-lo quanto ao cuidado necessário, garantir seu acesso aos serviços disponíveis na instituição e referir ou contrarreferir para outros níveis de cuidado, internos ou externos, para que todas as necessidades do paciente sejam atendidas. As instituições, mesmo as privadas, necessitam conhecer e participar da rede de saúde de sua região ou localidade, colaborando com estas instâncias de cuidado, garantindo o melhor e mais adequado nível de assistência aos pacientes sob seus cuidados.

Heleno Costa Junior (Foto: Arquivo pessoal)

A questão da segurança

O processo de certificação internacional Consórcio Brasileiro de Acreditação – Joint Commission International (CBA-JCI) estabelece um sistema no qual uma entidade, separada e distinta da instituição de saúde, realiza a avaliação desta, determinando se existe cumprimento de uma série de requisitos padrões projetados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Esse processo voluntário fornece um compromisso visível de uma instituição para continuamente garantir um ambiente seguro para seus pacientes e equipe.

Os manuais e seus respectivos padrões, o processo de acreditação contempla um conjunto de requerimentos diretamente relacionados com a segurança nos cuidados prestados ao paciente, que se converte no foco principal do processo em questão. Um dos capítulos do manual, denominado Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, estabelece normas que tratam do gerenciamento dos eventos que podem comprometer a segurança da assistência, no caso de eventos adversos e eventos sentinelas, que implicam na morte ou perda grave e permanente de funções do paciente. "Neste caso a instituição de saúde e os profissionais devem adotar ações pró-ativas, visando identificar, analisar e monitorar riscos potencialmente relacionados com a ocorrência desse tipo de eventos", ressalta Heleno.

Outro capítulo de destaque trata das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, definidas a partir de um trabalho conjunto com especialistas da Organização Mundial da Saúde, da qual a Joint Commission International é parceira e colaboradora do Centro Internacional de Soluções para Segurança do Paciente. As metas incluem, entre outras ações, a identificação correta de pacientes, a segurança na utilização de medicamentos de alta vigilância, realização de cirurgias seguras e a prevenção e redução de lesões decorrentes de quedas.

Mudança de postura

A acreditação de uma instituição de saúde significa a adoção sistematizada e abrangente de um novo status de qualidade/excelência. Para isso, as instituições passam a exigir de seu corpo profissional um novo perfil de competências e habilidades. Dessa forma, a seleção passa a ser mais criteriosa e baseada em qualificação pré-estabelecida. Um sistema de avaliação de desempenho institucional deve ser adotado considerando desde a descrição de cargos e o perfil requerido de cada profissional, incluindo a avaliação técnica dos diferentes cargos. Dentro dessa perspectiva, os padrões também passam a exigir uma avaliação contínua do desempenho clínico de cada membro do corpo médico a partir de indicadores analisados periodicamente, que incluem taxas de permanência, taxas de morbidade/mortalidade, registros em prontuários, solicitação de exames e erros de prescrição. "O processo de acreditação internacional deve definir um padrão de gerenciamento efetivo para uma avaliação estruturada e contínua de todo o corpo profissional", finaliza Heleno.

Saiba mais:
Acesse o site www.coren-sp.org.br

UMA MULTIDÃO SOB PERIGO

ÀS VÉSPERAS DA COPA DE 2014, O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO SE PREPARA PARA ATENDER A GRANDES MULTIDÕES

Brasil x Coreia do Norte, em 15/06/2010. Jogo de estréia do Brasil na Copa do Mundo da FIFA 2010, realizada na Africa do Sul. Público: 54.331 (Estadão) Foto: Agência Brasil

Quando o Brasil foi escolhido país sede da Copa de 2014, sua infraestrutura para receber um evento deste porte foi seriamente questionada. Entre os pontos críticos do país está a rede de atendimento de saúde e vigilância sanitária, que é a chave do bem-estar de atletas, turistas e da população local e que influi diretamente na qualidade do evento, no qual, de acordo com previsão do Ministério da Saúde, devem circular cerca de 600 mil estrangeiros e 3 milhões de brasileiros por dia.

Por ser um evento de turismo eminentemente interno, o Ministério da Saúde planeja aprimorar o SUS e seu sistema de vigilância e resposta à emergência. Para planejar essa reformulação, foi instituída a Câmara Temática da Copa do Mundo, dirigida por Adriano Massuda, secretário adjunto da Secretaria Executiva do Minstério da Saúde. A maior parte da preparação, de acordo com ele, será feita na esfera local. "A estratégia do Ministério da Saúde para os grandes eventos é a de colaborar na preparação dos estados e dos municípios, para que eles possam receber a população flutuante com autonomia, mas com suas rotinas aprimoradas em função do número ampliado de pessoas que circularão nos dias de jogo".

A estratégia serve para eventos menores em movimentação, mas que lidam igualmente com grandes multidões, como a Rio + 20, que aconteceu em junho, no Rio de Janeiro; e o Carnaval de Recife, em que o Ministério da Saúde, em associação com a Secretaria de Estado local, testou com sucesso o sistema de vigilância e atenção à saúde.

Grandes multidões põem em teste a integração dos sistemas de transporte, comunicação e assistência, entre outros. A capacitação profissional é, portanto, um ponto chave do aprimoramento buscado pela Câmara Temática. De acordo com Massuda, "as ações de capacitação atualmente discutidas voltam-se para as equipes da Vigilância Sanitária, da Vigilância Epidemiológica e Ambiental, bem como para as equipes do SAMU 192, UPAS 24h, postos médicos, locais ou avançados nos aeroportos, e demais portas de entrada de urgências hospitalares. A capacitação dos profissionais de saúde está sendo pensada na direção de um legado para o SUS e para o país. Por isso, não está focada apenas em urgência e emergência nos estádios".

Postura de líder

Grandes eventos mudam não só a proporção das medidas preventivas contra catástrofes, como também a lógica da atuação dos socorristas. De acordo com Luciano da Silva, enfermeiro do SAMU no município de São Paulo e conselheiro do COREN-SP, o preparo profissional deve ser tecnicamente rigoroso e psicologicamente firme.

No serviço de emergência, a vacilação pode por abaixo a atuação da equipe. "Além de conhecimento abrangente sobre trauma, anatomia e fisiologia, o 'samuzeiro', como é conhecido, deve ter rapidez de raciocínio e diagnóstico. Como no atendimento a múltiplas vítimas a avaliação é sumária, o profissional tem que ter bastante sangue frio para conciliar exatidão e velocidade", afirma ele.

A qualidade do atendimento pré-hospitalar na cena do acidente determina suas chances de sobrevida, pois são nos 60 minutos após o sinistro que acontecem as manifestações e intercorrências que sujeitarão o paciente à morte. É a chamada "hora ouro".

O preparo técnico do profissional do SAMU, de acordo com Luciano, consiste, entre outros, para enfermeiros: BLS (Suporte Básico de Vida), ACLS (Suporte Avançado em Cardiologia) e ATLS (Suporte Avançado no Trauma); e para técnicos de enfermagem: PHTLS (Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado). Além disso, uma vez dentro do SAMU, o profissional será estimulado a se aperfeiçoar constantemente, de acordo com as necessidades do serviço da cidade e com o interesse do profissional. Existem hoje diversos cursos adequados aos novos tempos, como resgate aéreo, marinho, na selva, que atendem a acidentes cada vez mais frequentes hoje.

START

No Brasil, o atendimento a catástrofes é realizado pelo SAMU em associação com Defesa Civil e Bombeiros, que realizam o controle do cenário. A ocorrência e a intensidade dos desastres, de acordo com a Defesa Civil, dependem menos da magnitude do evento do que do grau de vulnerabilidade dos cenários e das comunidades afetadas. No ambiente urbano, a vulnerabilidade está relacionada à capacidade de atendimento (relação entre número de vítimas e capacidade de atendimento pré-hospitalar e do município ou região).

Quando a magnitude do acidente é grande, o serviço de socorro é o protocolo de seleção Start (Simple Triage and Rapid Treatment), desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1980, e usado desde então mundialmente em socorro a vítimas de tsunamis, terremotos e guerras.

Muitos profissionais de pronto-socorro e mesmo de atendimento hospitalar não têm experiência com esta dinâmica, que concentra os recursos e materiais do SAMU de forma seletiva em vítimas com maior chance de sobrevida. O objetivo é salvar o maior número possível, o que esbarra na variedade de acidentados, em diversos graus de urgência.

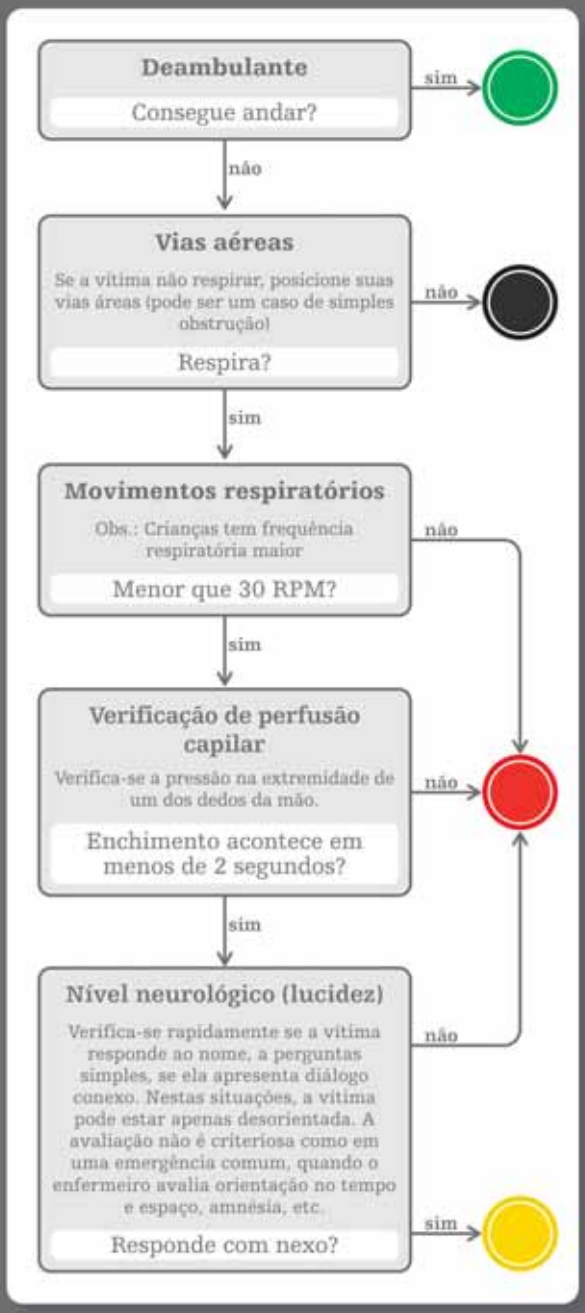
Para resolver o problema, o local é organizado em zonas e os pacientes são separados por graus de gravidade clínica, sinalizadas por três cores (veja mais no quadro). "Se não houvesse separação dos pacientes por zonas, a cena do acidente permaneceria uma loucura. Um paciente triado como verde, não acostumado a acidentes, poderia virar um caso de amarelo por causa do choque ou desmaio", afirma Luciano. "O raciocínio clínico sempre é: 'qual acidentado tem chances maiores de sobrevida e precisa mais de atendimento?'. Por isso, a avaliação do paciente é constante: um caso triado como amarelo pode ter uma hemorragia não detectada, o que o torna posteriormente um caso de vermelho, que precisa ser atendido imediatamente. A equipe tem que estar muito atenta aos sintomas".

Ainda de acordo com Luciano, um erro comum da logística de APH em grandes eventos no Brasil é o deslocamento das viaturas a um ponto, desguarnecendo bairros periféricos, expondo-os a riscos. Também algo a ser pensado para a Copa e para as Olimpíadas é o aumento do contingente do SAMU, no que a contratação temporária de serviços privados parceiros seria apenas um mitigador.

Parâmetros avaliados no START

Os parâmetros de classificação são os mais simples possíveis. Todos eles são avaliados em média em 60 segundos.

A avaliação e classificação em cores é atribuição privativa de Enfermeiro.



Fonte: Luciano da Silva, enfermeiro do SAMU

Triagem START

A classificação das vítimas é feita de acordo com seu estado, em viáveis e não-viáveis, separando-as em macas de quatro cores diferentes que sinalizam e agilizam a operação.

Por ordem de prioridade

Vermelha: vítima viável emergencial para atendimento imediato, no local do desastre.

Amarela: vítima viável urgente para atendimento em até 1h.

Verde: vítima viável estável para atendimento em 3h ou mais. A vítima dispensa atendimento antes de ser encaminhada ao hospital.

Cor preta: inviável. A vítima apresenta parada cardiorrespiratória. É atendida somente depois das outras três cores.

Força Nacional do SUS

De acordo com Adriano Massuda, se houver necessidade, em caso de riscos, será acionada a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). De acordo com ele, "a Força é voltada à execução de medidas de prevenção para os eventos de saúde por meio de programa de cooperação para assistência e combate a situações epidemiológicas, de desastres ou em função de desassistência à população".

A FN-SUS compõe a Rede de Atenção às Urgências. Visa prestar assistência rápida e efetiva às populações atingidas por catástrofes, epidemias ou crises assistenciais. Ela é composta por servidores ou empregados públicos de hospitais; servidores ou empregados públicos do Ministério da Saúde; servidores ou empregados públicos contratados temporariamente por excepcional interesse público; servidores ou empregados públicos estaduais, distritais ou municipais vinculados ao SUS dos entes que aderirem à FN-SUS; e voluntários de entidades públicas ou privadas que atuem na área da saúde.

O último período de inscrições para voluntariado aconteceu em dezembro de 2011, pelo site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Foto: Arquivo COREN-SP

ESPECIALIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO PELA CICATRIZAÇÃO

PROFISSIONAIS PROCURAM A MELHORIA DA ÁREA

O profissional de enfermagem que busca a especialização em feridas e estomas e tem interesse em trabalhar nessa área deve ter em mente que se trata de um campo de atuação cada vez mais difundido e ampliado pelos profissionais do setor, mas que ainda carece de incentivo.

Todos hospitais possuem ao menos um profissional especializado, mas que não consegue ainda atuar somente com a sua especialidade. O apoio dos hospitais e dos órgãos da saúde está crescendo, porém ainda não é o ideal. Devido ao número crescente de profissionais interessados no assunto, os cursos de especialização também vêm aumentando.

Foto: Arquivo COREN-SP

Especialização

A especialidade de estomaterapia engloba três amplas áreas (feridas, estomias e incontinências) onde o profissional de enfermagem pode atuar. O segmento de feridas conta com cuidados a quaisquer lesões que interrompam a continuidade natural da pele, atingindo a derme, o tecido subcutâneo, a fáscia muscular. Os ferimentos podem ser classificados em cirúrgico, quando causados por instrumentos ou procedimentos cirúrgicos; traumáticos, quando provocados acidentalmente por fatores mecânicos, físicos, químicos ou biológico; ulcerativos, chamadas lesões escavadas, de profundidade variável, podendo atingir desde da superfície da pele até os músculos. Há, ainda, as queimaduras, as quais requerem um tratamento mais delicado e complexo por serem os ferimentos mais traumáticos que a pele pode sofrer, gerarem modificações das funções normais da pele e até poderem danificar órgãos, dependendo da extensão e da gravidade. Dessa forma, é uma ferida que requer um cuidado e uma atenção maior que o normal.

O campo das estomias, que podem ser temporárias ou definitivas, compreende o cuidado a aberturas feitas na superfície de algum local da pele, para suprir alguma necessidade do paciente, como a colostomia, que consiste na exteriorização do cólon, onde o conteúdo do intestino é excretado, por exemplo. O cuidado com essas regiões precisa ser diferenciado, em razão de ser um orifício intencional e possuir uma finalidade, ou seja, não há o que se falar em cicatrização como em feridas, e sim em cuidado e preservação da pele, normalmente fragilizada, ao redor do estoma.

Há a vertente da incontinência, que pode ser anal ou urinária. E consiste também no cuidar de locais fragilizados devido às ações remediadoras das incontinências. "A preocupação é proteger a pele das chamadas DAI (Dermatites Associadas à Incontinência). A umidade da urina e das fezes aumentam o risco de o paciente desenvolver uma úlcera por pressão, ou as fricções geradas pelas trocas de fraldas e limpezas constantes da pele também aumentam a probabilidade de lesão cutânea. E caso o paciente esteja utilizando uma sonda, a propensão para contrair uma infecção cresce", afirma Mariana Franco, enfermeira estomaterapeuta e ex-coordenadora do grupo

EVOLUÇÃO APÓS TRATAMENTO

Fotos:
Arquivo Mario
Moreira Vaz Junior

Fotos:
Arquivo Mario
Moreira Vaz Junior

GAEFE(Grupo de Apoio à Estomias e Feridas) da UTI do Hospital Albert Einstein.

E além dessas formas de tratamento, o que tem crescido e ganha a cada dia mais importância tanto nos cursos quanto na atuação é a prevenção de feridas. Evidentemente que cada paciente tem suas especificidades e, consequentemente, suas necessidades, mas entre as diversas formas de precaução de feridas, podemos citar algumas básicas, utilizadas frequentemente, como promover a hidratação da pele, evitar áreas de pressão (com mudanças de decúbito, principalmente), utilizar almofadas e coxins em áreas de maior pressão a fim de amenizá-la, realizar higiene corporal com certa constância, manter panturrilhas e tornozelos apoiados em travesseiros, não realizar massagem em proeminências ósseas ou áreas de pressão, dentre outras, de acordo com Mariana.

Os princípios basilares que norteiam os cursos de especialização são atestar as condições da ferida, mensuração, definição das características do ferimento, diagnóstico para o cuidado, plano de cuidados, produtos, individualização do tratamento, tratamento fundamentado em evidências clínicas, utilização do produto correto nos diversos estágios da ferida, registrar o desenvolvimento da ferida.

"Os cursos de especialização em estomaterapia, atualmente, são mais de 10 espalhados pelo país. Na década de 1990 só existia um curso de especialização, o que demonstra o aumento do interesse do profissional de enfermagem nesse campo", afirma Eline Lima Borges, mestre e doutora em enfermagem, estomaterapeuta e coordenadora do curso de estomaterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. A fim de se tornar um enfermeiro estomaterapeuta, o profissional deve buscar um curso acadêmico de pós-graduação latu senso na prática de enfermagem, voltada ao cuidado de estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária.

Investimentos

Alguns hospitais, em razão dos esforço dos estomaterapeutas, formaram grupos destinados a essa área de atuação. "Ainda necessitamos de mais profissionais interessados, pois temos muitos técnicos de enfermagem que se interessam pela área mas enfermeiros e auxiliares ainda estão em falta. Porém, os profissionais que desenvolvem esse trabalho nos hospitais têm que chamar a atenção do olhar da instituição, do coordenador do hospital, da Secretaria de Saúde, entre outros profissionais e entidades superiores, para que recebam apoio e investimento, e isso, aparentemente, vem ocorrendo. Pois sabemos que as coisas, dificilmente, vêm de cima para baixo de maneira espontânea", crê Mariana Franco.

Ademais, maioria das entidades de saúde também estão começando a perceber a necessidade da criação deste setor destinado ao cuidado de feridas e estomas por outros motivos. "Além de fornecer um serviço mais especializado, é um investimento a longo prazo, pois ao investir em tecnologia e capacitação, o hospital se beneficia.Ou seja, se uma ferida é tratada por um especialista ou até por um enfermeiro capacitado com material correto e cicatrizará mais rápido e o paciente terá alta antes, reduzindo o tempo e o custo da internação", informa Eline Borges.

De acordo com Mariana, "tanto nos hospitais públicos quanto nos privados não existem setores destinados somente a essa espe-

cialização, como seria o ideal, mas em alguns hospitais, como o Einstein, há o incentivo e desenvolvimento dessa especialidade, fato comprovado pela criação do GAEFE".

Outro motivo que leva os hospitais a começarem a abrir espaço a essa área é o processo de acreditação hospitalar, "instituições internacionais como a JCI e a ONU, por exemplo, dão certificados de qualidade a instituições que especializam e aprimoram seus serviços e isso as valoriza, leva-as a gerar protolocos que uniformizam e aprimoram os cuidados prestados", complementa Eline.

Atualmente, a maior parte dos hospitais fornecem uma capacitação feita pelos próprios enfermeiros especializados, que somente podem atender às feridas e estomas até uma certa gravidade. Todavia, apenas o especialista pode tratar as feridas mais complexas.

Sendo assim, os hospitais dão cada vez mais abertura a esse campo de atuação. Trata-se, portanto, de um mercado de trabalho em ampliação tanto em razão do aumento de cursos de especialização, quanto do crescente investimento dos hospitais.

Comunicação em prol do cuidado

O tratamento de feridas ulcerativas, cirúrgicas ou traumáticas normalmente é algo prolongado, afinal o processo de cicatrização é lento, e o paciente, durante esse processo, pode estar (dependendo do estágio do ferimento) tanto no hospital quanto sendo atendido periodicamente nas unidades de saúde, ou ainda estar recebendo atendimento em casa. Assim, é necessário que haja uma uniformização do cuidado, em razão da variedade de profissionais que acabam tratando o ferimento, pois a conduta terapêutica não pode ser restrita a fazer ou trocar um curativo; é indispensável que se faça uma avaliação holística do paciente. E para isso ocorrer, dois fatores essenciais devem existir entre as entidades e entre os profissionais que cuidarão desse paciente: padronização e comunicação.

Em 2010, de uma iniciativa de dois enfermeiros, Mario Moreira Vaz Junior e Iara Aparecida Tavares Bitelli, surgiu, com o apoio da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), a Comissão Vila Maria/Vila Guilherme no Tratamento de Feridas Crônicas. Baseado no Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético da Prefeitura e da Secretaria de Saúde de São Paulo, que padroniza os cuidados de feridas derivadas de úlceras crônicas e pé diabéticos, o grupo nasceu com o propósito de suprir a falta de comunicação existente entre as instituições de saúde, a fim de aprimorar o atendimento ao paciente.

Foto: COREN-SP

Da esquerda para a direita: Vanessa Ceravolo Gurgel Silva (diretora do hospital), Priscila de Santana Felix Lima, Maria Jocilea Rodrigues Caldas, Juliana Sousa Costa, Mario Moreira Vaz Junior e Iara Aparecida Tavares Bitelli

> “A grande maioria dos hospitais tem sua comissão de curativos. O nosso diferencial é que começamos a fazer essa interface, essa comunicação entre os quatro locais de atendimento: o hospital, a unidade básica, o atendimento domiciliar e os ambulatórios de especialidades”

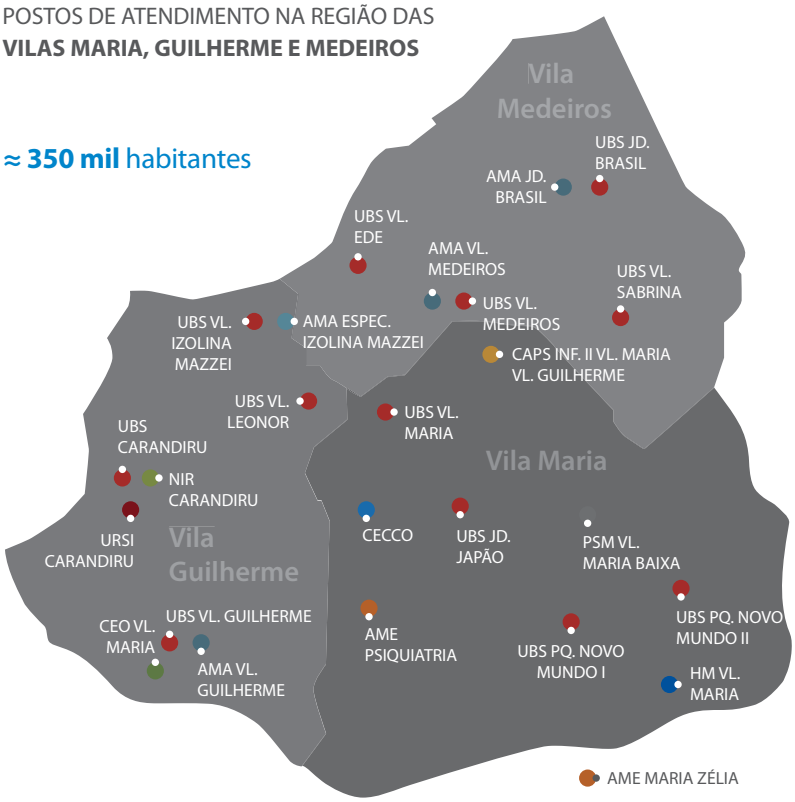
“A ideia é de continuidade de tratamento, se o paciente sai de uma unidade nossa e prosseguirá o tratamento em outra das nossas unidades, nós realizamos essa comunicação, por telefone, internet, fax, para que haja essa uniformidade no acompanhamento da lesão, e quem sai ganhando com isso é o paciente. Quando um paciente sai do hospital, já informamos o enfermeiro da UBS que o receberá ou do atendimento domiciliar ou do ambulatório de especialidade sobre os curativos feitos, a conduta a ser tomada, os detalhes do ferimento etc.”, assegura Juliana Sousa Costa, enfermeira integrante do grupo, que promove a capacitação (educação continuada) dos profissionais de enfermagem das unidades atendidas pelo grupo que queiram trabalhar no ramo.

“A grande maioria dos hospitais tem sua comissão de curativos. O nosso diferencial é que começamos a fazer essa interface, essa comunicação entre os quatro locais de atendimento: o hospital, a unidade básica, o atendimento domiciliar e os ambulatórios de especialidades.”, de acordo com Mario Moreira Vaz Junior, Supervisor de Enfermagem da Sede da Microrregião, responsável pela área de feridas crônicas da SPDM da região e fundador do grupo.

O grupo atende cerca de 350.000 cidadãos que vivem neste um quinto da zona norte (microrregião da Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros) e exerce suas atividades, por seus representantes em 12 Unidades Básicas de Saúde, sendo que na UBS Carandiru há o NIR - Núcleo Integral de Recuperação de Pacientes Amputados e a URSI - Unidade de Referência de Saúde do Idoso. Atua também em dois PSF - Programa de Saúde da Família, no ambulatório de especialidade Maria Zélia, no PROHDOM - Programa Hospital Domiciliar, na UAD - Unidade de Atendimento Domiciliar, no Hospital Municipal Vereador José Storopolli e no Pronto Socorro Municipal Vila Maria Baixa.

POSTOS DE ATENDIMENTO NA REGIÃO DAS **VILAS MARIA, GUILHERME E MEDEIROS**

≈ 350 mil habitantes

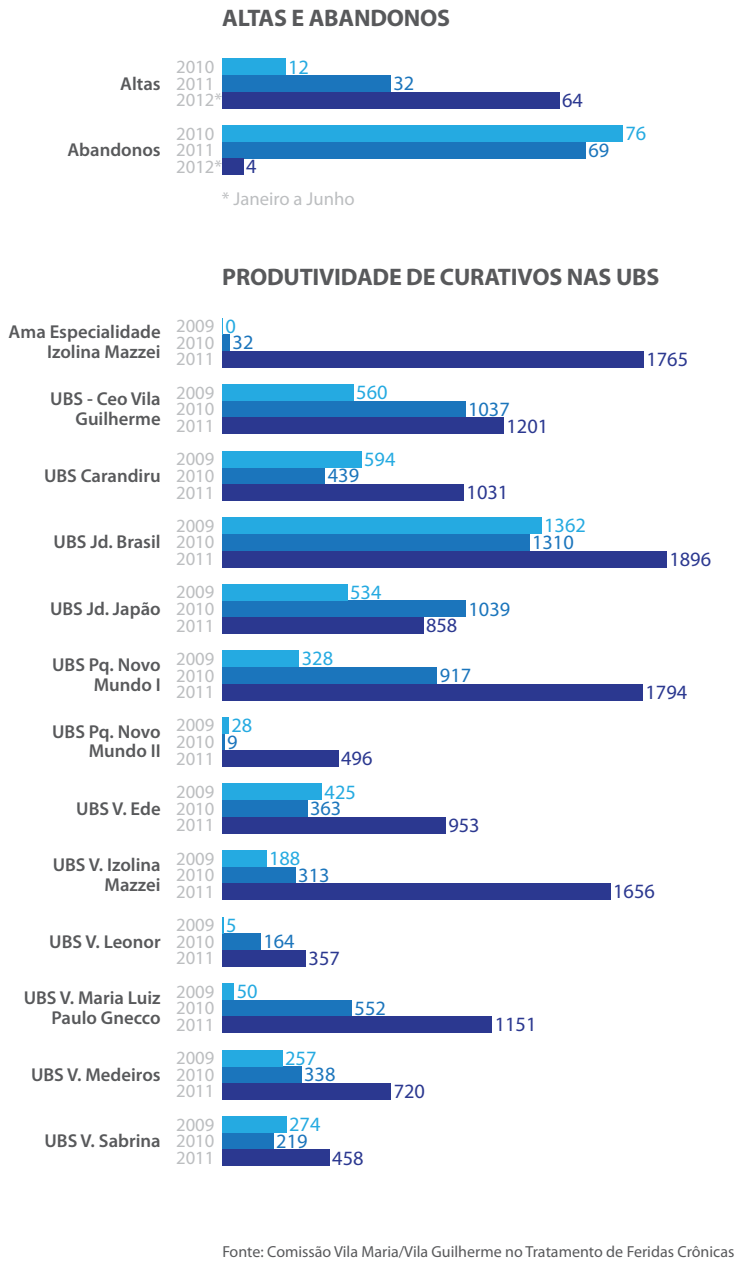


Fonte: Comissão Vila Maria/Vila Guilherme no Tratamento de Feridas Crônicas

Composta por Mario Moreira Vaz Junior, Juliana Sousa Costa, Iara Aparecida Tavares Bitelli (Gerente de Enfermagem da microrregião e enfermeira fundadora do grupo), Priscila de Santana de Lima (enfermeira clínica, responsável pela unidade de clínica médica e cirúrgica do Hospital Municipal Vereador José Storopolli) e Maria Jocilea Rodrigues Caldas (enfermeira de base do PROHDOM), a comissão está presente em todas entidades públicas de saúde da região, otimizando o tratamento de feridas e a atenção dada ao paciente, o que resulta em: uma redução do número de abandonos, que consiste no paciente rejeitar os atendimentos oferecidos e não dar continuidade ao tratamento; em um aumento no número de altas, quando o paciente tem sua ferida cicatrizada e não necessita mais de nenhum dos serviços; e em um aumento no número de curativos feitos em toda a região.

"Todos nós temos nossas atividades fora do grupo, mas como gostamos de trabalhar com feridas e percebemos a necessidade dessa comunicação entre as instituições de saúde, tomamos a iniciativa de montar o grupo. E estamos começando a mostrar nossos resultados, publicaremos artigos e buscaremos evidências científicas e, com isso, certamente seremos exemplos e seremos mais valorizados tanto pela Secretaria quanto pela Prefeitura.", afirma Mário.

Conforme a comissão for aprimorando ainda mais seus serviços e demonstrando esse trabalho aos órgãos competentes, a tendência é que o grupo ganhe reconhecimento e aumente sua abrangência. "Um dos objetivos futuros do projeto é formar uma área especializada em estomaterapia, em que teremos pelo menos um enfermeiro especializado nisso para acompanhar todos os pacientes do hospital. Como sou capacitado nessa área e estou me especializando em estomaterapia, quando há um paciente estomizado na região eu presto assistência a esse paciente, mas o atendimento será ainda mais qualificado quando tivermos uma área e profissionais somente destinados a isso ", conclui Mário.



Fonte: Comissão Vila Maria/Vila Guilherme no Tratamento de Feridas Crônicas

Independência que faz a diferença

A equipe de enfermagem da AACD aponta detalhes do atendimento a deficientes e a postura que o profissional deve adotar na relação de assistência.

Foto: Arquivo AACD

A independência do paciente ao executar algumas tarefas pode ser mais benéfica a ele do que depender unicamente do auxílio de um profissional da enfermagem para exercê-las. A atuação do profissional não é menos necessária, mas sim complementada pela experiência do próprio paciente e de seus acompanhantes.

Um exemplo bem-sucedido dessa relação é o que ocorre na Associação de Assistência à Criança com Deficiência – AACD. O Hospital Cirúrgico Ortopédico Abreu Sodré, pertencente à associação e localizado na zona sul de São Paulo, tem sua estrutura voltada ao atendimento das crianças deficientes. Fazem parte da estrutura do Hospital Abreu Sodré boxes e corredores largos, camas específicas e vasos sanitários rebaixados.

"O trabalho de enfermagem é facilitado pelo fato de os pacientes, em sua maioria, já frequentarem o centro de reabilitação, onde seguem um plano preciso e multidisciplinar que incentiva sua independência", explica Eliana Bertoluso Moura, gerente de enfermagem do hospital.

A receptividade do enfermeiro ao conhecimento dos pais na hora da internação e o papel educador do profissional são duas variáveis marcantes no processo de atendimento às crianças. "Os pais acompanham os pacientes há muito tempo, sabem de suas especificidades e são fonte essencial para especificar o plano de enfermagem", informa Eliana. Já o papel educador do enfermeiro, segundo ela, é o que capacita os pais diariamente nos cuidados que se estenderão aos cuidados domiciliares de qualidade, de modo que o paciente, principalmente o lesado medular, de deficiência irreversível, se aproprie à nova vida e se recupere de forma ideal. "A meta é sempre o máximo de independência", complementa Marcia Ramos, enfermeira do hospital.

"Aprendemos a ser bastante humildes aqui. A mãe sabe fazer melhor do que você. As mães dão uma aula", relata Eliana. Maria Lúcia Fortes, enfermeira supervisora da educação continuada do hospital, acrescenta que é necessário acreditar no que a mãe está falando. "É preciso que a equipe de enfermagem esteja aberta ao conhecimento de causa da mãe".

Foto: Arquivo AACD

Há algumas diferenças em relação ao plano da enfermagem, como um acompanhamento ambulatorial no térreo do prédio. Quando os pacientes voltam do centro cirúrgico, a enfermagem dá continuidade a tudo o que ele vinha fazendo no ambulatório.

O procedimento tomado em relação a pacientes que são operados mais de uma vez e que são reinternados é o de questionar se a criança e a mãe conseguem realizar as tarefas a que já estavam habituados, como o cateterismo vesical, por exemplo. "Nosso objetivo é dar o máximo de autonomia ao paciente, até como forma de adaptá-lo a uma vida em que sua deficiência seja resolvida no cotidiano", conclui Marcia.

Luciana Conceição, fisioterapeuta do hospital, explica que a mãe pode ficar com medo de mexer na criança após uma cirurgia. "É uma mãe que fazia tudo para a criança que agora tem que lidar com uma mudança, com necessidades muito grandes".

Foto: Arquivo AACD

Maria Lúcia diz que lidar com o acompanhante é muito importante, por ele ser um aliado. "Mães que causam escândalo porque seu filho não é atendido não são o problema. O problema é do paciente, cuja falta de atendimento lhe causa desespero. São os familiares que conhecem o paciente e interpretam suas alterações". Com a cooperação dos pais, a recuperação é mais rápida e efetiva.

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e atuação intensa da fisioterapia, as internações têm sido cada vez mais curtas, o que reduz o tempo disponível para orientação dos envolvidos.

Um dos principais problemas em relação ao tratamento com o deficiente, de acordo com Eliana, é não saber o que acontece com ele quando deixa o hospital. "O Brasil é pobre de referências. Recebemos pacientes encaminhados erroneamente, que poderiam ser atendidos no próprio município de origem, por causa de um problema comum de cirurgia, que não é detectado pelo serviço de saúde. Ao mesmo tempo, há lugares que não sabem de nossa existência para casos em que somos necessários".

Marcia explica que o treinamento pelo qual os novos funcionários do hospital passam é importante para saber como a equipe vai atuar, de modo abrangente, para que o novo profissional tenha uma ideia do todo do paciente e complemente isso na prática.

Eliana afirma que há uma proximidade muito grande entre os pacientes e os profissionais, o que facilita o relacionamento entre eles. "Essa humanização é benéfica para os dois lados. Hoje o deficiente está incluso socialmente, está participando da sociedade. Então é importante trabalhar na adaptação de todo esquema para o tratamento dos deficientes. É uma pessoa normal como qualquer outra, tem que ser tratado da mesma forma que os outros".

Dicas da equipe de enfermagem do Hospital da AACD:

1. Incentive a autonomia do paciente;
2. Informe-se sobre os serviços que podem ajudar o paciente para encaminhá-lo após alta ou atendimento, principalmente em casos de neonatos com mielomeningocele;
3. Tenha uma visão holística do paciente; muitas queixas de pacientes da AACD sobre serviços de outros locais dizem respeito a não orientação sobre alimentação, patologias como bexiga neurogênica, de simples trato. O paciente é um conjunto, exige atendimento multidisciplinar.
4. Veja se o paciente tem acompanhamento psicológico, essencial para a auto-aceitação de sua deficiência;
5. Esteja aberto ao conhecimento do acompanhante do deficiente, que sabe do estado dele e das especificidades de seu cuidado por acompanhá-lo diariamente;
6. Esteja atento a casos de maus tratos para alertar as autoridades competentes e orientar o paciente. Se possível, que a instituição desenvolva um protocolo;
7. Tire dúvidas com instituições-referência, como a própria AACD. A interrelação entre as instituições é muito importante. O ideal seria que houvesse um órgão centralizador para direcionar essas dúvidas.

ENTREVISTA

Rita de Cássia Silva e Karen Beatriz Silva

Enfermagem Forense: possibilidades para a profissão

Ainda pouco conhecida no Brasil, a enfermagem forense originou-se nos EUA, na década de 1990, e expandiu-se para outros países como Canadá, Austrália, Inglaterra, Japão, Peru, Coréia, Índia, Suécia e Itália. Recentemente Portugal passou a reconhecer esta especialidade e implantou cursos de pós-graduação na área. No Brasil ela ainda não é reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem.

As enfermeiras Rita de Cássia Silva e Karen Beatriz Silva, formadas pela PUC-PR, atuam na área forense e trabalham para trazer a especialidade para o Brasil. Professora da PUC-PR e membro do comitê de implantação da lei Maria da Penha no Paraná, Rita é especialista em Metodologia da Assistência de Enfermagem (PUC-PR), em Administração Hospitalar e em Bioética (PUC-PR), além de mestre em Educação (PUC-SP). Professora de Enfermagem na Keiser University, na Flórida – USA, Karen é especialista em Psiquiatria e Saúde Mental (American Nurses Credentialing Center), mestre em Prática Avançada da Saúde do Adulto (Monmouth University), mestre em Enfermagem Forense (American Nurses Credentialing Center) e doutoranda em Psicologia Geral (Capella University).

enfermagemRevista - O que é a enfermagem forense?
Rita de Cássia e Karen Silva - A enfermagem forense é a fusão da ciência da enfermagem com questões judiciais, ou seja, a aplicação da ciência da enfermagem aos aspectos forenses do cuidado da saúde.

eR - Onde atua o enfermeiro forense?
RC e KS - As áreas de atuação do enfermeiro forense são inúmeras. Nas escolas, na comunidade, nos hospitais, especialmente no setor de emergência, nos centros de saúde, em instituições médico-legais, enfim, em qualquer lugar onde existam pessoas em situação de violência.

eR - Nos países onde a especialidade é legalmente reconhecida, quais são as atividades do enfermeiro forense?
RC e KS - Na investigação clínica da morte, o enfermeiro coleta evidências no corpo e no ambiente que indiquem a causa e mecanismo da morte. Nesses países, cabe ao enfermeiro forense o exame e tratamento de vítimas de estupro e de vítimas de violência doméstica. Ele faz o exame físico com coleta de evidências, documentação completa da ocorrência e dos achados, preservação das evidências e tratamento físico e psicológico da vítima, além do encaminhamento para serviços especiais e tratamento médico quando necessário. Também coleta e preserva evidências nos ofensores. Já os enfermeiros psiquiatras forenses trabalham direto com as vítimas, com ofensores e com suas respectivas famílias.

eR - O enfermeiro forense realiza algum tipo de trabalho preventivo?
RC e KS - A educação será sempre a maior arma contra a violência. Qualquer enfermeiro forense também está apto a realizar trabalho preventivo, educando crianças e adolescentes nas escolas, em instituições religiosas ou centros comunitários quanto a assuntos relacionados a violência física, emocional, moral e sexual. Nesse caso, o trabalho também consiste na detecção de possíveis vítimas.

eR - Como é a relação entre o enfermeiro forense e a vítima?
RC e KS - O enfermeiro forense estabelece uma relação de confiança com a vítima a qual chamamos de *rapport* e as vítimas sobreviventes da violência beneficiam-se com o relacionamento terapêutico com o enfermeiro. Para os indiví-

Karen Beatriz Silva (Foto: Criselli Montipó - Unibrasil)

Foto: Jhet Spades - everystockphoto.com

Coleta de impressão digital

duos que foram a óbito, o enfermeiro poderá ser sua última chance de elucidação para um laudo acurado da causa e do mecanismo da morte, atuando assim com a equipe de investigação.

eR - O enfermeiro forense atua também como testemunha em julgamentos? Aspectos da legislação fazem parte da sua formação?

RC e KS - Sim, o enfermeiro forense é frequentemente chamado para depor em julgamentos se foi o examinador tanto da vítima quanto do ofensor. O enfermeiro forense pode também ser declarado expert witnesse, ou seja, testemunha especializada. A legislação local faz parte do treinamento do enfermeiro forense, pois é preciso saber o tipo de documentação apropriada de acordo com idade, gênero, etc. Por exemplo, se a vítima é menor de idade, não precisará do consentimento do adulto responsável para os procedimentos, mas o enfermeiro terá obrigação de comunicá-lo. Se o adulto responsável é o ofensor, então será preciso comunicar às autoridades responsáveis.

eR - Como deve ser a formação do enfermeiro forense? Quais aspectos são essenciais ao profissional?

RC e KS - Segundo a IAFN - International Assossiation of Forensic Nursing (Associação Internacional de Enfermeiros Forenses), o enfermeiro examinador de vítimas de estupro precisa de pelo menos dois anos de experiência na prática assistencial, em qualquer especialidade, além de 40 horas de treinamento técnico de coleta de evidências, fotos forenses, revisão de leis locais, revisão de literatura. A perícia de adultos também inclui no treinamento a prática supervisionada em mulheres voluntárias e mais a execução de dez exames ginecológicos supervisionados por um instrutor qualificado. No caso de peritos em crianças, é necessário um extenso conhecimento da anatomia, fisiologia e desenvolvimento psicológico da criança e pré-puberdade.

No caso de investigação clínica da morte, o curso também é de 40 horas e inclui auxílio de autópsias e um vasto conhecimento da anatomia e fisiologia humana e patologias. O curso também aborda aulas de balística, identificação de feridas por arma de fogo e arma branca, cortes, lacerações, hematomas, entre outros. Também são oferecidas aulas de entomologia forense, odontologia forense, antropologia forense, análise de DNA. Essas últimas servem somente para dar uma noção ao enfermeiro de qual achado indicaria a necessidade de ajuda de um profissional da área. Existem ainda cursos de mestrado, pós-mestrado e doutorado em Enfermagem Forense que preparam os enfermeiros na maioria das sub-especialidades.

eR - Existe alguma previsão de implantação da especialização em enfermagem forense no país?

RC e KS - Aparentemente o campo de trabalho para enfermagem forense no Brasil precisa ser conquistado, pois algumas sub-especialidades do enfermeiro forense são executadas por outros profissionais. Em Curitiba, houve tentativas de implantação de enfermagem forense no currículo de graduação e pós-graduação em duas universidades, mas devido à falta de campo de trabalho, não foram levadas adiante. Porém, estudantes de enfermagem de todo o Brasil nos contatam por e-mail quase diariamente pedindo indicações de literatura para trabalhos de conclusão de curso ou perguntando se há algum programa no país que ofereça essa especialidade para enfermeiros.

Coletagem de amostra de resíduo de tiro

Foto: COREN-SP

UTIN do ProMatre Paulista

GRANDES CUIDADOS PARA PEQUENOS PACIENTES

Conheça os procedimentos de algumas UTIs voltadas ao atendimento de recém-nascidos

Cuidados especiais fazem parte da rotina das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN. Na cidade de São Paulo, algumas instituições são referências no tratamento aos recém-nascidos.

Na UTIN da Maternidade Promatre Paulista, os bebês são separados de acordo com a gravidade das situações. "O setor geralmente recebe bebês prematuros de maior complexidade. Há casos de prematuros extremos, como nascidos com 27 semanas, com 500 g de massa ou com situações como pneumotórax e gas-

trosquise", informa Rosmaria Parrilha Pirollo, gerente de enfermagem da maternidade. Ela afirma que no local há cirurgias cardíacas de pequeno porte (como para fechamento de canal), mas que pacientes que precisam de cirurgias de maior complexidade são transferidos.

Um dos cuidados tomados pela equipe da UTIN da Promatre é a oximetria de pulso. A quantidade de oxigênio no sangue é controlada pela saturação de oxigênio e pela frequência de pulso. A saturação é monitorada de hora em hora por funcionários que verificam a oscilação. Dependendo da oscilação, enfermeiros e médicos são chamados para controlar a oferta de oxigênio.

Nas incubadoras da UTIN da Promatre, os bebês repousam em diferentes posições de decúbito. A mudança regular é uma prática de enfermagem rigorosamente seguida. Algumas das incubadoras brilham sob uma luz azulada intensa, que refletem a atual tecnologia usada na fototerapia. Hoje, os banhos de fototerapia são feitos com LED, de forma mais efetiva que os banhos executados com tecnologias anteriores. O aumento da irradiação faz o tempo de fototerapia se tornar menor.

Com a modernização das incubadoras, há um mínimo de manipulação nos bebês para evitar stress, que pode desencadear uma série de complicações. Nessas incubadoras, há também balança digital, proteção térmica e controle de umidade para proteger a pele. Em algumas situações, também são utilizadas inserções de surfactante. As doses da substância (que ajuda na complacência pulmonar e diminui o esforço respiratório) devem ser realizadas o mais precocemente possível, na hora do nascimento ou até uma hora depois. O surfactante é aplicado em temperatura ambiente por via traqueal, com técnicas de posicionamento, para chegar mais facilmente aos pulmões.

A preocupação dos pais é determinante na saúde dos pacientes. Rosmaria informa que as mães que vão à Promatre geralmente fazem exame pré-natal mais rigoroso. "Quando a mãe percebe malformação, já começa um acompanhamento prévio".

O Instituto da Criança – ICr do Hospital das Clínicas – HC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP possui duas: uma faz parte do prédio central e é um hospital-escola que desenvolve pesquisas sobre casos que apresentam patologias desconhecidas; e outra, que recebe bebês de todo o estado de São Paulo e também de outras partes do Brasil.

Na UTIN do Hospital, são recebidos neonatos (até 28 dias de vida) e lactentes (depois desse período). "Há pacientes atípicos, com mais de 30 dias na unidade. Trabalhamos com crianças em situações de alta complexidade, transferidos de outras unidades do HC e de outros hospitais", esclarece Angela Matuhara, supervisora da UTIN do Hospital.

Num primeiro momento, a mãe e o bebê são separados, para que ele possa ser reanimado e intubado. É realizado um trabalho emocional com os pais. "A criança fica com os tubos e a mãe fica com medo de tocar a criança. Às vezes, sente-se culpada", informa Angela. De acordo com ela, assistentes sociais que também fazem parte da equipe do hospital ajudam mães de renda baixa a conseguir meios de verem o bebê com mais frequência. Essas mães também recebem suporte psicológico. Ela também destaca que o profissional deve ter muita delicadeza ao lidar com a aparelhagem. Por a atividade ser voltada aos recém-nascidos, os instrumentos são muito pequenos. Com isso, comprova-se a necessidade de curso de especialização para o profissional.

Os casos de doenças mais comuns são hérnia diafragmática, estômagos deslocados e gastrosquises e pulmões pequenos, que fazem com que haja uma capacidade reduzida de respiração. Há também casos de prematuros, crianças cirúrgicas e cardiopatas. São crian-

Foto: SilentObserver - everystockphoto.com

RN em fototerapia

ças graves que ficam muito tempo na unidade sob cuidados, geralmente de 40 a 60 dias. A maior parte deles fica em jejum, com os alimentos sendo inseridos intravenosamente.

Os acompanhantes dos bebês geralmente são suas mães, que propiciam a amamentação (geralmente estimulada). Isso é importante para a recuperação do bebê, pois o leite contém anticorpos adequados à idade e importantes para a proteção contra as bactérias de uma UTI.

Angela ressalta que é necessário desenvolver olhar clínico na atividade, pois há rápidas inversões de quadros clínicos. "Pela aparência é preciso notar o estado da criança". Como os profissionais lidam com crianças que ainda não falam, há uma escala de avaliação da dor pelas expressões faciais.

Na UTIN há um grupo dedicado a avaliar e diminuir a dor do bebê. O processo de humanização inclui o acesso facilitado à assistência religiosa e também ocorrem batismos de emergência e visitas.

Foto: ValentinMosichev- www.photoxpress.com

Mãe amamentando bebê

Das 16h às 17h, há uma redução de ruídos e luzes para suspensão do bebê e fazê-lo descansar da rotina de atendimentos sucessivos de cirurgião, cardiologista, fisioterapeuta etc. no período da manhã.

Também pertencente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Instituto da Criança – ICr recebe casos extremos e analisa situações já existentes e faz pesquisas de doenças com o intuito de descobrir as doenças que podem acometer os recém-nascidos.

"Temos uma UTIN nível 3, apta a receber bebês dos mais variados níveis de gravidade. Pelo fato de ser um centro de formação de profissionais vinculado ao Hospital das Clínicas da USP e por ser também um centro de referência do SUS, os leitos são quase todos ocupados por casos graves ou gravíssimos encaminhados de maternidades ou já ligadas ao parto de bebê já diagnosticado como problemático no acompanhamento pré-natal", explica Eliane Coelho Berti, supervisora de serviço hospitalar do Instituto.

Eliane ressalta que o Instituto da Criança oferece também um curso de especialização próprio de pediatria e neonatologia, de um ano, vinculado ao Hospital das Clínicas, aberto ao público externo, com reserva de vagas para profissionais do ICr com bolsa de estudos. Está programada para 2013 uma especialização apenas para neonatologia, por conta de sua especificidade. Há também uma política de educação permanente específica para enfermagem oferecida pelo departamento de recursos humanos do HC, desde quando o profissional é contratado e continuamente, com projetos de tutoria (treinamento na unidade em que ele atua), e também através cursos externos, com auxílio financeiro, para especializações inclusive fora do país.

Nas últimas décadas, uma série de aparelhos e técnicas vem permitindo dar melhor assistência ao neonato (possibilitando aumento nos casos de sobrevida) na prática das equipes de enfermagem em UTIs neonatais, garantindo mais eficiência e segurança nos tratamentos. Alguns exemplos são:

a) Bombas de infusão: controlam a dose de medicamento ou da dieta a ser infundida no bebê. Cada um contém um soro, medicação parenteral, reposição de cálcio e de potássio, de acordo com os exames. A medicação é dada lentamente, pois o bebê, ainda mais debilitado, não está pronto para metabolizar grandes quantidades.

Rosmaria Parrilha Pirollo, gerente de enfermagem da maternidade ProMatre

Bomba de seringa

Incubadora neonatal

b) Bomba de seringa, usada para injeção de pequeníssimas doses de medicamento. Conseguem volumes bem menores de infusão, que não consegue nas bombas de infusão comum. Há controle maior e mais segurança para o bebê. Deve haver controle muito rigoroso.

c) Ventilador mecânico: impulsiona ar direto no pulmão do bebê e recolhe o gás resultante do metabolismo. Usado em casos de bebês que estão com respiração insuficiente (o sinal visível é o fato de a criança ficar cianótica).

d) Sensores pequenos, sensíveis, especiais para recém-nascidos que medem oxigenação e temperatura. São presos por fixador próprio. É recomendado o uso de adesivos especiais, que não aderem à pele (caso contrário, poderiam causar, na retirada, danos à pele ou a retirada de sua camada mais superficial, criando abertura para uma infecção).

d) Manta térmica (que pode atingir até 43 °C) e aquecedor controlados digitalmente com precisão, como pressão arterial medida digitalmente, curativos feitos com placa de hidrocoloides, imobilização dos braços do bebê. Quando esses procedimentos eram manuais, era comum haver iatrogenias no bebê. Hoje elas são muito raras.

f) Incubadora neonatal, menor do que a tradicional, com controle interno de peso, temperatura da pele, temperatura interna e umidade relativa do ar da incubadora para o prematuro não perder temperatura e água (os prematuros têm temperatura inferior à dos demais, por isso a temperatura em suas incubadoras pode atingir até 37,5°C; para os bebês que nascem no tempo certo, a temperatura da incubadora é variável). Possui entradas embutidas para oxigenação e cabos de bombas, com paredes duplas. É dotada de alarmes, para obter assistência rápida mesmo com equipe reduzida.

g) Painel de óxido nítrico em rede, que dispensa o uso de torpedos acoplados ao ventilador, que é usado para tratamento de concussão pulmonar.

Foto: kraft - www.sxc.hu

MÉTODOS SIMPLES PARA AVALIAR A DOR

Nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN, além de aparelhagem necessária para garantir a saúde dos bebês, é preciso que os profissionais de enfermagem estejam atentos às manifestações dos pequenos pacientes. Para isso, foi desenvolvida uma série de escalas, que medem a intensidade da dor nos bebês.

Atualmente, diversos instrumentos estão disponíveis para avaliação da dor no recém-nascido. Mariana Bueno, professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e Veridiana Chimirri, enfermeira encarregada da Unidade Neonatal do Hospital São Paulo, destacam o Premature Infant Pain Profile (Perfil de Dor do Prematuro) – PIPP, o Neonatal Facial Coding System – NFCS, o Behavioral Indicators of Infant Pain – BIIP, Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né – EDIN e Escore para a Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido – CRIES. "Até o momento, não há instrumento considerado como ideal para avaliação da dor no recém-nascido, visto que todas as escalas disponíveis são baseadas na observação de indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais", ressalta Mariana.

Outra escala que tem destaque por sua utilização é a Neonatal Infant Pain Scale – NIPS, ou Escala de Dor Neonatal, em português. Ela foi criada em 1993 e se trata de um instrumento multidimensional e que avalia indicadores comportamentais (como expressão facial, choro, movimentação de braços e pernas, estado de alerta) e fisiológicos (padrão respiratório). Essa escala foi desenvolvida para avaliação da dor aguda resultante de procedimentos dolorosos (possibilitando diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos) em recém-nascidos (pré-termo e a termo) e lactentes de até 2 anos de idade.

Veridiana afirma que a NIPS é tão eficaz quanto outros métodos de diagnóstico de dor para recém-nascido. "Tem a vantagem de ser um método descomplicado que utiliza como base análise do choro, expressão facial e movimentos corporais do paciente". Ela explica

também que o investimento institucional na implantação do uso da escala é mínimo, resumindo-se ao preparo e treinamento dos profissionais para a observação do paciente de maneira sistematizada.

Mariana complementa que embora a NIPS apresente boas propriedades psicométricas (ou seja, é um instrumento adequadamente validado), sua utilidade clínica ainda é pouco explorada em pesquisas. "A NIPS é facilmente utilizada à beira do leito, embora não haja estudos suficientes para confirmar sua utilidade clínica. Em minha vivência, percebo que a NIPS é uma das escalas consideradas como simples e de fácil aplicação à beira do leito e, por isso, é comumente eleita como o instrumento a ser utilizado", afirma Mariana.

Originalmente voltada para avaliação da dor resultante de procedimentos incômodos, como punção venosa, punção arterial e intubação traqueal, a NIPS foi também validada para avaliação da dor pós-operatória. Mariana informa que alguns serviços aplicam a NIPS, empiricamente, na avaliação de dados vitais dos neonatos e lactentes, independente de procedimentos dolorosos ou cirurgias. "Essa utilização da escala parece ter bons resultados, embora não haja estudos que confirmem sua eficácia nessa situação".

Mas também existem situações em que outras escalas cumprem melhor o papel de diagnóstico da dor, como pontua Veridiana. Como exemplos, em pacientes sob sedação, em pós-operatório imediato, ou em casos em que a resposta corporal ainda seja imatura para gerar os dados necessários — quando uma escala com ênfase em dados fisiológicos possa fornecer dados mais apurados do real estado do paciente que se encontra com a comunicação não-verbal prejudicada. "Pela subjetividade da dor, métodos multidimensionais de avaliação de dor devem ser utilizados, pois dessa forma consegue-se obter o máximo de informações a respeito das respostas individuais à dor e de suas interações com o ambiente", completa Veridiana.

"Para a aplicação de qualquer instrumento de avaliação da dor neonatal, é necessário conhecimento detalhado acerca do instrumento", pontua Mariana. Ela complementa que os profissionais que fazem uso de escalas para avaliação da dor neonatal devem ser treinados para a aplicação de instrumentos. "É importante que sejam oferecidas informações sobre os indicadores (o que cada um realmente avalia e como observar cada um destes indicadores), sobre o método de pontuação (quais os valores de cada indicador, como se faz a somatória da pontuação total, qual o valor mínimo e máximo da pontuação, qual pontuação indica ausência/presença de dor), sobre como registrar os escores de dor e, também, sobre quando avaliar e reavaliar a ocorrência de dor no recém-nascido".

O profissional de enfermagem precisa ser sensibilizado para o uso da escala, como afirma Veridiana. "Muitas vezes ele percebe e valoriza a presença da dor, tenta comunica-la à equipe que assiste o paciente e sai frustrado por não ser compreendido em sua preocupação ou devido ao outro profissional não perceber aquela dor com a mesma intensidade que ele". Ela informa que também pode ocorrer o risco de se subestimar a dor do paciente. "A percepção de dor é subjetiva e está baseada nas experiências dolorosas de quem a observa. O uso de um instrumento para avaliação da dor possibilita quantificá-la, transformando-a em um dado concreto que fará parte dos sinais vitais e fisiológicos do recém-nascido e auxiliando outros profissionais na tomada da conduta correta para o tratamento".

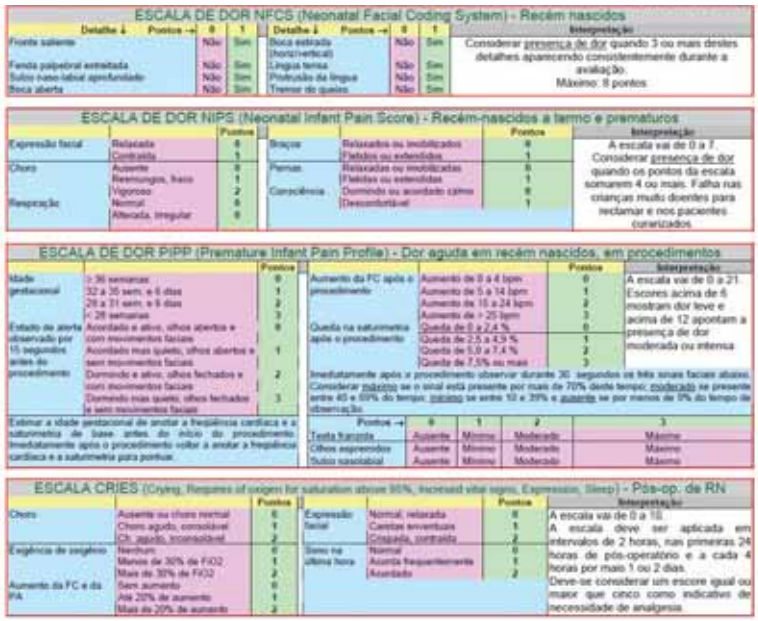


Tabela comparativa demonstrando diversos escalas de dor e seus parâmetros de avaliação. (Extraído do site www.blackbook.com.br)

Foto: Arquivo COREN-SP

QUALIDADE DE VIDA É BUSCA FUNDAMENTAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Quando é diagnosticada alguma doença sem cura, o princípio que deve ser seguido é o da manutenção da vida com qualidade, conforto e respeito. Lidar com a morte, porém, é um problema cultural difícil de ser resolvido de última hora. Na medida em que a morte se aproxima, a dificuldade é sentida tanto pelos pacientes como por seus familiares e pelos profissionais envolvidos no cuidado.

Monique Cavenaghi, enfermeira especialista em gerontologia e com experiência em cuidados paliativos, diz que é necessário preparo específico prévio e sólido para lidar com o paciente terminal .“Existe muita dificuldade de falar de morte. Daí a dificuldade de falar de cuidados paliativos”, afirma ela. “É preciso pensar os próprios limites, mas manter acima de tudo o respeito a um paciente que sofre sabendo que sua morte está próxima”.

Antes restritos a pacientes com câncer e hoje estendidos à pediatria, portadores de HIV e doenças crônicas, os cuidados paliativos são discussão recente no Brasil e mesmo no mundo: a primeira definição oficial do termo foi feita em 1982 pela OMS. Na definição está o princípio de aprimorar a qualidade de vida do doente. Em gerontologia, mesmo com as rápidas mudanças do padrão demográfico brasileiro, há poucas ações públicas voltadas ao cuidado paliativo do idoso.

Sobre a morte e o morrer

Em primeiro lugar o sofrimento do paciente é físico, mas muitos outros aspectos, principalmente psicológicos e sociais, devem ser observados com sensibilidade. A postura do profissional de enfermagem é crucial nesse momento. "Para trabalhar em cuidados paliativos é preciso tirar a carapaça", afirma Monique. "Não é fácil, não é tranquilo, sofremos o luto, inclusive o luto antecipado, junto com a família. Se não estivermos preparados, será ainda pior".

O primeiro passo que Monique recomenda para alcançar essa maturidade é trabalhar a própria espiritualidade. É desejável também reconhecer a espiritualidade dos outros, para compreender as diferenças e facilitar os enfrentamentos frequentes dessa fase da vida. "É o ideal para respeitar o outro, para que a assistência seja mais completa".

Respeitar os pacientes em suas crenças se alinha com o princípio da participação destes. Os cuidados paliativos são uma série de pequenas iniciativas que se somam para dar ao paciente, que sofre perda acentuada de independência, a chance de terminar a vida da forma mais ativa e confortável possível.

Monique aponta cuidados simples como: não esperar o paciente reclamar para agir, avaliá-lo periodicamente a fim de identificar sinais e sintomas que podem ser controlados, realizar o registro da assistência para que esta tenha sua continuidade garantida, chamar o paciente pelo nome, explicar o que está sendo feito, as causas dos sintomas que sofre, diminuir odores desagradáveis, ruídos excessivos do ambiente, situá-lo no tempo com o uso de expressões "bom dia" e "boa tarde", situá-lo no espaço, tirando-o de seu quarto quando possível e desejado, promover a higiene, a movimentação ativa e passiva, enfim, estar disponível para ouvir e agir prontamente.

Outras recomendações, embora às vezes, limitadas pelo dimensionamento inadequado das equipes de enfermagem e pela burocracia dos serviços de saúde, também devem ser cumpridas, como, por exemplo, permitir visitas mais longas e fora dos horários padrões, encaminhar o paciente e seus familiares para aconselhamento psicológico, transferir o paciente para um local mais tranquilo e reservado na ausência de uma unidade específica para este tipo de assistência e, principalmente, permitir que as despedidas sejam feitas. "É preciso facilitar essas visitas junto à direção", afirma Monique. "Mudar regras também é um cuidado paliativo".

Monique Cavenaghi. (Foto: COREN-SP)

Morrer em casa

Os cuidados paliativos incluem os familiares, que são parte chave do processo de morte, principalmente quando o paciente permanece em sua casa. Catarina Aparecida Sales, docente do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), acompanha este tipo de cuidados desde 2004.

Junto ao Nepaaf (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família), Catarina coordena o programa de acompanhamento domiciliar a famílias com doentes terminais portadores de câncer. No período, ela e seus alunos de graduação e pós-graduação do curso de Enfermagem da referida Universidade acompanharam cerca de 40 famílias. A proposta é prepará-las de acordo com os princípios dos cuidados paliativos.

De acordo com a professora, estes princípios mostraram-se eficazes na minimização da ansiedade da família. A postura necessária aos profissionais de saúde que acompanham essas famílias, no hospital ou em casa, é "trabalhar com amor, saber escutar e, principalmente se colocar no lugar do outro. Acredito também que cada profissional deva fazer reflexões acerca do processo de morte, uma vez que só poderemos apreender o sentido de nossa existência a partir do desvelamento dos mistérios dela".

Foto: Arquivo COREN-SP

Foto: Arquivo COREN-SP

Catarina realiza pesquisa acerca da temática. Em uma de suas pesquisas, conjuntamente com seus alunos, procurou investigar suas concepções acerca do cuidado paliativo, humanizado e domiciliar. A pesquisa demonstrou que os alunos constatavam a acentuação do sofrimento físico e emocional do doente e sua família dia a dia. "Os alunos apreenderam também a importância do cuidado humanizado, do ato de escutar, do toque, da atenção e do estar-com plenos de amor e compaixão", diz ela.

Em outra pesquisa realizada com alunos de pós-graduação, Catarina observou que para eles "os doentes e seus entes queridos têm direitos e necessidades que devem ser satisfeitos independentemente do resultado final", superando um grande tabu da área de saúde: o ideal de que êxito significa curar doenças e salvar vidas. "Nessa concepção, cuidar de um paciente morrendo e ajudar sua família tornava-se um esforço inútil e um fracasso da medicina".

Cuidados paliativos

Segundo Catarina, no âmbito da saúde, os cuidados paliativos surgem em vários países, inclusive no Brasil, como a pedra fundamental que busca resgatar o respeito e a dignidade do doente terminal. "É importante compreender o outro não apenas ante seu sofrimento físico, mas também perante seu padecimento existencial".

Muitas abordagens podem ser aplicadas dentro dos princípios dos cuidados paliativos. Uma das experiências mais interessantes para Catarina iniciou-se em 2009, quando juntamente com seu orientando de mestrado Vladimir Araújo da Silva, utilizou música como instrumento para avivar força e coragem aos doentes e familiares.

A música revelou-se um recurso "valioso no cuidado de enfermagem, considerando-se o déficit de lazer e a monotonia do ambiente domiciliar. A utilização da música está inserida na historicidade e temporalidade do paciente, sendo assim, a meu ver, ela pode ser utilizada sempre, mas com a permissão do doente e da família". Uma vez que a música transmite vida à própria solidão, silenciando a morte em sua hora de vida.

Participar da escolha do repertório musical permite maior entusiasmo, músicas religiosas podem representar suporte psicoespiritual. "Por algum tempo suspende-se a angústia relacionada à evolução da doença e à terminalidade iminente. A música conduz a momentos de alegria e emoção. Por constituir um recurso de comunicação, a música pode promover relação interpessoal e abertura do paciente para o discurso", conclui o artigo da professora publicado em maio na Revista da Escola de Enfermagem da USP. Leia o artigo em http://bit.ly/catarinacuidadospaliativos.

Equipe de Saúde

Para Monique Cavenaghi, os surtos de afeto são comuns no leito de morte. Há reconciliações de última hora, declarações de afeto nunca feitas antes, bem como abandono, de acordo com a história de cada família. O profissional de Enfermagem deve estar acima destas rixas, e na medida do possível prover conforto ao paciente.

Para o sucesso da assistência paliativa, a equipe deve ser multiprofissional e estar apta para aceitar suas limitações.

Também é preciso se por na situação hipotética do paciente. É um bom teste para verificar a adequação dos cuidados: é assim que você se sentiria bem cuidado? "As últimas horas de vida podem ter um grande significado. Permanecer essas horas em sofrimento físico pode ser o desperdício de toda uma existência", afirma Monique.

A principal reflexão que o cuidado de pacientes terminais inspira é: "O que é ter uma boa morte? Eu, Monique, acho que é ter uma boa vida. É a reflexão essencial, a ser feita pelos profissionais de saúde".

A enfermagem e o canto Gregoriano

por ANA PAULA ALMEIDA

Uma breve história da música

A organização, ainda que rudimentar e a imitação dos ritmos e ruídos da natureza, as variações de altura e timbre de voz, os objetos sonoros (instrumentos musicais) e os fenômenos musicais têm sua evolução contada na História da Humanidade de forma cronológica e progressiva, com a diferenciação do canto para a língua falada há, pelo menos, 9.000 a.C.[1]

Os povos primitivos utilizavam a música para entrar em contato com entidades superiores poderosos em suas cerimônias religiosas e místicas. Já na Idade Média, as doenças de origem mental, principalmente, eram atribuídas às influências dos demônios. Somente no século XVI, a Medicina se desvencilhou da Igreja e seus conceitos e seus dogmas para, assim, estabelecer a Medicina moderna. Dessa forma, a música passou a ser utilizada de forma terapêutica, fato este deflagrado pelo estudo das doenças mentais com a riqueza da diferenciação de ritmos e melodias que promovessem o bem estar[2].

Na história da enfermagem, a música começou a ser utilizada com a finalidade terapêutica por Florence Nightingale em 1859. Florence já se preocupava com o equilíbrio do ambiente físico para a recuperação de pessoas doentes e feridos da guerra[3]. Florence Nightingale já mencionava que:

> [...] os instrumentos de sopro, inclusive a voz humana e os instrumentos de corda capazes de produzir sons contínuos, em geral trazem efeitos benéficos; [...], e isso independentemente da associação com o sentido dessas melodias (Nightingale, 1989)[3].

Após oito décadas, Isa Maud Ilsen, musicista e enfermeira, criou a Associação Nacional de Música nos Hospitais, foi pioneira no ensino de musicoterapia na Universidade de Columbia e, em 1941, Harryet Ayer Seymour, também enfermeira, depois de observar soldados feridos das I e II Guerras Mundiais, dedicou-se à terapêutica musical através de método próprio, o "Método Seymour". Preocupada com o tema, abriu uma escola para formação de musicistas para tocar a beira do leito de pessoas hospitalizadas e fez vários concertos para milhares de doentes nos Estados Unidos[3,4].

Em 1970, Martha Rogers, por meio do princípio da integralidade e da ressonância, associou a vibração rítmica das ondas sonoras da música com a receptividade sensorial humana como uma possibilidade de assimilação do conteúdo transmitido pela música no momento da audição musical[5]. Entretanto, somente no final do século XX, a prática do uso terapêutico da música pela enfermagem foi difundida e diferenciada[4].

Em 1995, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), no Parecer Normativo 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária e realizada em 18.07.95, dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, exercidas ou executadas por práticos treinados sem sistematização e são conhecimentos repassados de geração em geração, não estando vinculados a qualquer categoria profissional. Além disso, resolve o estabelecimento e reconhecimento das Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Porém, para receber esta titulação, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas6. Em 19/03/1997, o COFEn, através da Resolução 197, estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação profissional de Enfermagem[7].

Minha trajetória

Minha convivência com a música ocorreu desde a infância, com o sonho dos meus pais em ver suas filhas tocando piano. O sonho dos meus pais tornou-se meu objetivo pessoal e, após nove anos de estudo, conclui o curso técnico em piano. O curso de piano foi realizado em uma escola que chamamos de conservatório musical. Essa escola era liderada por religiosas e o contato com elas despertou-me o interesse pela música sacra. Dizia-se, no conservatório, que o canto Gregoriano nos fazia acalmar[8,9].

Cursei a faculdade de enfermagem e, nesse período, a música ficou um pouco distante do cotidiano, porém presente na alma. No decorrer da prática profissional em contato com mães de crianças portadoras de doença crônica, entrei em contato com uma mulher, que é mãe e teme pela doença e hospitalização do seu filho. Durante alguns anos, observei um grande número de mães em situação de angústia pela incerteza no restabelecimento da saúde de seus filhos e o medo do futuro ou de como poderia ser o enfrentamento da luta pela vida de seus filhos diante de uma doença crônica. Esse número de encontros aliada à experiência pessoal de ser mãe e ter vivenciado uma internação do meu filho, me fez questionar como a Enfermagem poderia ajudar essas mães a enfrentar este período tão difícil de hospitalização. Apesar da formação musical em escola liderada por religiosas e o interesse por músicas sacras, meu estudo não teve conotação de religiosidade e/ou religião. Porém, retomei o conceito de que o canto Gregoriano transmitia a calma e apliquei na minha pesquisa[8,9].

O objetivo do meu estudo foi verificar se o canto Gregoriano altera o estado de ansiedade das mães com filhos internados. Foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória, correlacional com análise quantitativa, quase experimental. A coleta dos dados foi realizada no período de Julho de 2009 a Fevereiro de 2010. Setenta e uma mães foram investigadas sendo que, 28 mães atenderam todos os critérios desta pesquisa. A pesquisa atendeu aos requisitos do Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. O nível de significância adotado foi de 5% para as análises estatísticas[8,9].

Cada mãe foi convidada pessoalmente a participar da pesquisa e após o aceite do convite, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, preencheu o Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço (IDATE). Essa escala foi traduzida e adaptada para o Brasil e é a mais utilizada para a avaliação da ansiedade. É composta por duas escalas para medir ansiedade traço e ansiedade estado, em que dois conceitos se diferenciam nas medidas da característica da personalidade e na condição cognitivo-afetiva transitória, respectivamente[8]. Foram agendados dois encontros no quarto individual do próprio paciente para a realização da audição

musical de canto Gregoriano, quando respondeu ao Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Estado antes e após a audição musical e o formulário de identificação do sujeito da pesquisa contendo dados pessoais, dados relacionados ao filho internado e informações sonoro-musicais após a audição musical. Foi utilizado um aparelho de som digital portátil com auxílio de fones de ouvido que foram higienizados com álcool 70% após cada uso. Na primeira audição musical, verificou-se que 25 (89,2%) mulheres tiveram seu estado de ansiedade diminuídos; uma (3,6%) mulher não sofreu influência no seu estado de ansiedade e 2 (7,2%) tiveram seu estado de ansiedade aumentados após a primeira audição de canto Gregoriano. Na segunda audição musical de canto Gregoriano, 25 (89,2%) continuaram a ter seu estado de ansiedade diminuídos e 3 (10,8%) tiveram seu estado de ansiedade aumentado após ouvir canto Gregoriano. Vale ressaltar que, dentre as 56 audições musicais realizadas pelas 28 mulheres que concluíram o estudo, em 23 (41, 07%) houve diminuição da ansiedade com mudança na categoria do escore de ansiedade, ou seja, de elevado para moderado e baixo. O resultado obtido foi significante à um nível de significância de 5%, isto é, houve eficiência de 95%[8,9].

A utilização do canto Gregoriano diminuiu o estado de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas em um hospital pediátrico de atenção quaternária acomodados em quartos individuais. O que este estudo revela, leva-nos a confirmar o que outros pesquisadores e escritores já divulgaram: a influência da música sobre o nosso organismo é real. Ressalta-se que, estas mães estavam acomodadas em quarto privativo e fizeram a audição musical com fones de ouvido, fato que as mantiveram sem a influência dos ruídos do ambiente[8,9].

Considera-se necessário investigar os possíveis efeitos do canto Gregoriano em outros ambientes do hospital e em outras formas de acomodação do cliente. Apesar de a música estar num contexto milenar, fazer parte da História da humanidade desde a pré-história, ainda temos muitas questões a resolver e conhecer sobre seus efeitos na biologia do Homem[8,9].

ANA PAULA ALMEIDA é Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Enfermeira do Serviço de Educação Permanente do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP). Membro do Grupo de Estudos em Práticas Alternativas e Complementares de Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Referencias Bibliográficas

[1] Freferico E. Música: uma breve história. Irmãos Vitale; 1999.

[2] Ribas JC. Música e medicina. São Paulo: Edigraf; 1957.

[3] Nightingale F. Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é. Carvalho AC, tradutora. São Paulo: Cortez; 1989.

[4] Leão ER. Imagens mentais decorrentes da audição musical erudita em dor crônica musculoesquelética: contribuições para a utilização da música pela enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

[5] George JB. Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. Thorell AMV, tradutora. Proto Alegre: Artes Médicas; 2000.

[6] Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer normativo do COFEn nº004/95. Dispõe sobre as atividades em Terapias Alternativas. Bol Inf COREn. 1995;18(4):8.

[7] Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo (SP); 1997.

[8] Almeida, AP. Canto Gregoriano como redutor de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas: estratégia para a enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010 [acesso 2012-07-10]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-06102010-130624/.

[9] Almeida AP, Silva MJP. Canto Gregoriano: redutor de ansiedade de mães com filhos hospitalizados. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):36-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a07.pdf

[10] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

BONS SAMARITANOS

O SUS E OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FORAM TEMA DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE DE 2012 DA CNBB; ENTENDA OS PRINCIPAIS VALORES DA CAMPANHA ECUMÊNICA

A Campanha da Fraternidade, realizada anualmente pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) durante a Quaresma, abordou este ano o SUS e deu especial destaque aos profissionais da área de saúde. De acordo com o texto da Campanha, eles têm uma missão e a qualidade de seu exercício profissional depende de compromisso e abnegação.

"Os princípios do SUS são belíssimos e contemplam os ideais cristãos, mas questões como emprego, cultura, educação e segurança, que influenciam diretamente no adoecimento das pessoas, também devem ser consideradas", afirma a irmã Maria Ramos, responsável técnica de enfermagem do Hospital Itaim Paulista, operado pela irmandade Santa Marcelina. "Também precisamos refletir o acolhimento que proporcionamos aos nossos doentes e familiares, porque vemos no sistema de saúde a falta de valores cristãos, como a caridade, a paciência, a prudência e o respeito. Devemos resgatar esses valores em nossa profissão, porque ser profissional da enfermagem vai além de ser um profissional".

Essa necessidade de reflexão e o resgate de valores humanitários foram enfatizados pela Campanha de 2012 na figura do bom samaritano. "Acreditamos que os profissionais da enfermagem se encontram com Deus todos os dias, porque quando cuidamos do outro, estamos cuidando do próprio Deus existente em cada coração e mente humana. São pessoas cuidando de outras pessoas", afirma irmã Maria.

Doença

A Campanha também quis enfatizar o autocuidado. A doença é considerada um forte convite à reconciliação e à harmonização. "Por muito tempo, a espiritualidade não foi tratada como um aspecto na recuperação da pessoa doente", afirma irmã Maria Ramos. "Porém acreditamos que a espiritualidade ajude a pessoa na compreensão e na aceitação da doença como um processo natural da vida. Vemos ainda que para as pessoas a doença é o momento da aproximação com Deus e a reconciliação com outras pessoas, principalmente com os familiares. Desse modo, nós no hospital sentimos que é importante transmitir aos nossos colaboradores a necessidade de escutar os pacientes e os familiares para que possam respeitar os seus valores".

Um dos objetivos da Campanha era chamar a atenção para o sofrimento de quem espera pela cura e para as deficiências do SUS.

"A abnegação dos profissionais é evidente nas instituições de saúde, principalmente naquelas em que não existe uma estrutura mínima de trabalho e recursos ineficientes. Acreditamos que os profissionais deveriam ter melhores condições de trabalho para desenvolver uma assistência com qualidade, livre de riscos e danos aos doentes e a si próprios. Devemos refletir que todos tenham acesso à saúde, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e também fomentando a participação social nas decisões sobre as políticas públicas de saúde, algo que falta para o profissional de enfermagem".

Campanha da Fraternidade

As campanhas da fraternidade começaram em 1962 pela iniciativa de três padres que buscavam recursos financeiros para uma ação social. Atualmente, a CNBB desenvolve projetos sociais na área de saúde através da Pastoral da Saúde. De acordo com irmã Maria, "a Pastoral da Saúde é organizada dentro das instituições, das paróquias e das comunidades para acolher as pessoas que queiram desenvolver trabalhos voluntários, destacando a importância para os serviços dentro das instituições de saúde, também, para os serviços nas comunidades, como a visitação dos doentes em suas casas. O trabalho do voluntariado é importante para a sociedade e para os cristãos é uma das facetas de Cristo, é uma doação do nosso tempo à construção do Reino de Deus."

> "Este verbo expressa o conjunto da intervenção do samaritano. Cuidar passa a ser uma missão, pois os passos dados pelas ações no decorrer da intervenção gera compromisso"
> (Campanha da Fraternidade)

Fonte: CNBB

• O profissional de pé, o enfermo sentado, olhos nos olhos, lembra a acolhida e o compromisso do profissional de saúde, gera relação de confiança.

• A alegria do encontro recorda aos profissionais da saúde que foram escolhidos para atualizar em a atitude do Bom Samaritano em relação aos enfermos.

• A mão do profissional da saúde segurando as mãos do doente afasta cultura da morte e viabiliza a acolhida entre irmãos (o próximo).

Quando os trotes deixam de ser uma brincadeira

PROJETO ALMEJA PREVENÇÃO DE TROTES QUE COLOCAM VIDAS EM RISCO E DIFICULTAM A ATUAÇÃO DO SAMU

O projeto Samuzinho foi criado pelo Governo do Distrito Federal em 2007 e vem sendo disseminado por municípios de todo país. Tem, como objetivo informar às crianças de escolas públicas e privadas a respeito das funções e da importância do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) à sociedade, orientar como agir em situações de risco e quando acionar o 192. E com essa conscientização, reduzir o número de trotes, que é uma das principais dificuldades do serviço.

Segundo levantamento nacional do Ministério da Saúde, em 2007, cerca de 40% das ligações para o SAMU, eram trotes. Os horários de pico desses trotes são justamente o de intervalo das escolas, tanto de manhã quanto à tarde, e o de saída dos alunos. Os deslocamentos das ambulâncias em razão desses trotes geram gastos e perda de tempo ao serviço. Mas a consequência mais preocupante é fazer com que uma pessoa que necessite realmente de socorro tenha que aguardar mais do que precisaria, agravando seu estado, ou, em alguns casos, vindo a falecer. Esse retrato real do cotidiano do SAMU também é exposto nas aulas do Samuzinho.

O Ministério da Saúde garante aos municípios que o desenvolvimento do projeto é a melhor forma de redução dos trotes e, consequentemente, reduzir os gastos que o serviço tem. Essa recomendação existe pois, no Brasil todo, em razão dos trotes principalmente, o serviço do SAMU tem dificuldades para atender toda a população. As aulas são ministradas pelos Núcleos de Educação do SAMU 192, constituídos de profissionais do serviço. Cada município que adota o projeto escolhe a maneira como apresentá-lo aos alunos. A escola que tiver interesse em receber o serviço deve entrar em contato com a prefeitura do seu município ou com o SAMU e se informar sobre como agendar uma visita.

Conscientizar a sociedade

Em Santo André, o SAMU e a Prefeitura, em 2010, realizaram modificações na forma como apresentar o Samuzinho, e, no ano seguinte, o novo serviço foi implementado. "Em razão dos trotes serem feitos, geralmente por crianças, surgiu a necessidade de conscientizá-las, mas como sabemos que os trotes também são feitos por adultos, percebemos que deveríamos conscientizar a sociedade toda. Foi assim que nasceu o diferencial do nosso projeto. Além de apresentarmos a importância do serviço, quando usá-lo e o prejuízo que trotes nos trazem através de uma peça teatral ao visitarmos a escola e ainda permitirmos a visita das crianças a uma de nossas ambulâncias, uma sala da escola (escolhida

Simulação de atendimento apresentada à crianças de escola de Santo André. Foto: Samuzinho Santo André

pela diretora) cria um jogral, uma música, ou uma peça teatral para apresentar à sociedade, tendo como base os materiais e as informações que passamos a eles", de acordo com Ana Verônica Dias, coordenadora do novo projeto de Santo André.

Segundo Verônica, trata-se de "um dia de curso, e os alunos que atendemos vão do 2º ciclo da educação infantil ao 7º ano do ensino fundamental. Ao final, eles recebem um certificado, uma espécie de diploma que atesta que eles são multiplicadores do projeto SAMU nas escolas".

Com esse novo formato de apresentar o projeto, Santo André ganhou destaque nos informativos do Ministério da Saúde e vem se tornando um exemplo a outros municípios. "Em 2010, 43% das ligações que recebíamos eram trotes, já em janeiro de 2012, em razão das melhorias implantadas, esse índice caiu para 12,38%", complementa Verônica.

Conhecimento aprofundado

Já em Ribeirão Preto, o projeto Samuzinho existe desde 2011 e possui um formato peculiar. O curso completo dura 12 meses e é composto por crianças do 1º ao 9º ano do ensino fundamental, as quais são educadas por meio de aulas quinzenais no SAMU da cidade, aos sábados das 9h às 12h. A equipe criadora e mantenedora do projeto é composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos do SAMU. O objetivo é que essas crianças sejam divulgadoras da importância do serviço prestado pelo SAMU, aprendam diversas formas de prevenção de acidentes, saibam como se comportar em situações emergenciais, e orientem outras pessoas.

Durante as 20 aulas do curso, os estudantes recebem aulas dos mais diversos temas. "Damos grande relevância ao uso correto do 192, pois sabemos que a maioria dos trotes são passados por crianças. Elas ainda aprendem noções de cidadania, como agir quando se deparar com quadros de crise convulsiva,

desmaio, hemorragias, queimaduras, choque elétrico, acidente por animais peçonhentos. Além de ensinamentos sobre prevenção de acidentes de trânsito e acidentes domésticos elas recebem noções de primeiros socorros, ou seja, é um curso bem amplo" de acordo com José Carlos Rios, enfermeiro do SAMU e Coordenador do Projeto Samuzinho de Ribeirão Preto.

"Visitamos as escolas e, juntamente com a direção da instituição, realizamos uma seleção dos estudantes. Para fazer parte do Samuzinho, o aluno precisa ter bom rendimento escolar e ter interesse no assunto. Temos, atualmente, duas turmas de 25 alunos cada, que já estão se formando", afirma José Carlos.

Afim de divulgar o aprendizado e repassar o conhecimento obtido à sociedade, "após as aulas teóricas, esperamos poder levar essas crianças para o contato com o público em geral, realizando apresentações em locais onde houver eventos de notoriedade pública, como também em shoppings, praças públicas e instituições de ensino, em datas específicas e comemorativas", finaliza José Carlos.

Remediar também é necessário

Outra manobra para repreender e, consequentemente, impedir a prática de trotes ao SAMU, é a lei 14.738/12, chamada Lei do Trote, de autoria da deputada estadual Rita Passos (PSD-SP), que está sendo regulamentada pelo poder executivo e entrará em vigor em poucas semanas (não vigorava até o fechamento desta edição). Segundo o texto inicial, a lei estabelece que o responsável pela linha telefônica que originar o trote ao SAMU (192), à Polícia Militar (190) ou aos Bombeiros (193), receberá uma multa de R$ 1239,35. De acordo com a deputada, a intenção da lei é inibir os trotes, que são tão prejudiciais a esses serviços de emergência.

Projeto mostrando o interior de uma ambulância a crianças. (Foto: Samuzinho Santo André)

Revista em quadrinhos do Samuzinho. (Fonte: Samuzinho Santo André)

Pesquisa Nacional Levantará o Perfil da Enfermagem Paulista e Brasileira

Os profissionais de enfermagem serão alvo de uma pesquisa nacional que pretende conhecer melhor o perfil da categoria. A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil será feita nos 27 estados brasileiros, levantando os dados dos profissionais que serão selecionados para compor a amostra. A previsão é que 40.000 profissionais em todo o território nacional serão pesquisados e o estado de São Paulo, por ter a maior representação de profissionais, responda por uma parcela significativa desta amostra.

A pesquisa é resultado de um convênio entre o Conselho Federal de Enfermagem, Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Federação Nacional dos Enfermeiros e Associação Brasileira de Enfermagem com apoio do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e no estado de São Paulo, o COREN-SP.

Os profissionais selecionados de forma aleatória receberão em sua residência o questionário e após o preenchimento dos dados solicitados, devem postá-lo novamente pelo Correio sem nenhum custo, pois o porte já vem pago. O questionário pode também ser respondido online na página da pesquisa.

É importante ressaltar que serão pesquisados Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e que ao ser selecionado, o profissional perceba que esta é uma oportunidade de representar seus pares e ser um porta-voz de vários outros colegas com perfis semelhantes.

Mais do que uma simples coleta de dados, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil têm como objetivo subsidiar políticas públicas para a enfermagem e a formação de recursos humanos na categoria. No questionário, além dos dados sócio-demográficos, há questões que envolvem a formação dos profissionais, acesso ao aprimoramento profissional, inserção no mercado e condições de trabalho e a participação social e política dos profissionais pesquisados. Sendo um instrumento que envolve questões tão importantes para a Enfermagem, a participação do profissional selecionado é fundamental para o êxito da pesquisa.

Cada estado do Brasil conta com um representante estadual e a coordenadora no estado de São Paulo é a Enfermeira Karen Cardoso Caetano, que será responsável pela divulgação da pesquisa em todo o estado, orientando também possíveis dúvidas quanto ao preenchimento do instrumento.

Para dúvidas sobre o questionário e a pesquisa, entre em contato: perfildaenfermagem.sp@gmail.com
Maiores informações sobre a pesquisa acesse:
www.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem/
perfildaenfermagemnobrasil.blogspot.com.br/

Conselheiros do COREN-SP em Brasília.

E a luta continua...

APÓS ADIAMENTO DA VOTAÇÃO DO PROJETO, 30 HORAS CONTINUA COMO META

A primeira proposta da Gestão 2012/2014 do COREN-SP é massificar a luta pela aprovação do Projeto de Lei 2295/2000, o qual regulamenta a implementação das 30 horas semanais aos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem. O projeto, após 12 anos de espera, foi levado à apreciação de fato da Câmara dos Deputados. Entretanto, no último dia 27 de junho, quando havia intensa expectativa pela aprovação do PL, a votação foi adiada, em razão de uma reunião de última hora do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, com os deputados dos partidos que compõem a base do governo, representada pelo deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP) .

A enfermagem é reconhecida como profissão no Brasil desde a segunda metade do século passado. Assim, a classe busca, há mais de 50 anos, uma regulamentação compatível com as necessidades dos profissionais da Enfermagem. Tratam-se de reivindicações que não são exclusividade dessa profissão e sim de todos as categorias profissionais do país.

Ademais, a enfermagem é uma profissão que tem como objetivo a preservação da vida e a promoção da saúde. Representa mais de 50% das equipes de saúde e atuam praticamente em todas instituições de saúde do país. Ou seja, a grande maioria dos pacientes que necessitem de cuidados relativos a saúde, são atendidos por profissionais de enfermagem.

Dessa maneira, é um trabalho que necessita ser cautelosamente regulamentado, a fim de dar condições ao profissional para a prestação de um serviço de qualidade, o que também beneficia o paciente e todo sistema de a saúde. O PL 30 horas prevê a redução do estresse laboral, o que acarretará em uma melhoria na qualidade

da assistência dada, diminuindo o risco de falhas, e ainda possibilitará um aprimoramento profissional, pois os enfermeiros, técnicos e auxiliares terão mais tempo para se especializar e aumentar seus conhecimentos. Tais consequências serão benéficas a todos trabalhadores e instituições de saúde.

"Pesquisas que envolvem a força de trabalho e a Organização Internacional do Trabalho estabelecem que profissionais que trabalham com o sofrimento, com a dor devem ter seis horas diárias de trabalho no máximo e 18 horas para repor suas energias, favorecendo tanto os usuários dos serviços de saúde quanto os profissionais da área. É inexplicável como um projeto da envergadura, da importância do PL 30 horas esteja aguardando, há 12 anos, para ser votado", afirmou o Primeiro Secretário do Conselho Regional de Enfermagem Gelson Luis De Albuquerque, durante a cerimônia de abertura da Semana da Enfermagem no CAPE.

A respeito do impacto financeiro da aprovação do projeto, um estudo foi apresentado pelo Ministério da Saúde. Tendo dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) como base, a pesquisa demonstrou um impacto monetário de R$ 331 milhões, sendo R$ 195 milhões no setor privado e R$ 136 milhões no público. E, contando os encargos trabalhistas, o valor pode chegar a R$ 609 milhões. Entretanto, vale ressaltar, que o projeto sugere uma redução gradativa na jornada de trabalho, ao longo de três anos.

Este trecho do discurso do deputado Chinaglia explica os motivos pelos quais houve o adiamento da votação do projeto: "O Ministério da Saúde, de forma competente, criou um grupo de trabalho para ouvir os vários atores: profissionais, representantes patronais, técnicos, etc. Até o momento, que esta Liderança saiba, o grupo de trabalho não apresentou, especialmente para a liderança dos profissionais, aquilo que seria a posição final do próprio Governo frente ao tema, mas registre-se que tenha havido diálogo. O que está sendo feito aqui agora? Nós estamos patrocinando um tempo para produzir algum tipo de acordo. Pedimos hoje ao Ministro da Saúde, porque ele manifestou várias vezes a sua disposição para o diálogo, para que, num prazo que ainda não está definido, mas que será um prazo curto frente a um trâmite que já dura uma década ou mais, para que possamos de fato fazer esse diálogo de modo a que haja a compatibilização e que cada bancada vote de acordo com as suas convicções".

"Todos ficamos decepcionados, mas consideramos que foi uma conquista incluir o projeto na pauta. Isso é um grande avanço porque agora nosso projeto já está lá. As entidades fizeram um grande esforço para estarem na Câmara de última hora. A vinda do Ministro Padilha foi outro passo importante, porque a Enfermagem conseguiu sensibilizar a maioria dos deputados para aprovarem as 30 Horas. O nosso próximo passo será negociar novamente com o governo e continuar articulando com os deputados para manter o grande apoio manifestado", declara Marcia Krempel, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, sobre o adiamento.

Foto: COREN-SP

Profisionais de enfermagem reunidos no Plenário do Congresso Nacional em Brasília.

ENTREVISTA
Professora Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1972), mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1982), doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990) e Livre Docente em Enfermagem de Saúde Pública pela UNIFESP (1996). Atualmente Professora Titular e Diretora da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

"Queremos que o Poder Público compre o prédio para que a Escola permaneça onde está"

Em meio ao imbróglio em relação ao repasse de verbas do Governo Federal por meio do programa Rehuf (ver no quadro ao lado), um outro impasse está ocorrendo em uma das principais escolas de enfermagem do estado de São Paulo.

Um movimento que une professores, funcionários, ex-alunos e alunos da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp está lutando pela regularização do prédio onde está instalada a Escola, como patrimônio público, para continuar a desenvolver suas atividades em prol da Enfermagem.

Em entrevista para a Enfermagem em Revista (eR), a Professora Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna, diretora da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo relata a luta do Movimento que reúne professores, alunos e funcionários públicos da UNIFESP em Defesa da EPE.

enfermagemRevista - Qual a situação atual?

Professora Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna: A Escola Paulista de Enfermagem (EPE) é uma unidade universitária da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mas ela foi fundada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), por um grupo de médicos que fundou e financiou a Escola Paulista de Medicina (EPM); eles ganharam uma chácara, por doação foi particular, nos terrenos onde estão a EPM e o Hospital São Paulo,

Para ter uma Escola de Medicina ideal, tinha que ter um Hospital; pra ter uma hospital de excelência, tinha que ter uma enfermagem de excelência, então em 1939 criaram a EPE, e ao criar a EPE, eles construíram um prédio no terreno doado pela Prefeitura, em frente ao Hospital. Esse primeiro prédio foi o alojamento das enfermeiras, e das estudantes de enfermagem e a Escola era dentro do Hospital, depois ele foi deixando de ser residência e virando uma Escola, isto desde 1972. A construção, a instalação e a manutenção do prédio sempre foram com o dinheiro público, sendo mantida atualmente pela Unifesp.

eR - Qual a reivindicação do Movimento em relação a Escola?

Vianna: O Movimento quer que a Universidade ou o Poder Público compre esse prédio, porque em determinado momento da história a SPDM, apesar de ser presidida por professores da EPM e nós da Enfermagem fazemos parte do Conselho da SPDM, não representa os interesses públicos da Escola em prol da Enfermagem, ela é uma entidade privada. O próprio Governo Federal e o Tribunal de Contas da União (TCU) obrigaram estas entidades a terem estatutos separados.

Hoje a SPDM é um ente privado, e o que nós queremos é que a Unifesp adquirisse esse imóvel junto a SPDM, por usucapião, ou que intervenha junto ao Ministério Público ou ao Ministério da Saúde para comprar o prédio para a Escola de Enfermagem permanecer onde está.

Em diversas vezes solicitamos junto à reitoria e direção de campus que o prédio se tornasse, oficialmente, um espaço público da Unifesp para a Escola Paulista de Enfermagem e não obtivemos sucesso.

Professora Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna.

*A **Escola Paulista de Enfermagem** (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), foi criada em 1939, e tem sede em São Paulo na Rua Napoleão de Barros, 754, na Vila Clementino, desde 1960. Há 73 anos mantém a excelência do ensino, pesquisa e extensão e forma enfermeiros e enfermeiras para o cenário nacional. O curso é de período integral, são 350 alunos de graduação e 150 alunos de pós-graduação, em convênios com outros estados e nota 5 na CAPES. O ciclo básico do curso de Enfermagem tem matérias em comum com o curso de Medicina da UNIFESP.*

*O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (**Rehuf**) foi criado no início de 2010 para dar suporte aos hospitais universitários do País, que apresentavam dificuldades financeiras. Com verbas gradativas repassadas em parceria pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o programa liberou R$ 300 milhões no primeiro ano e ampliou para R$ 500 milhões no ano passado, distribuídos em três parcelas. Hospitais que cumprirem as metas determinadas pelo governo têm direito a um valor de repasse maior.*

eR - E a relação com a SPDM, como está?

Vianna: A SPDM não nos pressionou, mas sabemos que mais cedo ou mais tarde eles vão querer o imóvel, é o terreno que eles têm onde está a EPE, inclusive o prédio já foi dado como garantia de pagamento de dívidas algumas vezes, então é uma situação delicada permanente para a Escola.

Até 1977, a SPDM era a mantenedora da EPM e do Hospital São Paulo. Com a criação da Unifesp, então uma autarquia pública, e a EPE passou a ser um departamento da EPM e o Hospital São Paulo ficou com a SPDM, que sempre teve uma ligação muito grande, não só pelo atendimento ao SUS, mas a SPDM sempre foi gerenciada por professores da Medicina e a Enfermagem faz parte do Conselho. Hoje, a parte que atende ao SUS a SPDM foi obrigada a ceder à Unifesp para receber o Rehuf, transformando parte do Hospital São Paulo em Hospital Universitário.

eR - Como a Escola está integrada às rotinas do Hospital São Paulo?

Vianna: A EPE fica em frente ao Hospital São Paulo, os professores e alunos saem da Escola, atravessam a rua e já estão lá [no Hospital]. É nosso campo de estágio, a direção de Enfermagem e várias atividades em laboratório são realizadas dentro dessa integração entre a Escola e o Hospital, temos uma professora que dirige a Enfermagem do Hospital e atua também no Conselho de Integração da EPE. Participamos do UNA-SUS – no primeiro ano formamos 800 pessoas, no segundo 1.500, e já vamos para o terceiro ano. Nossas rotinas estão interligadas e essa relação é um patrimônio público que a Enfermagem e a população tem que ter asseguradas.

*O Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - **UNA-SUS** foi criado com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde, cursos de pós-graduação e de extensão universitária. Com foco na qualidade didático-pedagógica, a UNA-SUS tem como finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS.*

Corpo docente da UNIFESP reunido com o presidente do COREN-SP na sede do Conselho.

Transparência

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS E RECEITAS DO COREN-SP

		PERÍODO 2011* 2011	PERÍODO 2012** 2012
1	**RECEITAS CORRENTES**	50.620.232,66	49.392.485,03
2	**RECEITAS DE CAPITAL**	2.449.200,00	865.685,00
	TOTAL DE RECEITAS	**53.069.432,66**	**50.258.170,03**
3	**DESPESAS CORRENTES**	35.826.646,83	27.722.290,06
3.1	**DESPESAS DE CUSTEIO**	23.123.954,60	16.763.745,10
3.1.10.00	PESSOAL CIVIL	11.717.422,54	11.963.387,01
3.1.10.01	VENCIMENTOS E VANTAGENS	7.700.108,50	7.815.131,91
3.1.10.02	DESPESAS VARIÁVEIS	1.499.110,63	1.773.242,15
3.1.10.02.07	Assistência Social	1.355.761,18	1.546.301,73
3.1.10.03	OBRIGAÇÕES PATRONAIS	2.518.203,41	2.375.012,95
3.1.20.00	MATERIAL DE CONSUMO	710.728,45	197.896,65
3.1.30.00	SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS	1.015.682,14	905.032,07
3.1.30.01	*SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS FÍSICAS*	171.714,41	116.772,88
3.1.30.02	*SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS JURÍDICAS*	843.967,73	788.259,19
3.1.32.00	OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS	9.680.121,47	3.652.254,38
3.1.32.01	ASSINATURAS E PERIÓDICOS	8.874,91	792,00
3.1.32.02	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS	58.173,43	-
3.1.32.03	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	609.260,24	294.466,15
3.1.32.04	SEGUROS EM GERAL	730,69	289,73
3.1.32.05	SERVIÇOS DE HIGIENTE E DEDETIZAÇÃO	1.844,20	3.236,00
3.1.32.06	SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL	1.409.080,27	597.134,15
3.1.32.06.01	Postagens	615.421,09	269.605,74
3.1.32.06.02	Telecomunicações	793.659,18	327.528,41
3.1.32.07	SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA, ÁGUA E GAS	333.438,94	312.736,01
3.1.32.08	PASSAGENS E TRANSPORTES	206.609,83	109.415,93
3.1.32.09	REPAROS, ADAPTAÇÃO E CONSERV. DE BENS	297.116,64	54.135,58
3.1.32.10	SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA	2.926.076,49	13.357,62
3.1.32.11	SERVs SELEÇÃO, TREINAM. ORIENT	47.250,84	11.162,32
3.1.32.32	DESPESAS C/REUNIÕES, REPRESENTAÇÕES	2.269.206,59	1.147.137,50
3.1.32.33	CONGRESSOS, SEMINARIOS EVENTOS E	142.672,39	21.940,00
3.1.32.35	DESPESAS BANCÁRIAS	852.232,89	727.958,53
3.1.33.00	DIVERSAS DESPESAS DE CUSTEIO	517.553,12	403.667,85
3.2.00.00	**TRANSFERÊNCIAS CORRENTES**	12.702.692,23	10.958.544,96
3.2.10.00	TRANSFERÊNCIAS INTRAGOVERNAMENTAIS	12.626.849,56	10.881.531,39
3.2.80.00	CONTRIBUIÇÃO PASEP	75.842,67	77.013,57
	DESPESAS DE CAPITAL	3.057.844,91	28.001,32
4.0.00.00	INVESTIMENTOS	2.653.344,91	28.001,32
4.1.00.00	INVERSÕES FINANCEIRAS	404.500,00	-
4.2.00.00	**TOTAL DESPESAS**	**38.884.491,74**	**27.750.291,38**
	DESPESAS EXECUTADAS EM RELAÇÃO ÀS RECEITAS	**73,27%**	**55,22%**

3 - **Despesas correntes**: São as despesas no sentido econômico. O gasto não corresponde a um crescimento patrimonial, ou não produz um retorno patrimonial equivalente.

3.1 - **Despesas com custeio** - Conjunto de despesas relacionadas com itens básicos de manutenção de uma constituição. São as dotações para a manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens móveis.

3.2.00.00 - **Transferências Correntes** são dotações orçamentárias ou de créditos adicionais "transferidas" a outras entidades com o objetivo de auxiliá-las nas despesas de sua manutenção.

4.0.00.00 - **Despesas de Capital** são os gastos de investimento, que produzem um aumento patrimonial equivalente, investimentos são os recursos aplicados com o planejamento e execução de obras públicas, aquisições de imóveis, equipamentos, material permanente, além de ser aplicado na constituição ou aumento de capital de instituições que não sejam de caráter comercial ou financeiro.

*Período de 2011 - Janeiro até Maio de 2011

**Período de 2012 - Janeiro até Maio de 2012

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Processos Éticos

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no artigo 15, V, da lei 5.905, de 12 de julho de 1973, e em cumprimento ao disposto nos parágrafos 3°, 4° e 5° do artigo 118 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007, que determina a publicação das penalidades de Cassação do Exercício Profissional, Censura e Suspensão do Exercício Profissional, vem executar o mandamento legal do aplicado nos anos de 2010 e 2011, conforme descrito a seguir:

1) Cassação do direito ao exercício profissional

• Cassação do Exercício Profissional por 9 anos do Auxiliar de Enfermagem Márcio da Silva Cardinalli, COREN-SP 528773, por infração aos artigos 9º, 33, 56 e 59 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 16/2009, julgado na 399ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 24/02/2011.

2) Censura

• Auxiliar de Enfermagem Aparecido Cláudio dos Santos, COREN-SP 91646, por infração aos artigos 5º, 12, 15, 16, e 38 da Resolução COFEN 311/2007, no processo Ético nº 51/2007, julgado na 759ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 26/07/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Maria José do Nascimento Soares, COREN-SP 534015, por infração aos artigos 5º, 12, 15, 16, e 38 da Resolução COFEN 311/2007, no processo Ético nº 51/2007, julgado na 759ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 26/07/2011.

• Enfermeiro Antonio Carlos Nicolucci, COREN-SP 96038, por infração aos artigos 12, 25, 35 e 49 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 44/2008, julgado na 759ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 26/07/2011.

• Técnico de Enfermagem Evaldo Moro de Oliveira, COREN-SP 22817, por infração aos artigos 12, 25 e 35 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 44/2008, julgado na 759ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 26/07/2011.

• Técnica de Enfermagem Graciete Peixoto de Alencar, COREN-SP 347070, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 25, 30, 32, 33, 35, 4 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 45/2007, julgado na 725ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 23/02/2010.

• Auxiliar de Enfermagem Hellen Cristina Queiroz de Santana, COREN-SP 644141, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 25, 30, 32, 33, 35, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº45/2007, julgado na 725ª Reunião Ordinária do

Plenário do COREN-SP em 23/02/2010.

• Enfermeira Sônia Regina Gonçalves, COREN-SP 117453, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 25, 38 e 72 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 24/2008, julgado na 765ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 18/10/2011.

• Enfermeira Elaine Ribeiro dos Santos Gonçalves, COREN-SP 111661, por infração aos artigos 94 e 95 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 13/2009, julgado na 769ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 13/12/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Ednéia da Silva dias, COREN-SP 322067, por infração aos artigos 35 e 72 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 22/2009, julgado na 749ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 22/02/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Neucilene Oliveira Souza, COREN-SP 462540, por infração aos artigos 35 e 72 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 22/2009, julgado na 749ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 22/02/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Aldemar José dos Santos, COREN-SP 31407, por infração aos artigos 6º, 12 e 18 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 36/2009, julgado na 745ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 14/12/2010.

• Técnico de Enfermagem Luis Lira Cabral, COREN-SP 98970, por infração aos artigos 5º, 12, 15, 21, 33, 36, 48, 52 e 59 da Resolução COFEN 311/2007, no processo Ético nº 28/2007, julgado na 749ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 22/02/2011.

• Enfermeira Cecilia Maria Peracoli Campos Lima, COREN-SP 26467, por infração aos artigos 5º, 38, 48, 69 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 25/2008, julgado na 394ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 28/10/2010.

• Enfermeira Renata Rotlisberger, COREN-SP 134760, por infração aos artigos 5º, 38, 48, 69 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 25/2008, julgado na 394ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 28/10/2010.

• Enfermeira Maria Natalina Romero, COREN-SP 96656, Processo Ético nº 25/2008, por infração aos artigos 5º, 38, 48, 56, 69 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no julgado na 725ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 23/02/2010.

• Auxiliar de Enfermagem Cléria Sousa Aguilar Sousa, COREN-SP 397112, por infração aos artigos 12, 25, 41, 48 e 68 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 30/2010, julgado na 767ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 22/11/2011.

• Auxiliar de Enfermagem André Galvão Chagas, COREN-SP 492105, por infração aos artigos 5º, 35, 48, 51 e 79 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 17/2010, julgado na 754ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 17/05/2011.

• Enfermeira Michele Ferreira da Silva, COREN-SP 129281, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 32, 33, 35 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 30/2009, julgado na 734ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 06/07/2010.

• Técnica de Enfermagem Ingrid Ferreira dos Santos, COREN-SP 14755/08, por infração aos artigos 5º, 6º, 8º, 35, 48, 56 e 78 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 29/2009, julgado na 175ª Reunião Extraordinária do Plenário do COREN-SP em 21/09/2010.

• Enfermeira Sandra Cristina Pereira Bonassa, COREN-SP 109028, por infração aos artigos 2º, 3º, 5º, 12, 13, 14, 21 e 48 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 34/2007, julgado na 723ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 26/01/2010.

• Enfermeiro Carlos Alberto de Araujo, COREN-SP 71565, por infração aos artigos 16, 17, 21, 22, 24, 33, 48, 50, 51, 58 e 71 da Resolução COFEN 240/2000, no Processo Ético nº 1042/15/2007, julgado na 19ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-MG em 17/06/2010.

• Técnica de Enfermagem Rita Ferreira dos Santos, COREN-SP 180992, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 32 e 38 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 09/2008, julgado na 731ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 31/05/2010.

• Auxiliar de Enfermagem Waldir Santos Elias, COREN-SP 113720, por infração aos artigos 5º, 10, 12, 13, 21, 25, 33, 38 e 41 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 36/2007, julgado na 727ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 30/03/2010.

• Enfermeira Cecília Fernandes de Pinho, COREN-SP 12188, por infração aos artigos 5º, 35, 38, 42, 46, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 08/2008, julgado na 172ª Reunião Extraordinária do Plenário do COREN-SP em 27/04/2010.

• Enfermeiro Ângelo Cesar Carvalho, COREN-SP 124469, por infração aos artigos 5º, 35, 38, 42, 46, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 08/2008, julgado na 172ª Reunião Extraordinária do Plenário do COREN-SP em 27/04/2010.

• Enfermeira Thais Mariane dos Santos, COREN-SP 137391, por infração aos artigos 5º, 35, 38, 42, 46, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 08/2008, julgado na 172ª Reunião Extraordinária do Plenário do COREN-SP em 27/04/2010.

• Enfermeira Adriana Aparecida Rodrigues da Costa, COREN-SP 117547, por infração aos artigos 5º, 35, 38, 42, 46, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 08/2008, julgado na 172ª Reunião Extraordinária do Plenário do COREN-SP em 27/04/2010.

3) Suspensão do exercício profissional

• Auxiliar de Enfermagem Sabrina Ferrari, COREN-SP 357203, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no processo Ético nº 08/2009, julgado na 747ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 18/01/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Alessandra Maria Pedroso Mendes, COREN-SP 534152, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no processo Ético nº 08/2009, julgado na 747ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 18/01/2011.

• Técnica de Enfermagem Carla Roberta da Silva Moraes Urbano, COREN-SP 238580, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 25, 30, 32, 33, 35, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 45/2007, julgado na 725ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 23/02/2010.

• Auxiliar de Enfermagem William Henrique Alves Ferreira, COREN-SP 582572, por infração aos artigos 5º, 12, 15, 34, 38 e 123 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 31/2008, julgado na 768ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 06/12/2011.

• Técnica de Enfermagem Gedida Cândido Dias Gomes, COREN-SP 27717, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 25, 51 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 01/2010, julgado na 754ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 17/05/2011.

• Técnica de Enfermagem Maria Delza Magalhães Odoni, COREN-SP 269571, por infração aos artigos 12, 19, 21 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 34/2010, julgado na 756ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 14/06/2011.

• Enfermeiro Cláudio Rodrigues da Silva, COREN-SP 75787, por infração aos artigos 5º, 9º, 12, 21, 31, 35, 48 e 56 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 23/2008, julgado na 751ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 29/03/2011.

• Auxiliar de Enfermagem Luciene Nascimento dos Santos, COREN-SP 625634, , por infração aos artigos 5º, 9º, 12, 21, 31, 35, 48 e 56 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no Processo Ético nº 43/2008, julgado na 394ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 28/10/2010.

Agenda de eventos

Atividades interessantes aos profissionais de enfermagem realizadas no período de setembro a novembro de 2012

30/08 a 1/09

13º SENADEn - Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem

Cidade: Belém-PA. Local: Universidade da Amazônia UNAMA - Campus BR.
Inscrição de Trabalhos Científicos até 20/07/12
Organização: ABEn Nacional
Telefone: (61) 3226-0653 | aben@abennacional.org.br

31/08

VIII Encontro de Estomaterapia do HES

Cidade:Sumaré-SP.Local:AuditóriodoCentrodeEnsinoePesquisadoHospital Estadual Sumaré.
Inscrição de Trabalhos Científicos até 29/08/12
Organização: Hospital Estadual Sumaré
Telefone: (19)3883-8900 ramal 4938 com Eliane das 07h as 16h

19 a 21/09

9ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica

A Interface do Cuidado de Enfermagem e o Cuidador do Idoso
Cidade: Fortaleza-CE. Local: Ponta Mar Hotel.
Organização: Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Seção Ceará
Telefone: (85) 3272-4144 | aben@aben-ce.com.br | www.aben-ce.com.br

20 a 22/09

3º Encontro Regional de Enfermagem do Trabalho

Saúde do Trabalhador: O Olhar Multidisciplinar na Promoção da Saúde
Cidade: Belo Horizonte-MG. Local: CDL-BH - Av. João Pinheiro, 495.
Organização: Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho - Anent
Telefone:(31)9957-5351|erentmg@gmail.com|www.anent.org.br/congressos/III_erent

27 a 29/09

VI SIEN: Simpósio Internacional de Enfermagem

Enfermagem: Prática Segura e Sustentável
Cidade: São Paulo-SP. Local: Fecomercio.
Organização: Hospital Albert Einstein
Telefone: (11) 2151-1107 | sien@einstein.br | www.einstein.br/sien

8 a 10/10

III Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediatricos e Neonatais

Cidade: São Paulo-SP. Local: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
Organização: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Telefone:(11)5576-4719|eventos.proex@unifesp.br|www.proex.unifesp.br/eventos

29 a 31/10

III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem

Pesquisa em Enfermagem: Avanços no Cuidado, Gestão e Política
Cidade: São Paulo-SP. Local: Centro de Convenções Rebouças
Organização: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Telefone: (11) 3061-7548| encontro@usp.br | www.ee.usp.br

29/10 a 2/11

64º Congresso Brasileiro de Enfermagem - CBEn

Cidade: Porto Alegre-RS. Local: Centro de Eventos da PUC.
Organização: Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn-RS
Telefone: (51) 3332-8622 | aben-rs@abennacional.org.br
www.abennacional.org.br

12 a 14/11

II Congresso Internacional em Epidemiologia

Vigilância Epidemiológica: das ações à pesquisa buscando evidências
Cidade: São Paulo-SP. Local: Expo Center Norte
Organização: Secretaria de Estado da Saúde
As inscrições são gratuitas e podem ser feitas no site: www.saude.sp.gov.br
Telefone: (11) 3066-8868

14 a 16/11

IX Simpósio Nacional Úlceras Por Presion Y Heridas Crônicas Gneaupp

Ciência Arte y Compromiso
Cidade:Sevilha-Espanha.Local:FIBES-PaláciodeCongressosyExposiciones.
Organização:-GrupoNacionalParaelEstudioYAsesoramientodeÚcerasporPresión
Telefone:+34934161220|gneaupp2012@bocemtium.com|www.gneaupp.org

Na estante

Indicações de livros disponibilizados na nossa biblioteca, especialmente selecionados para ajudá-lo a enriquecer seus conhecimentos técnicos e conceituais.

Feridas - Úlceras dos Membros Inferiores

Elina Lima Borges

Editora Guanabara Koogan – 2012

Olivrocontémasmaisimportanteseatualizadasinformaçõessobrediagnóstico,manejoetratamentodeferidas.Éumaferramentasegurae efetiva,umsuportetécnicoparaaassistênciaaosportadoresdeúlcerasdeperna,paraaspessoasqueapresentamriscodedesenvolvê-lasou, ainda,paraagestãodeserviçosvoltadosaessaclientela.Outracaracterísticadestelivroéaapresentaçãodediversoscasosclínicosqueproporcionam o exercício prático dos conhecimentos que constam no texto.

Expert enfermagem

Rosangela Aparecida Sala Jeronimo

Editora Rideel – 2010

Aobratemopropósitodepromoverconhecimentosedarbasesinstrumentaisaprofissionaiseaestudantesquedesejamatuarnaáreadaenfermagem.Produtodeobservações,investigações,estudos,pesquisasevivênciaprofissionalvoltadosàsáreasdeCardiologia,CentroCirúrgico, Emergênciasedemaisespecialidades,olivrodestina-seaelevarsubstancialmenteosconhecimentosdosleitoresecapacitá-losparasolucionar questõespertinentesàenfermagem.Seuconteúdoéenriquecidopelatemáticadaquestãoética,imprescindívelparanortearacondutaprofissional.

Manual de exame físico para a prática de enfermagem para pediatria

Ana Lhonch Sabates, Circéa Amalia Ribeiro, Concecão Vieira da Silva Ohara, Eliana Campos Leite Saparolli, Fabiane de Amorim Almeida, José Roberto da Silva Brêtas (ORG.), Marinalva Dias Querino, Regina Issuzo Hirooka de Borba

Editora Érica – 2012

Olivroabordaoexamefísicoeseusaspectoslegais.Tratadasprecauçõesnecessáriasàrealizaçãodeumexamefísicoquerespeiteaspeculiaridades dacriança,taiscomoastécnicasbásicasdeabordagemeopreparodacriançaedafamíliaparasuarealização.Apresentaadescriçãodasregiõesdo corpo,acompanhadadeilustrações,eoscuidadosnarealizaçãodoexame,tantorelativosàcriançacomoaoexaminadoreaoambiente.

Enfermagem - História de uma profissão

Itamar S. de Oliveira Junior

Editora Difusão – 2012

Nestaobra,asautoraspretendemrealizarumaaproximaçãoediscussãodaspráticasdesaúdecoletivaquesemanifestamnocotidianodas unidadesbásicas,bemcomosituaraatuaçãodaEnfermagemnesseespaço,construindoumapráticacoerentecomosprincípiosdosSUS,de acessoeuniversalidade,dodireitoàsaúde,deequidadeeintegralidade.Estelivrofoidesenvolvidocomointuitodecontribuirparaoprocesso ensino-aprendizagem, seja na academia ou na prática, e objetiva também, o aperfeiçoamento profissional.

Gestão da Qualidade – ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde

Vera Lucia de Souza Alves

Editora Martinari – 2012

AGestãodaQualidadetemdesencadeadoumabuscaincessantepormodelosdegerenciamentoquepossibilitemaprimoraraeficiênciaea eficáciadasorganizações.Oimporteéconsiderarospontosprimordiaiseescolherocaminhoquemaisseadapteàrealidadedaempresa. Estelivroprocuraapresentaraosprofissionaisqueatuameminstituiçõesdasaúdecomoenfermeiros,médicos,fisioterapeutas,psicólogos, assistentessociais,administradores,engenheiros,tecnólogos,dentreoutros,osprincipaisprogramasdequalidadeeasferramentasqueestão sendo utilizadas nesta área.

Biblioteca Maria Rosa de Sousa Pinheiro

O COREN-SP oferece aos profissionais, professores e estudantes de Enfermagem (auxiliar, técnico, graduação e pós-graduação) biblioteca especializada em Saúde e Enfermagem. São cerca de 5 mil volumes, entre livros, trabalhos acadêmicos, bibliografia para concurso, dicionários e revistas disponíveis para consulta local.

Serviços

- Orientação à pesquisa, indicação de bibliografia e fontes de consulta.
- Orientação à pesquisa eletrônica (internet).
- Orientação à formatação de trabalhos acadêmicos e elaboração de referências.
- Links para bases de dados eletrônicas sobre Saúde e Enfermagem (Portal COREN-SP, Menu Consultas, submenu Biblioteca).
- Atendimento à distância (Portal COREN-SP, Link Fale conosco, assunto: Biblioteca).

Atendimento

2ª a 6ª feira, das 7h às 16h.

Al. Ribeirão Preto, 82 – São Paulo – SP
Contatos: (11) 3225-6300 r. 6577
(11) 3225-6314

biblioteca@coren-sp.gov.br
www.coren-sp.gov.br

Coren SP

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Unir, participar e avançar