



Mala Direta Postal

9912218160-DR/SPM
COREN-SP

CORREIOS

CUIDADOS NO CAMPO DE BATALHA

Enfermeiras brasileiras que foram enviadas à Itália para salvar combatentes durante a Segunda Guerra Mundial deixaram suas memórias de como foi a assistência em campanha
P. 28



Coren^{SP}

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

União, participação e renovação

Registro de Especialização

tem inscrição gratuita no COREN-SP



Unir, Participar e Avançar



Nesta edição

- 28 **Cuidados no campo de batalha**
Enfermeiras brasileiras que foram enviadas à Itália para salvar combatentes durante a Segunda Guerra Mundial deixaram suas memórias de como foi a assistência em campanha. **HISTÓRIA**
- 16 **As pontas da vida**
Especialistas dão algumas dicas para o cuidado de pacientes no início e no fim do ciclo vital e explicam a importância da participação da família. **PEDIATRIA E GERIATRIA**
- 24 **Triagem e acompanhamento são as principais atribuições da Enfermagem**
No cuidado com o doador, além dos preparativos para a coleta, também é necessária uma preocupação com o histórico de vida do paciente. **DOAÇÃO DE SANGUE**
- 10 **Marcha em Brasília**
Cerca de 4 mil profissionais participaram do Mobiliza Enfermagem, ato realizado em abril deste ano na capital federal para reivindicar a aprovação do PL 2295/2000. **30 HORAS JÁ!**
- 34 **Pisando em ovos**
Doença congênita gera demanda por cuidados específicos com o paciente em todas atividades diárias, desde as mais básicas. **EPIDERMÓLISE BOLHOSA**
- 40 **Cerca de 30% das mulheres em idade fértil são vítimas**
Ato que resultam em danos físicos, sexuais e psicológicos, além de sofrimento, acometem principalmente o sexo feminino. Profissionais da Saúde ainda têm receio de denunciar. **VIOLÊNCIA DE GÊNERO**
- 54 **Ler, narrar, cuidar**
Enfermeiras mostram que a literatura pode ser uma grande aliada na arte do cuidar para além do conhecimento técnico. **ARTE E ENFERMAGEM**

Veja também

- 20 **Enfermagem em construção de imagem e identidade**
[Opinião pública](#)
- 22 **Carta aberta à Enfermagem sobre a novela "Amor à Vida"**
[Informe](#)
- 50 **Como planejar a implantação de um sistema assistencial informatizado**
[Relato de experiência](#)
- 58 **COREN-SP de cara nova na web**
[Internet](#)
- 60 **O papel do enfermeiro no procedimento de colangiopancreatografia endoscópica**
[Exames](#)
- 66 **A formiga e a cigarra no hospital**
[Humanização](#)

Seções

- 04 Editorial
05 Opinião do leitor
06 Notas & informações
61 Demonstrativo financeiro
62 Na estante
64 Agenda



Presidente

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Vice-presidente

Fabiola 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 e Luciano da Silva (suplentes); Andrea Bernardinelli Stornioli e Sílvia Ferreira Bueno (titulares).

Conselheiros titulares

Adriana Machado, Ana Márcia Moreira Donnabella, Anele Cristina Jaracevskis, Dorly Fernanda Gonçalves, Estevão Luis Silva Bassi, José Roberto Correia, Marcília Rosana Críveli Bonacordi Gonçalves, Maria Edith de Almeida, Maria Sílvia de Andrade Rosa Longo, Ramon Moraes Penha.

Conselheiros suplentes

Ariane Leonardo Peron, Arlete Alves dos Santos Maia, Evandro Rafael Pinto Lira, Jordania Aparecida da Cunha Cardoso, Lucélia Ribeiro Bilati, Lucinea Cristino Mesquita, Marcel Willan Lobato, Maria Luiza Marques da Cruz, Marieli Olsefer Monfredini, Miriam Susana Locatelli Marques da Silva, Mônica dos Santos Silva, Nair Satiko Tachikawa, Natalia Custódio Almeida Akamine, Rosângela de Mello, Sandra Maria Batista Grossi, Vanessa Maria Nunes Roque, Vilma Aparecida Rita Antonio, Wilson Venancio da Cunha.

enfermagemRevista

edição nº4

Gerente/jornalista responsável: Fátima Martins (MTb 15278)

Assessor de comunicação estratégica: Fabio Venturini (MTb 31191)

Assessor de projetos gráficos: Luiz Vilarinho

Estagiários: André Paulo Loducca Guerreiro (jornalismo), Victor Mello (design gráfico).

Secretaria de redação e redes sociais: Alexandre Moitinho, Julio Teixeira, Tatiana Prado

Impressão e Acabamento: Gráfica Esdeva
Tiragem desta Edição: 385.000 exemplares

EnfermagemRevista é uma publicação trimestral do departamento de comunicação do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

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

Quando a lei 5.905 criou os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, em 12 de julho de 1973, foi contemplada uma luta histórica da Associação Brasileira de Enfermagem. Mais do que uma conquista da ABEn, foi uma vitória dos trabalhadores e trabalhadoras de nossa nobre profissão, carente de uma regulamentação mais sólida.

A ideia inicial era criar uma entidade que fosse, ao mesmo tempo, fiscalizadora do bom exercício de nossa profissão e que também preservasse os direitos dos profissionais. O projeto que por fim se acertou com as convicções do governo federal na época foi o de um Conselho profissional, vinculado ao Ministério do Trabalho.

Os 40 anos seguintes foram de uma extensa trajetória, repleta de ações emblemáticas. Na década de 1980, por exemplo, participei pessoalmente da luta dos enfermeiros de São Paulo para criar um sindicato que nos representasse nas lutas trabalhistas, campo em que o COREN, por ser autarquia federal, sempre foi impedido por lei de atuar.

Desde então conseguimos amparo legal para nossa regulamentação profissional (lei nº 7498/1986) e ainda temos um conjunto consolidado de entidades que cuidam de todos os aspectos da Enfermagem brasileira: a ABEn na parte técnico-científica, o sistema COFEN-CORENs na fiscalização do exercício

profissional e os sindicatos na defesa dos direitos trabalhistas, jornada de trabalho, salários etc.

Claro que também tivemos percalços, como o período obscuro em que o COFEN foi presidido por Gilberto Linhares, condenado, preso, cassado da presidência e, no ano passado, suspenso por dez anos pela Assembléia dos Presidentes de Regionais. Mas o que se sobressai são as quatro décadas de conquistas.

Ainda temos muito o que buscar, como a regulamentação da jornada de 30 horas semanais, piso salarial e abrir os espaços para que todos os profissionais que anseiam por melhoras significativas em seus ambientes de trabalho sejam plenamente ouvidos dentro do Sistema COFEN-CORENs.

Por ser este um momento de comemorações e reflexões, esta edição de Enfermagem Revista traz um encarte especial sobre os 40 anos do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, no qual contamos e ilustramos um pouco dessa história.

Boa leitura

Prof. Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Presidente do COREN-SP



Capa da revista nº 3
Março de 2013



Também entre em contato através de nossas redes sociais:
twitter.com/corensaopaulo
facebook.com/corensaopaulo
br.linkedin.com/in/corensaopaulo
google.com/+corensp

Para receber a revista atualize seu endereço no site do COREN-SP
www.coren-sp.gov.br

Errata

Diferente do publicado no infográfico da página 43 da edição nº 3 (Jan-Mar/2013), o público alvo do curso ATCN (Advanced Trauma Care For Nurses) são enfermeiros e o público-alvo do PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) são quaisquer profissionais envolvidos na área da saúde, inclusive administradores.

“Acabo de ler a matéria Enfermagem sem Fronteiras, da Revista do COREN. Para mim, foi de grande importância, pois tenho o objetivo de trabalhar na organização MSF desde criança. Sou Técnica de Enfermagem há 6 anos e Enfermeira há 1 ano. Fiz a graduação justamente para poder entrar na organização. Agora, é buscar o aprimoramento contínuo para, um dia, poder alcançar o meu objetivo!”

Evelyn Juliana de Oliveira
Enfermeira – COREN-SP 279.408

eR: *Agradecemos e também parabenizamos pelo exemplo e pela vontade de cuidar das pessoas em regiões com grande necessidade.*

“Gostaria de participar em artigos ou comentários técnicos em sua revista. Acredito que posso contribuir com os leitores com assuntos interessantes.”

Lucila Medeiros Minichello de Sousa
Enfermeira – COREN-SP 132.841

eR: *Envie o conteúdo para o e-mail revista@coren-sp.gov.br que ele será avaliado. Como a Enfermagem Revista não é uma publicação acadêmico-científica, o formato mais adequado é o de artigo de opinião ou de compartilhamento de experiências, com o máximo de 9 mil caracteres (incluindo espaços).*

“Parabéns pela Newsletter, está fantástica!”

Ricardo Mendes dos Santos
Enfermeiro – COREN-SP 84.061

eR: *Agradecemos e sugerimos também que nos acompanhe nas redes sociais. Lá sempre há debates interessantes sobre temas pertinentes à Enfermagem: [facebook.com/corensaopaulo](https://www.facebook.com/corensaopaulo), twitter.com/corensaopaulo.*

“Gostaria muito de agradecer pela revista do COREN. Recebi ontem e já a li toda. Está linda, o novo formato, a visão mais universal da Enfermagem Sem Fronteiras. Nota 10! Sou mestranda em Enfermagem, fiz uma atividade que foi muito apreciada pela minha docente. Envio, para apreciação e possível publicação na revista do COREN. Parabéns pelo trabalho do COREN, sejam firmes nessa direção de transparência!”

Rosiane Aparecida de Melo
Enfermeira – COREN-SP 174.065

eR: *A redação agradece e deseja que você continue prestigiando a publicação. Seu material será analisado.*

“Morei em São Paulo e agora moro no Rio de Janeiro, sinto falta de receber a revista em casa e de suas matérias super interessantes. Se for possível, eu gostaria de receber a revista do COREN-SP.”

Cilene Souza
Técnica de enfermagem - COREN-SP 592931

eR: *Por conta de custos e transparência, a revista é regularmente enviada para os profissionais inscritos em São Paulo, mas você pode baixar a versão em pdf na íntegra no portal www.coren-sp.gov.br para leitura em computadores e dispositivos móveis.*

Envie sua opinião para:
revista@coren-sp.gov.br

ou

Gerência de Comunicação/
COREN-SP

Al. Ribeirão Preto, 82
Bela Vista

São Paulo-SP – CEP
01331-000

Vencedores do Concurso Fotográfico Olhares da Enfermagem

Em abril deste ano, o COREN-SP lançou o " Olhares da Enfermagem ", primeira edição do concurso fotográfico anual que faz parte das comemorações da Semana da Enfermagem. Para participar, foi exigido que os concorrentes fossem enfermeiros, técnicos ou auxiliares com inscrição ativa no Conselho. Os trabalhos deveriam mostrar situações que valorizassem a profissão perante o público geral.

Foram recebidos mais de 20 trabalhos relatando as mais di-

versas situações do dia a dia do profissional de Enfermagem. A primeira colocada foi a enfermeira Sabrina Hayasaki, com a foto "Por amor, não por obrigação". Os cinco primeiros colocados receberam kits com publicações do COREN-SP, a própria fotografia numa moldura e certificado de participação. As imagens foram expostas no período da Semana da Enfermagem (12 a 20 de maio) na Sede do Conselho e no COREN-SP Educação.



1º Lugar – Sabrina Hayasaki (COREN-SP 333.568)



2º Lugar – Iole Maria Bello (COREN-SP 036.980)



3º Lugar – Leisly Gomes da Cruz (COREN-SP 217.592)



4º Lugar – Flávio Aparecido da Silva Oliveira (COREN-SP 698.294)



5º Lugar – Vania Gabriela de Oliveira (COREN-SP 615.562)

Comemorações da Semana da Enfermagem em todo o estado

Foto: Comunicação COREN-SP



Professores João Marcolan, Paulo Cobellis e Geowanna Higino (da esquerda para a direita) em debate no COREN-SP Educação sobre a formação na área de Enfermagem

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo promoveu uma série de atividades para a Semana da Enfermagem 2013. Além das palestras promovidas pelo próprio Conselho nas subseções e no COREN-SP Educação, diretores, conselheiros e fiscais participaram de eventos em diversas cidades.

O presidente do COREN-SP, Prof. Mauro Antônio Pires Dias da Silva, participou na segunda-feira (13/05) da abertura da Semana da Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, realizada nos anfiteatros do HC e do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Na parte da manhã, o presidente palestrou sobre a importância da consciência profissional e, no período vespertino, falou aos profissionais de Enfermagem do CAISM.

Ainda na segunda-feira, a abertura da Semana da Enfermagem no Conselho foi realizada no auditório do COREN-SP Educação, quando foi apresentada a história da Enfermagem e a sua conformação moderna pelo modelo de Florence Nightingale. Na ocasião, o presidente do COREN-SP também tratou da criação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que foi a instituição que deu origem ao sistema COFEN-COREN e onde nasceram também diversos movimentos sindicais.

Nos dias 14 e 15, foram promovidas palestras no COREN-SP Educação. Na terça-feira, os professores João Fernando Marcolan e Geowanna Higino, com mediação do professor Paulo Cobellis participaram de uma mesa redonda sobre o tema “A Consciência

da Enfermagem no Cuidar: Aspectos Culturais na Formação Técnica, Graduação e Pós-graduação”.

Na quarta-feira (15) foi realizado um talk show com o tema “A Consciência da Enfermagem no Cuidar: aspectos culturais, teóricos e práticos na clínica (atenção primária, média e alta complexidade)”, com as professoras Andrea Bernardes e Wilza Carla Spiri. Como parte das ações da Semana da Enfermagem 2013, o COREN-SP também lançou uma campanha para valorizar os profissionais de Enfermagem. O Conselho procura chamar a atenção do público geral para o fato de enfermeiros, técnicos e auxiliares estarem sempre ao lado das pessoas nas horas mais difíceis, quando elas mais precisam.



Campanha para a Semana da Enfermagem promovida pelo COREN-SP

Registro de profissionais habilitados em acupuntura

Considerando a decisão do Ministério da Saúde, que pela Portaria nº 971/2006 instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo a acupuntura como uma prática multiprofissional, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) informa que continuará com o registro dos profissionais de Enfermagem devidamente habilitados.

A prática da acupuntura, método milenar advindo da China, não é regulamentada por lei no Brasil. Portanto, todo e qualquer profissional habilitado à realização desse método pode exercê-lo sem restrições.

Com relação à decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região que restringe a prática de acupuntura aos profissionais médicos, o COFEN reafirma que prosseguirá com o registro dos certificados enquanto couberem recursos.

O argumento do Conselho Federal de Medicina (CFM) é de que, no Brasil, o diagnóstico e tratamento de doenças são atividades exclusivas de médicos. Porém, no entendimento do COFEN, a prática da acupuntura não está relacionada com o diagnóstico nosológico (doenças).

O COFEN ressalta que a prática de acupuntura por profissionais de Enfermagem é em nível de pós-graduação e deve seguir todas as normas da Resolução COFEN nº 326/2008.

Inclusão de trabalhadores portadores de necessidades especiais na Enfermagem

O diretor executivo do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Ensino em Segurança e Saúde do Trabalhador em Serviços de Saúde, Mario Bonciani, visitou o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo no final de abril para discutir a inclusão de portadores de necessidades especiais no trabalho da Enfermagem.

No encontro com o presidente do COREN-SP, Prof. Mauro Antônio Pires Dias da Silva, com o 1º secretário, Donato José Medeiros, foi debatida a Decisão COREN-SP-DIR/004/2008, a qual afirma que “as atividades de Enfermagem podem ser exercidas por portadores de deficiência físicas e sensoriais após avaliação prévia”, além de estabelecer que “o ambiente e as condições de trabalho deverão ser adaptados para que o portador de deficiência possa exercer, de forma segura e em plenitude, suas funções”.

No ano passado, a Câmara Técnica do COREN-SP publicou o Parecer 026/2012 no qual as instituições de saúde públicas e privadas estão não apenas autorizadas, mas “também devem dispensar esforços no sentido de promover em seu ambiente de trabalho a inclusão de pessoas portadores de deficiência”.

Municípios com e sem 30 horas

Foto: Comunicação COREN-SP \ sxc.hu



A Comissão de Relações Institucionais do COREN-SP acompanha a jornada de trabalho nos municípios paulistas. A CRI recebeu no último mês de maio um ofício da Câmara Municipal de Taubaté informando que a cidade do Vale do Paraíba teve a jornada de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem regulamentada na Lei Complementar nº 304/2012. A mesma lei prevê carga semelhante ainda para assistentes sociais, biólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Já o município de Urupês tinha até o final de 2012 uma portaria que regulamentava a jornada, mas que foi revogada com a mudança da administração municipal.

Fiscalização capacita enfermeiros sobre como dimensionar equipes de enfermagem

Sendo o cálculo de dimensionamento da equipe de Enfermagem uma das responsabilidades do enfermeiro responsável técnico, o COREN-SP está promovendo Oficinas de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem, com base na Resolução COFEN nº 293/2004. Realizadas pelo departamento de fiscalização do Conselho, têm como objetivo instrumentalizar o enfermeiro para a realização do cálculo de dimensionamento, ou seja, do número de enfermeiros, técnicos e auxiliares necessários para prestar uma assistência de Enfermagem segura e livre de danos à sociedade.

Somente entre os meses de abril e junho deste ano, foram realizadas 35 oficinas em todas as cidades que possuem subseções (Araçatuba, Campinas, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Santos), além da capital.

Os fiscais do COREN-SP abordam como fazer o dimensionamento de pessoal em instituições hospitalares e unidades especiais de instituições não hospitalares (unidade básica de saúde, pronto atendimento e pronto socorro).

As oficinas continuam sendo realizadas em todas as Subseções do COREN-SP e no COREN-SP Educação, conforme agenda disponível no endereço <http://portal.coren-sp.gov.br/oficinas-de-dimensionamento>. A partir do segundo semestre de 2013, fiscais alocados no interior do estado realizarão também oficinas em cidades que não possuem subseções do Conselho.



Oficina de dimensionamento realizada em Santos foi a primeira. Fiscalização já percorreu o estado

GT busca aprimorar aplicabilidade da Resolução COFEN 293/2004 no estado de São Paulo

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo instituiu um grupo de trabalho para verificar e analisar as dificuldades que enfermeiros responsáveis técnicos encontram na aplicação da Resolução COFEN 293/2004, que estabelece os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem

Coordenado pela Prof^a Dr^a Fernanda Maria Togeiro Fugulin, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o GT tem ainda como integrantes as professoras-doutoras Raquel Rapone Gaizinski, também da EEUSP, e Ana Maria Laus, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, além da enfermeira Maristela Masuda Ortiz Volpe e da chefe de fiscalização Viviane Camargo Santos, ambas do COREN-SP.

Ao final das atividades, a serem desenvolvidas conjuntamente com a Gerência de Fiscalização e o Gabinete da Presidência do COREN-SP, o GT proporá sugestões de aprimoramento e implementação na aplicabilidade da Resolução COFEN 293/2004 dentro da realidade do estado de São Paulo.

Marcha em Brasília

Cerca de 4 mil profissionais e entidades representantes dos trabalhadores participaram do Mobiliza Enfermagem, ato que reivindicou a aprovação do PL 2295/2000



Marcha estacionou à porta do Ministério da Saúde e as entidades da Enfermagem receberam convite para audiência com Alexandre Padilha

No mês de maio de 2012, o deputado federal Dr. Grilo (PSL-MG) protocolou o pedido de uma audiência pública para debater a regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os profissionais de Enfermagem no Brasil. O pedido foi aceito pela Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados e o encontro foi marcado para o dia 9 de abril de 2013.

Durante alguns meses, a direção do Fórum Nacional 30 Horas Já articulou com as diversas entidades representativas de enfermeiros, técnicos e auxiliares a organização de caravanas de todo o País para uma marcha pela Esplanada dos Ministérios, em Brasília, passando por Ministério da Saúde, Palácio do Planalto e, por fim, pelo Congresso Nacional, local da audiência. Esse foi o Mobiliza Enfermagem.

Com o objetivo de engrossar o efetivo de pessoas reivindicando a aprovação do Projeto de Lei 2295/2000, que regula a jornada de 30 horas semanais, partiram sete ônibus do estado com apoio do Conselho Regional de Enfermagem

de São Paulo, servindo Avaré/Botucatu, Bauru/Marília, São Bernardo do Campo, Santos e São Paulo.

Devido à grande adesão dos profissionais da região da cidade de Campinas, saíram um ônibus da subseção do COREN-SP e um da Unicamp. Com apoio de outras entidades do Fórum Estadual 30 Horas Já, partiram ônibus de Limeira, Mogi das Cruzes, São Bernardo do Campo, além de três carros da capital do estado.

Longa estrada

Estrategicamente construída longe de tudo, Brasília é de difícil acesso para a maioria dos brasileiros. Das terras paulistas são pelo menos 15 horas de viagens em autoestradas, inclusive com riscos de ataques de piratas rodoviários entre o norte de Minas Gerais e o Sul de Goiás.

Enfermagem Revista acompanhou os ônibus de Campinas, que seguiram viagem durante toda noite/madrugada do dia 8 para 9 de abril rumo à capital do País, com paradas em Ribeirão Preto para o jantar e em Cristalina, em Goiás.

Todo o percurso foi de interação e trocas de experiências entre os profissionais que contavam como conseguiram abonar os dias não trabalhados, remanejar estágios ou até dispensas para representar a Enfermagem Paulista na marcha e na audiência pública. Uma noite na estrada na esperança de que esta fosse a última viagem à Brasília para reivindicar as 30 horas semanais

Estela Mello, servidora municipal de Campinas, estava em sua terceira viagem a Brasília pelo mesmo motivo. “Como enfermeira do trabalho, preocupo-me com a qualidade de vida do profissional. Existe um lobby muito grande dos hospitais privados para não aprovar este tipo de jornada porque terão que contratar mais profissionais. O trabalhador precisa de melhorias de condições ambientais, ergonômicas, ter satisfação no local de trabalho. A diminuição de jornada é importante neste sentido”, defende.

A enfermeira foi um dos muitos trabalhadores do Hospital Dr. Mário Gatti que conseguiram articulação e sincronização da agenda pessoal com a da instituição para participar do Mobiliza Enfermagem. “Negociamos com o Secretário de Saúde de Campinas e o dia 9 não foi considerado falta”, explica Estela Mello. No Hospital Dr. Mário Gatti a mobilização foi na base do boca a boca, facilitado, segundo a enfermeira do trabalho, pelo grau de “sensibilização política” dos trabalhadores da instituição, já experientes na profissão. “São profissionais conscientes de que precisam se unir para conquistar”, conta. O clima de esforço e engajamento nos ônibus fez com que os passageiros desenvolvessem certo otimismo para a aprovação

do PL 2295/2000. Parte por conta do vigor da juventude representado por um grupo de estudantes do 7º semestre de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Atendendo ao incentivo da professora de Estágio de Saúde Coletiva, enfermeira Geowanna Higino, que também é assessora de relações institucionais do COREN-SP, conseguiram remarcar as atividades de estágio acadêmico para outros dois dias, usando o período para participar do Mobiliza Enfermagem. A estudante Karina Diniz Tavares teve uma negociação a mais com o gestor do Pronto-Atendimento Campo Grande, uma vez que trabalha como técnica de farmácia nesta instituição. “É importante para os acadêmicos participarem de atividades de politização do futuro profissional de Enfermagem, ainda mais numa luta que se estende por tantos anos. Queremos participar desta conquista coletiva. Quando o projeto for aprovado estará na história que nós estávamos lá”, vislumbra. O vigor das estudantes também deriva do ambiente propício a debates oferecido por alguns aparelhos formadores. Karina é do diretório acadêmico e também atua na organização de debates pertinentes à atuação profissional e politização do futuro profissional. “Convidamos especialistas para debater outros temas, como internação compulsória e a atuação na assistência em saúde mental. Boa parte da minha turma gostaria de estar aqui, mas por conta de estágios e trabalho, não pode. É importante o envolvimento dos acadêmicos com as causas da Enfermagem para dar força ao movimento, para melhorar as condições de quando entrarmos no mercado de trabalho”, defende a estudante.

Comunicação COREN-SP



Segundo enfermeira **Estela Mello**, sensibilização política impulsionou participação dos profissionais do Hospital Dr. Mário Gatti

Comunicação COREN-SP



Karina Diniz: “Quando o projeto for aprovado, estará na história que nós estávamos lá”



Marche!

Na manhã do dia 9 de abril, chegaram ônibus de todas as partes do Brasil na concentração da marcha do Mobiliza Enfermagem, à frente da Catedral Metropolitana de Brasília. Por volta de 9h30, a marcha saiu em direção ao Congresso Nacional. A partir de um trio elétrico, os aproximadamente 4 mil profissionais presentes, representantes de uma categoria com algo em torno de 1,6 milhão de trabalhadores e trabalhadoras, recebiam informações sobre o desenrolar do ato e as saudações e apoios de diversas lideranças das entidades envolvidas.

Às portas do Ministério da Saúde, a marcha estacionou para dar um sonoro aviso ao Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o qual convidou uma comissão dos profissionais presentes para dialogar. A reunião terminou no período da tarde, mas os representantes da Enfermagem não saíram otimistas com relação ao apoio do Poder Executivo.

Continuando a marcha, o objetivo seguinte foi um promover um “apitaço” em frente ao Palácio do Planalto, que já resguardado pelo Batalhão de Guarda Presidencial, foi abraçado por um grupo de agentes da segurança presidencial. A ideia foi chamar a atenção da presidente Dilma Rouseff, que assinou um compromisso de apoiar a jornada de 30 horas para a Enfermagem quando ainda era candidata, em 2010, e hoje empenha esforços do Executivo para que bancada governista não vote o PL 2295/2000.



A Marcha da Enfermagem percorreu a Esplanada dos Ministérios até o Palácio do Planalto e o Congresso Nacional



1º secretário, Donato José Medeiros, discursou durante a marcha em nome do COREN-SP

A marcha chegou enfim à frente do Congresso Nacional, e outro convite foi recebido, desta vez do presidente da Câmara, deputado Henrique Eduardo Alves, que em encontro com representantes das entidades que integram o Fórum Nacional 30 Horas, já comprometeu-se a colocar o PL 2295/2000 na pauta da reunião com os líderes de partido no dia 16 de abril, quando, assegurou o parlamentar, seria definida a data para que o projeto seja colocado em votação. Até o fechamento desta edição de *Enfermagem Revista* foram protocoladas várias solicitações de inclusão do projeto de lei na pauta da Câmara dos Deputados e a votação não foi marcada.

No período entre o fim da marcha e o início da audiência pública com a Comissão de Legislação Participativa da Câmara, os profissionais se reuniram para almoço e trocas de experiências com colegas dos demais estados. A caravana gaúcha, por exemplo, estava acompanhada por representantes da Frente Parlamentar pelas 30 Horas na Enfermagem, formada por deputados da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.

Enquanto o PL 2295/2000 não é aprovado, algumas ações regionais mostram a viabilidade da jornada, como o projeto-piloto da Prefeitura de Campinas noticiado na edição nº3 de *Enfermagem Revista*. Em Brasília, o deputado estadual gaúcho Valdeci Oliveira, coordenador da frente, explicou que são promovidas reuniões plenárias e audiências públicas.

“Já existem alguns acordos coletivos em que foram garantidas as 30 horas. Estamos tentando que o próprio estado do Rio Grande do Sul adote a jornada. Há uma participação muito grande dos trabalhadores de hospitais públicos e ainda uma timidez das instituições particulares porque há pressão para que eles não participem. Estamos discutindo com a federação dos hospitais filantrópicos e hoje eles começam a ceder e entender a necessidade das 30 horas”, revela Oliveira.

A Assembleia Legislativa de São Paulo promove alguns atos em apoio ao PL 2295/2000, mas não possui uma frente parlamentar específica como a sua equivalente gaúcha.



Representantes do COREN-SP (da esquerda para a direita Dorly, Luciano, Donato e à frente Edith)

Tarde retórica

O Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar publicou em 1990 um relatório sobre a atuação de cada membro da Assembleia Nacional Constituinte em relação a temas de interesse dos trabalhadores. Segundo o levantamento, chamado Quem Foi Quem na Constituinte, o Partido dos Trabalhadores foi o único do qual todos os parlamentares foram 100% favoráveis às lutas e aos direitos de quem bate o ponto diariamente. Uma das principais bandeiras do PT na ocasião foi a redução da jornada semanal de trabalho.

Ironicamente, o Auditório Nereu Ramos, palco de inúmeras sessões da Assembleia Nacional Constituinte em que aqueles parlamentares saíram em defesa do trabalhador nos anos de 1987 e 1988, testemunhou numa tarde de 2013 uma plateia mirando a presidente Dilma Rousseff, o ministro Alexandre Padilha e a bancada atual do governo com gritos de “ah, ah, ah, o PT tem que votar”.

As reuniões com o ministro Alexandre Padilha e o presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves, ainda estavam em andamento quando se iniciou a audiência pública sobre a jornada de trabalho na Enfermagem com a Comissão de Legislação Participativa (CLP) da Câmara dos Deputados. A sessão continuou com diversos parlamentares discursando em favor da proposta e prometendo voto pela aprovação do PL 2295/2000. No ano passado, o PL 2295/2000 foi colocado na pauta de votação em plenário, mas uma manobra do Palácio do Planalto e de alguns ministérios fez com que os deputados da base aliada faltassem ao trabalho e a votação não se realizou por conta do término da sessão.

Na audiência do dia 9 de abril, diversos deputados discursaram se comprometendo publicamente com a Enfermagem em comparecer e votar pela aprovação do PL 2295/2000, o que todos profissionais presentes exigiram que se cumpra, independente de possíveis manobras do Poder Executivo para esvaziar o plenário da Câmara.

Além do presidente da Comissão de Legislação Participativa, deputado Lincoln Portela, discursaram se comprometendo com a Enfermagem os deputados Adrian, Alice Portugal, André Moura, Assis Melo, Carmen Zanotto, Chico Alencar, Damião Feliciano, Dr. Grilo, Efraim Filho, Geraldo Resende, Jandira Feghali, José Stédile, Lelo Coimbra, Leonardo Monteiro, Luciana Santos, Marcon, Paulo Pimenta, Professor Sérgio de Oliveira, Rogério Carvalho, Rosane Ferreira, Severino Ninho, Simplício Araújo, Wilson Filho e Zoinho.

Unir, participar e avançar

Na segunda metade da audiência, o público foi informado de que o Poder Executivo apoiaria o projeto de lei das 30 horas na Enfermagem com duas condições: a implantação deve ser feita gradativamente (não pode ser colocada em prática logo após a aprovação) e não pode incluir os profissionais do Programa Saúde da Família.

O Poder Executivo já deu provas de que sem o seu apoio nem mesmo a aprovação do PL 2295/2000 na Câmara poderá mudar a jornada de trabalho na Enfermagem. Por exemplo, a seção 1 do Diário Oficial da União do 25 de abril deste ano publicou o veto integral da presidente Dilma Rousseff ao Projeto de Lei Complementar nº 119/2010, aprovado este ano no Legislativo federal e que trata da fixação da jornada de



Caso a proposta seja colocada em pauta, deputados presentes à sessão declararam apoio às 30 horas

trabalho de 30 horas semanais para profissionais de fonoaudiologia.

De acordo com o DOU, foram ouvidos os Ministérios da Fazenda, do Trabalho e Emprego e da Saúde. O veto se justificou, segundo o texto assinado pela presidente Dilma, porque “a redução da jornada semanal proposta impacta o orçamento dos entes públicos, notadamente municipais, com possível prejuízo à política de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, eleva o custo para o setor privado de saúde, que poderá ser repassado ao usuário. Por fim, a negociação coletiva permite a harmonização dos interesses dos gestores da saúde e representantes da categoria profissional”.

O PL 2295/2000, da Enfermagem, pode ter o mesmo destino caso seja aprovado sem que o veto represente um custo político alto para o Palácio do Planalto. No caso da Enfermagem, embora houvesse uma amostragem pequena de 4 mil participantes no Mobiliza Enfermagem, trata-se de uma categoria de 1,6 milhão de profissionais com alto potencial para

umentar o seu poder de barganha à medida que se unirem participativamente para conquistar os avanços necessários em seus direitos.

No final da tarde, as caravanas retornaram para seus estados com uma sensação de frustração com o posicionamento do Poder Executivo. Foram mais 15 horas voltando para casa em São Paulo com a sensação de dever cumprido com a certeza de que mais união e participação se fazem necessárias. ■



Marcha terminou à frente do Congresso Nacional, onde o presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Alves, assumiu o compromisso de definir uma data para votação do PL 2295/2000



A Enfermagem é uma categoria com aproximadamente 1,6 milhão de profissionais em todo o País, sendo mais de 400 mil apenas no estado de São Paulo. Por diversas razões, compareceram ao Mobiliza Enfermagem poucos milhares. Para conquistar as 30 horas é necessário Unir, Participar e Avançar.

Além de apoiar as diversas ações em favor da jornada de 30 Horas Semanais e integrar o Fórum Estadual, o COREN-SP abriu uma petição pública que pede a votação do PL 2295/2000, a qual necessita de um milhão de assinaturas para ter efeito. Entre no endereço www.peticaopublica.com.br/?pi=P2013N37918 e assine. Também aproveite e envie o link para conhecidos e chegaremos o mais breve possível a um milhão de assinaturas.

Acompanhe a luta da Enfermagem pela jornada de 30 horas semanais (máximo de seis horas diárias e sem redução salarial) no site www.coren-sp.gov.br.

Nas pontas da vida

Algumas dicas de especialistas para o cuidado de pacientes no início e no fim do ciclo vital

Na Enfermagem, os cuidados nos primeiros e nos últimos anos do ciclo vital requerem atenção, tratamentos especializados e têm em comum a importância da participação da família na sua relação com os cuidados de Enfermagem. No caso do tratamento pediátrico, os cuidados podem ser realizados desde o nascimento no atendimento domiciliar. Em muitos casos, têm início ainda no ambiente hospitalar, para que profissionais, familiares e pacientes se adaptem aos cuidados que serão executados no domicílio.

“A valorização da família tem demonstrado que trazê-la para participar é tão importante quanto ofertar o próprio cuidado à criança e ao adolescente”, afirma Maria Cândida de Carvalho Furtado, professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Maria Cândida explica que o pré-natal do homem (marido ou companheiro) também tem sido recomendado na assistência à mulher e ao feto durante a gestação. Ela também afirma que a qualificação da equipe de Enfermagem é imprescindível para atender a mulher no decorrer do pré-natal e a mulher e a criança no momento do parto.

A Enfermagem participa ativamente junto à criança na escolha dos alimentos, verificando suas preferências e limitações, atendendo à dieta prescrita pelo médico. “A equipe também contribui incentivando a aceitação da dieta através de atividades lúdicas”, explica Alessandra Guilherme, chefe de Enfermagem no Hospital São Luiz Unidade Jabaquara, em São Paulo (SP).

Doenças de crianças e adolescentes

Características sazonais podem definir o aparecimento de enfermidades na infância. Até os 12 anos de idade, nos meses de dezembro e janeiro, é mais comum que as crianças tenham

“**A valorização da família tem demonstrado que trazê-la para participar é tão importante quanto ofertar o próprio cuidado à criança e ao adolescente**”

Maria Cândida de Carvalho Furtado, professora da EERP

doenças do trato digestório. Entre abril e junho, devido ao tempo seco e ao período escolar, a prevalência maior é de doenças respiratórias. Para tais cuidados, a Enfermagem também fornece orientações à criança e aos familiares sobre cuidados básicos, tais como lavagem das mãos, higiene, hidratação e alimentação balanceada.



Foto: SACHU

“A atenção com os alimentos corretos deve fazer parte do cuidado pediátrico”

Desde quando a criança entra em idade escolar, pode-se desenvolver uma articulação entre os profissionais de Enfermagem e a instituição de ensino. Segundo Maria Cândida de Carvalho Furtado, da EERP, na adolescência há ainda possibilidades de necessidade de tratamento de saúde para obesidade, drogadição, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

“A atuação da equipe de Enfermagem deve estar voltada para ações que permitam fortalecer a relação do adolescente com a unidade de saúde, enquanto estratégia para promoção à saúde e redução de riscos. Dentro do contexto hospitalar, de média ou de alta complexidade, as doenças crônicas como asma, diabetes, câncer, fibrose cística e doenças pulmonares decorrentes da prematuridade vêm ganhando espaço ao longo dos anos”, defende.

Conhecer as fases do desenvolvimento e as habilidades esperadas para cada faixa etária torna o profissional de Enfermagem capacitado para identificar o cuidado mais apropriado, seja ele físico ou mental. “A criança e o adolescente possuem especificidades que devem ser levadas em conta no momento do cuidado”, completa Maria Cândida.

“ Os profissionais de Enfermagem devem olhar a família não apenas como um apoio à assistência ao idoso, mas também como objeto de atenção dos seus cuidados ”

Fernanda Amendola, doutora em Ciências da Saúde

Atenção na velhice

Fernanda Amendola, doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, comenta que a família tem um importante papel de reforço e manutenção da saúde do idoso, supervisionando as medicações e a alimentação, além de detectar precocemente alterações cognitivas, como a perda de memória recente. “Os profissionais de Enfermagem devem olhar a fa-



Cuidando da paciente do Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II

mília não apenas como um apoio à assistência ao idoso, mas também como objeto de atenção dos seus cuidados”, afirma.

No caso de idosos que não contam com integrantes da família em seu cotidiano por viverem sozinhos, ela afirma que “é preciso pensar não apenas na assistência à saúde, mas principalmente no suporte social, já que muitas vezes esses idosos podem necessitar de auxílio nas atividades básicas e instrumentais da vida diária”.

Quanto à alimentação, os cuidados não se referem apenas às orientações nutricionais, pois o envelhecimento pode trazer redução da capacidade funcional, dependência e gerar limitações que envolvam a compra dos alimentos, o preparo e até o próprio ato de se alimentar. Nesse contexto, Fernanda Amendola exemplifica a funcionalidade do serviço de “comida a domicílio” que presenciou na região da Catalunha, Espanha, com o qual os idosos que moravam sozinhos e que tinham alguma incapacidade recebiam em casa suas refeições prontas e adequadas às suas necessidades.

Já nos cuidados no lar, o profissional de Enfermagem deve montar um plano de ação no qual estratégias de qualidade e segurança garantirão o tratamento. “O processo do envelhecimento, a dependência e a problemática do cuidador e do familiar do idoso devem ser de conhecimento dos profissionais de Enfermagem. O objetivo será sempre alcançar o máximo de independência, bem-estar e qualidade de vida ao idoso, ao cuidador e ao familiar”, explica a chefe de Enfermagem do Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, em São Paulo (SP), Célia Regina Genova Panício.

Enfermidades da 3ª idade

Na terceira idade, o próprio processo de envelhecimento favorece o aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, associadas ou não com a perda da funcionalidade e dependência. Na atenção básica, o cuidado ao idoso deve compreender o rastreio e a detecção precoce desses eventos, a fim de evitar o aparecimento ou agravamento deles.

As enfermidades mais comuns nessa fase da vida são cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, doenças coronarianas e o acidente vascular cerebral), metabólicas (diabetes) e

respiratórias (enfisema pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica, DPOC). Ainda há a osteoartrite, entre as doenças musculoesqueléticas, e demências e o Mal de Alzheimer, entre as neuropsiquiátricas.

“No cuidado ao idoso em processo de senilidade, o profissional de Enfermagem deve estar centrado em conhecimento científico sobre o processo de envelhecimento, ter gosto em ouvir, ser flexível, sensível, parceiro e respeitar as decisões do idoso, do familiar e do cuidador. A equipe de Enfermagem exerce papel de supervisão e educação, deve orientar o que fazer, como fazer e quando fazer”, explica Célia.

Nos cuidados paliativos, se o agravo do idoso estiver relacionado a certos tipos de câncer fortemente associados a padrões genéticos, como os ginecológicos, por exemplo, o enfermeiro deverá orientar sobre os exames preventivos e traçar um plano de cuidados para esses familiares. A utilização de um genograma familiar pode ser muito útil para identificar vulnerabilidades nesses casos.

Cadastro de pacientes não identificados

O idoso sem retaguarda familiar é cadastrado no site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que faz um trabalho investigativo do serviço social frente ao paciente e órgãos públicos, como cartórios, com o intuito de localizar familiares ou documentos do paciente.

A contribuição para documentar o paciente sem iden-

tificação é de toda a equipe. Às vezes, com a prestação de cuidados de higiene ou alimentação, o paciente se lembra da cidade onde nasceu ou de seu próprio nome ou endereço de moradia. O cadastro pode ser consultado na página: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sgpni/pacientes-listagem.php>.

Enfermagem em construção de imagem e identidade

Levantamento do COREN-SP verifica que o atendimento das equipes de Enfermagem, no geral, é bem avaliado, mas a confiança nos profissionais é mediana

“As respostas mais comuns entre pessoas sem vínculo com a área da saúde incluíram comumente temas ligados à vocação, à doação pessoal e ao amor ao próximo.”

Com o grande espetáculo promovido por diversos meios de comunicação com notícias envolvendo possíveis erros de profissionais de Enfermagem, O COREN-SP realizou um levantamento online sobre a percepção da opinião pública com relação à Enfermagem no Brasil.

Um questionário disponível na internet foi respondido voluntariamente por 5.353 pessoas durante o primeiro trimestre deste ano. A amostragem contou com profissionais de Enfermagem, trabalhadores de outras profissões na Saúde e cidadãos sem vínculo direto com a área.

No geral, o atendimento de Enfermagem recebido até hoje por estas pessoas foi considerado como satisfatório: 67,84% afirmaram que a atenção foi entre boa e excelente (27,01% classificaram o atendimento como regular e 5,15%, como ruim). Já a confiança nos profissionais de Enfermagem é predominantemente mediana (49,28% das respostas), com 24,36% declarando grande confiança e 17,17% afirmando que confiam pouco nos profissionais de Enfermagem.

Foi feita uma pergunta com resposta aberta sobre qual era, na opinião do entrevistado, a função do profissional de Enfermagem. As respostas mais comuns

entre pessoas sem vínculo com a área da saúde incluíram comumente temas ligados à vocação, à doação pessoal e ao amor ao próximo, além de entender o profissional de Enfermagem como uma figura subordinada e voltada ao auxílio do trabalho do médico.

Também chama a atenção que embora 64,32% dos entrevistados tenham declarado possuir plano ou seguro saúde, pouco mais da metade dos entrevistados (50,19%) afirmaram que em caso de necessidade, procuram preferencialmente um hospital particular (39,85% procuram instituições públicas e 9,96% julgam ser indiferente).

Como estamos

O levantamento coletou dados de 4.187 profissionais de Enfermagem de todos os quadros. As mulheres são 81,37% dos participantes (18,63% de homens) e 81,18% estão na idade entre 26 e 50 anos. Enquanto 40,1% têm renda familiar mensal de R\$ 1.351 a R\$ 3.000 e outros 34,46% juntam em seus vencimentos familiares entre R\$ 3.001 e R\$ 6.000, 11,41% afirmaram viver com até R\$1.350/mês.

Quando se fala do atendimento recebido e da confiança nos profissionais de Enfer-

magem, os percentuais são bastante parecidos com os apresentados por pessoas que não conhecem a finalidade do trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares: 68,72% afirmaram ter recebido atenção de boa a excelente, 26,68% declararam que foram atendidos de forma regular e 4,6% declararam que foram mal atendidos.

A confiança no profissional entre os próprios profissionais é mediana para 51,16% das pessoas que responderam o questionário, enquanto 24,29% disseram ter grande confiança e 16,6% têm pouca confiança nos colegas de trabalho.

Quem faz o noticiário

Com um outro questionário voltado exclusivamente para jornalistas, foi verificado que os profissionais que produzem notícias e ensinam a profissão jornalística têm pouco conhecimento sobre as profissões na área da Enfermagem. Em uma pergunta dissertativa, apenas pouco menos de 1/3 dos participantes (31,82%) descreveram as funções de enfermeiros, técnicos e auxiliares com o cuidado. Por outro lado, 36,36% acreditam que o trabalho da Enfermagem é subordinado e auxiliar ao do médico e 31,82% deram respostas que misturavam o cuidado com a subordinação ao médico.

A percepção se reflete nas fontes de informações que os jornalistas declararam procurar quando estão produzindo uma notícia envolvendo erros em instituições de saúde: 36,37% dão preferência ao Conselho Regional ou Federal de Medicina. As outras fontes citadas no questionário foram Familiares das vítimas (13,64%), entidades sindicais e de classe (9,09%), Conselho Regional de Enfermagem (4,54%) e outros conselhos da área da saúde (4,54%). Uma parcela de 31,82% disseram que procuram todas estas fontes e outras quando julgarem necessário para melhor esclarecer a informação.

Por outro lado, todos os jornalistas participantes declararam confiança entre média e total nos profissionais de Enfermagem

(40,91% média, 50% grande e 9,09 de confiança total). Também é curioso o fato de 81,82% dos jornalistas entrevistados afirmarem que procuram preferencialmente hospital privado.

Novas estratégias de comunicação

A Gestão 2012-2014 do COREN-SP reestruturou todo o seu trabalho no ano passado para reverter a imagem equivocada que há no público leigo sobre a área da Enfermagem. Foram estabelecidos canais próprios de comunicação. O relacionamento com a imprensa está em fase de remodelamento para aproximar o Conselho dos formadores de opinião.

Além do trabalho de esclarecimento prévio, várias crises com potencial de afetar a imagem da profissão foram gerenciadas para esclarecer aos repórteres que, embora a opinião pública seja sedenta por culpados imediatos, nos casos de possíveis erros de profissionais de Enfermagem as falhas podem ser processuais, o que só se pode afirmar após o término de processos éticos, com ampla defesa e contraditório dos profissionais citados.

Além disso, o Conselho se fez ouvir em entrevistas do presidente Mauro Antonio Pires Dias da Silva, da vice, Fabíola de Campos Braga Mattozinho, dos secretários Donato José de Medeiros e Marcus Vinicius de Lima Oliveira e da conselheira Natalia Custódio Almeida Akamine. Ouviram o Conselho: rádios CBN Campinas e Jovem Pan, além das TVs Uol, TV Jovem Pan, Record-SP, Globo, Gazeta, Cultura, Vanguarda Paulista, Novo Tempo e Jornal Estadão. Durante a Semana da Enfermagem 2013, o Conselho também divulgou uma ampla campanha publicitária para valorização da imagem da profissão perante o público do estado de São Paulo, com o tema "Profissional de Enfermagem, ao seu lado quando você mais precisa".

O trabalho de Comunicação Social do COREN-SP se pauta pelo zelo do "bom conceito da profissão e dos que a exerçam", conforme descreve o artigo 15 da lei nº 5.905/73, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

“ O trabalho de Comunicação Social do COREN-SP se pauta pelo zelo do “bom conceito da profissão e dos que a exerçam”, conforme descreve o artigo 15 da lei nº 5.905/73, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem ”

Carta Aberta à Enfermagem Paulista sobre a novela “Amor à Vida”

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo está ininterruptamente atento a qualquer produção jornalística, artística e cultural que possa de alguma forma denegrir de maneira injusta e/ou infundada a área da Enfermagem. Recentemente muitas reclamações têm sido feitas a este Conselho sobre a novela “Amor à Vida”, de autoria de Walcyr Carrasco e veiculada em horário nobre nas noites de segunda a sábado na TV Globo.

Em sintonia com boa parte das contestações apresentadas por enfermeiros, técnicos e auxiliares, a avaliação deste Regional é que a produção em questão está prestando um desserviço à Enfermagem, ao cidadão e à saúde pública. As intrigas marcantes em ambiente hospitalar, acompanhadas de sexismo, transformação da mulher em mero objeto, procedimentos tecnicamente incorretos e até condutas fora de preceitos éticos e legais têm diversos efeitos altamente negativos na formação da imagem da Enfermagem para o expectador.

Conforme a experiência histórica das entidades da Enfermagem brasileira, sempre que a mídia aborda técnicas, condutas e comportamentos de forma distorcida há um prejuízo imediato e direto à confiança do paciente nos profissionais. A assistência nos já complicados sistemas de saúde em todo o País é mais dificultada pelos efeitos da produção artístico-cultural realizada irresponsavelmente, mesmo que seja uma irresponsabilidade sem intenção de prejudicar. Também não se deve fechar os olhos para o fato da exacerbada sensualização da profissional, o que estimula as mentes menos favorecidas a constranger e/ou assediar sexualmente as mulheres da Enfermagem.

Quando se contesta dramaturgia como a apresentada em “Amor à Vida”, não se trata de mero corporativismo ou excesso de sensibilidade. É antes uma questão de combate à violência de gênero e ao preconceito de toda natureza. É zelo para com a assistência à população, a garantia de que o paciente não desconfie de trabalhadores de qualquer uma das 14 profissões da Saúde por antecipação, suggestionados por produções que se propõem fictícias, mas influenciam de imediato a realidade.

A teledramaturgia goza do direito à liberdade de manifestação artístico-cultural, independente de censura prévia, como assegura o inciso IX do artigo 5º da Constituição Federal. Este é um direito conquistado pelo povo brasileiro após décadas de luta contra a opressão política.

Da mesma forma, de acordo com o inciso VIII do artigo 15º da lei 5.905/73, os Conselhos Regionais de Enfermagem têm a obrigação, entre outros temas, de “zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam”. No entanto, esta lei, que criou o sistema COFEN/CORENs, não se sobrepõe à Constituição Federal. Portanto, os Conselhos Regionais não têm qualquer autoridade legal para proibir ou impedir previamente a veiculação de conteúdo artístico-cultural, mesmo que seja prejudicial à Enfermagem. Qualquer promessa neste sentido, ou defesa de teses de que o Conselho é sim o responsável pelas opções de um autor de novelas e da sua emissora de TV, tem fundamento em inverdades, quando não na má fé.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo não deixará, contudo, de cumprir os seus deveres e dentro das possibilidades que a lei permite, sem discursos enganosos que apenas saciam os mais afoitos. O Departamento Jurídico do Conselho está estudando as formas possíveis, dentro da legalidade, para defender a Enfermagem das distorções presentes na novela “Amor à Vida”. Este Conselho quer que a novela, assim como todas veiculações midiáticas, respeite os profissionais de Enfermagem e cumpra sua obrigação legal de oferecer conteúdo educativo e de enriquecimento cultural. É certo que preconceitos, distorções e o desrespeito são comuns na teledramaturgia brasileira, envolvendo muitos e diversos grupos de pessoas. A Enfermagem é a vítima do momento, assim como outras profissões, regiões e cores já foram.

Participe

A resposta imediata possível e mais eficiente pode ser dada pelo controle remoto. Os índices de audiência são a linguagem prontamente compreendida pelas emissoras de TV. Se os mais de 1,6 milhão de profissionais de Enfermagem (e por que não de toda a Saúde) se unirem e participarem de movimentos de seleção de programação em busca de avanços no nível da programação televisiva brasileira, dificilmente serão retratados novamente da maneira que ocorre na novela “Amor à Vida”.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo



**OPORTUNIDADE
DE TRABALHO**



Você sabia que o COREN-SP divulga vagas de trabalho para a enfermagem no site e no Facebook?



www.coren-sp.gov.br



www.facebook.com/corensaopaulo

Unir, participar e avançar



Triagem e acompanhamento são as principais atribuições da Enfermagem



Comunicação COREN-SP

No cuidado com o doador, além dos preparativos para a coleta, também é necessária uma preocupação com o histórico de vida do paciente

Nos trabalhos de coleta de sangue, a Enfermagem atua em pelo menos duas frentes. Auxiliares e técnicos de enfermagem são responsáveis por aferição dos sinais vitais, verificação dos dados antropométricos, realização de teste de anemia e a coleta das bolsas e amostras de sangue. Já os enfermeiros são incumbidos da supervisão e coordenação da equipe de Enfermagem, bem como da triagem clínica dos candidatos a doadores, a assistência ao doador em caso de reações

adversas, da organização da coleta com os materiais, do preparo de coleta externa, da escala e do treinamento dos funcionários e da participação em atividades relacionadas à educação continuada. Durante todo o processo de coleta, a equipe de Enfermagem deve utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) e verificar se o doador está bem ou se apresenta algum sinal ou sintoma de reação adversa à doação, mantê-lo calmo e ser atencioso. “E para manter a qualidade do produto, é preciso homogeneizar as amostras



delicadamente, bem como a bolsa, e prestar atenção ao volume de sangue coletado”, explica Marcela Ganzella, gerente de Enfermagem do Hemocentro de Ribeirão Preto.

Seleção de doadores

A Portaria 1353 do Ministério da Saúde, publicada em 13/06/2011, regulamenta os procedimentos hemoterápicos e estabelece critérios para a seleção dos doadores. A legislação estabelece que o profissional de saúde “deve avaliar os antecedentes e o estado atual do candidato a doador,

para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhe prejuízo e se a transfusão dos hemocomponentes preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores”.

A entrevista de seleção é realizada por médicos, enfermeiros ou biólogos para a identificação dos riscos. São 73 perguntas sobre temas como a história de saúde pregressa e atual do candidato a doador, seus hábitos de vida, intervenções cirúrgicas realizadas e a situação de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DST). Na Fun-

Ações da Enfermagem na doação de sangue



- 1) Realiza teste de anemia para verificar se o candidato possui níveis de hemoglobina dentro do aceitável.
- 2) Verifica batimento cardíaco, pressão arterial e peso do candidato.
- 3) Pode realizar entrevista confidencial com o candidato para avaliar se a doação pode trazer riscos para ele ou para o receptor.
- 4) Coleta cerca de 450 ml de sangue em uma bolsa de uso único e estéril.

Após a coleta, a bolsa é encaminhada para o fracionamento, onde será separada em até quatro componentes: hemácias, plasma, plaquetas e crioprecipitado (fatores de coagulação).

Hemácias: armazenadas em geladeiras a temperaturas entre e 2 e 6 °C por até 35 dias.

Plasma e crioprecipitado: armazenados em congeladores a temperatura de -18 °C ou menos durante um ano.

Plaquetas: dependendo do tipo de plástico utilizado na fabricação da bolsa, podem ser armazenadas a temperatura ambiente entre e 20 e 24 °C, sob agitação constante, por 3 a 5 dias.

Fonte: Fundação Pró-Sangue

Foto: Comunicação COREN-SP



Segundo Vera Siqueira, enfermeira chefe do departamento de triagem da Fundação Pró-Sangue, hematócrito baixo, presença de DST e a realização de procedimento endoscópico recente estão entre as causas de inaptidão de doadores

doação Pró-Sangue (São Paulo, SP), durante o mês de março de 2013, por exemplo, as principais causas de inaptidão para a doação foram resultado de hematócrito baixo, presença de DST e a realização de procedimento endoscópico recente.

“Para o hematócrito, as evidências são obtidas com o teste de micro-hematócrito pela coleta de uma gota de sangue da polpa distal do dedo médio. A avaliação é baseada nos valores pré-estabelecidos na Portaria 1353/2011 do Ministério da Saúde. Os dois outros motivos de recusa são obtidos durante a entrevista. Para toda recusa o candidato é orientado quanto ao motivo e tempo em que ficará impedido de doar, assinando o termo de ciência de sua

recusa”, explica a enfermeira Vera Siqueira, chefe do departamento de triagem da Fundação Pró-Sangue.

Outras situações de risco para DST apontadas são acidente com material biológico de portador de DST, contato domiciliar ou sexual seguido de outras formas, tais como relação com parceiro desconhecido e uso de drogas injetáveis. Nos casos em que o sangue coletado não pode ser utilizado no receptor, o material é identificado com etiqueta de descarte, registrado no sistema informatizado e depois acondicionado em embalagem adequada para que a empresa contratada possa realizar o transporte, tratamento e destinação final, conforme a legislação vigente.

Doação autóloga



Foto: Comunicação COREN-SP

É o tipo de doação em que o doador também é receptor da unidade coletada. “O candidato à doação autóloga deve comparecer ao banco de sangue trazendo a solicitação médica e que, após ser avaliado pelo médico do serviço e aprovado na triagem clínica, poderá realizar a sorologia prévia e agendar a data para a coleta da bolsa, que deverá estar disponível na data da cirurgia” explica Vera Siqueira, da Fundação Pró-Sangue. Marcela completa que, caso a bolsa não seja utilizada na cirurgia, outro paciente não poderá utilizá-la.

Não existe grupo de risco

A Portaria 1353/2011 do Ministério da Saúde estabelece que “a orientação sexual (heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade) não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria”.

Além de preservar a intimidade do candidato a doador, expande o controle da qualidade do sangue doado ao considerar que não existem grupos de risco, conceito considerado discriminatório, mas comportamentos de risco, o que inclui hábitos e quantidade de parceiros sexuais, uso de substâncias injetáveis etc.



Foto: Comunicação COREN-SP

FOME DE CONHECIMENTO?

No site e nas redes sociais do COREN-SP, você fica sabendo da abertura de cursos profissionalizantes, e distribuição de vagas gratuitas.

Acesse

 www.coren-sp.gov.br

 www.facebook.com/corensaopaulo



Ganhadoras do VII Curso Continuado de Enfermagem do Instituto Sírio Libanês



Juliana Cangussu da Silva

Eu fiquei sabendo do curso através do facebook numa postagem do COREN-SP, então fiquei ligadinha para tentar a sorte pois eu sabia que seriam muitos a concorrer as 10 vagas, no dia marcado lá fui eu com muita fé para tentar ser sorteada e Graças a Deus eu consegui. Me interessei pelo curso porque sou recém formada Bacharela em Enfermagem e busco aprimorar meus conhecimentos. Sei da importância da minha profissão e da minha responsabilidade perante a vida daqueles que irei cuidar, e realizar um Curso no Sírio Libanês é um privilégio. Pretendo aproveitar bem essa oportunidade que me foi concedida para me atualizar e me aprimorar. Espero com essa formação ser uma profissional bem qualificada.



Pauliane Cupertino Henriques

Como fiquei sabendo do sorteio? Através do site COREN-SP. Por que me interessei por este curso? Porque é um curso que faz toda diferença no currículo. Possui Módulos importantes e são ministrados por profissionais com bastante vivência, estrutura e tudo que a gente precisa para aprimorar, aprofundar e vivenciar a prática. Além disso nos permite conhecer pessoas renomadas e fazer com que elas me conheçam também, a troca de experiência é o mais importante. O que espero adquirir com essa formação? Espero poder aplicar conhecimentos adquiridos no dia a dia da minha prática.

Unir, participar e avançar



CUIDADOS NO CAMPO DE BATALHA

Enfermeiras brasileiras que foram enviadas à Itália para salvar combatentes durante a Segunda Guerra Mundial deixaram suas memórias de como foi a assistência em campanha

Itália, 1944. A Força Expedicionária Brasileira (FEB), chega com mais de 25.000 combatentes para lutar na Segunda Guerra Mundial junto dos Aliados (Reino Unido, França e Estados Unidos, entre dezenas de outros países). Em meio a minas, bombas e trincheiras, os soldados feridos precisavam de tratamentos imediatos para que suas vidas fossem salvas. Para isso, foram enviadas 73 enfermeiras que se voluntariaram a servir na guerra e que formaram o Quadro das Enfermeiras da FEB.

A Capitã Enfermeira Olímpia de Araújo Camerino, uma das enfermeiras da FEB, apresentou, em 1972, um trabalho no Congresso Brasileiro de Medicina Militar e I Congresso de História da Medicina das Coletividades Militares, no Rio de Janeiro (RJ). Nele a autora conta que as enfermeiras passaram por um treinamento da Diretoria de Saúde do Exército e tiveram aulas sobre

materia militar; serviço de saúde em campanha; cirurgia de guerra; epidemiologia e profilaxia anti-infecciosa no Exército, principalmente em campanha; toxicologia; prática hospitalar de Enfermagem; higiene e profilaxia; demonstrações e ensinamentos práticos de educação física e natação; ordem unida adequada às Enfermeiras do Exército; hierarquia militar; disciplina; sinais de respeito e regulamentos militares.

Depois do curso, as alunas passaram por testes de desempenho. As aprovadas foram nomeadas e posteriormente convocadas para o Serviço Ativo do Exército. Posteriormente, foram enviadas para o front de batalha. Dessas enfermeiras, 67 faziam parte do Corpo de Enfermeiras da Reserva do Exército e as outras seis, da Força Aérea Brasileira. Elas estiveram em serviço durante a campanha da FEB entre outubro de 1944 e maio de 1945, quando foi declarado o fim da Segunda Guerra Mundial. A seguir, são resgatados depoimentos sobre a atuação de algumas personagens dessa história.

Elza Cansanção Medeiros



Foto: Centro de Comunicação Social do Exército - COOMSEX

Major Elza
“O ferido não
tem posto nem
nacionalidade.
Quem tem
prioridade é a
doença”

Nasceu no Rio de Janeiro (RJ) em 21 de outubro de 1921 e faleceu na mesma cidade em 08 de agosto de 2009. Além de enfermeira, foi jornalista, escultora e atriz. Foi promovida a major e recebeu mais de trinta condecorações, entre as quais se destacam a *Meritorius Service United Plaque*, do Exército dos Estados Unidos, Medalha de Guerra, Medalha da Ordem do Mérito Militar, Medalha de Campanha da Força Expedicionária Brasileira, Medalha do Mérito Tamandaré, Medalha do Soldado Polonês Livre e Medalha *Ancien Combatant du Tatre du Operacion du L'Orope*.

“Todas [as enfermeiras] deviam ser portadoras de diplomas, porque quando houve a recusa da Escola Anna Nery, eles [o Exército] se viram na necessidade de aceitar qualquer diploma de Enfermagem e fizeram esta reciclagem dentro do Exército. Nós tínhamos, na época, três tipos de cursos: o de profissionais, de três anos; o de Samaritanas, artigo 99 de Enfermagem, ou seja, o supletivo de Enfermagem, de três anos em um; e o de Voluntárias Socorristas, com duração de três meses. O Exército se valeu destas enfermeiras. Nós tivemos, da FEB, apenas seis enfermeiras profissionais, vindas de Alfredo Pinto, Cruz Vermelha e uma de Anna Nery.

(...)

A nossa situação foi muito difícil, pois tivemos um treinamento da Guerra de 1914-1918 [Primeira Guerra Mundial], guerra de trincheira. Nós tínhamos no Brasil a Missão Militar Francesa nos treinando, portanto, o aprendizado daqui não valeu para lá, nós tivemos que aprender tudo de novo. Inclusive o armamento era



Enfermeiras da FEB que serviram no 16º Hospital de Evacuação, Pistoia-Itália (10/03/1945).



Enfermeiras Voluntárias da Gloriosa " Força Expedicionária Brasileira" 2ª Grande Guerra Mundial "1939 - 1945" Front Italiano - Período



1-Altamira P. Valadares



2-Juracy França Xavier



3-Carmem Bebiano



4-Jacyra de Souza Goes



5-Neusa de Melo Gonçalves



6-Bertha de Moraes



7-Antonieta Ferreira



8-Elza Cansação Medeiros



9-Vignia M. de N. Portocarrero



14-Jurjéide Doris de Castro



15-Silvia Pereira Marques



16-Novembrina A. Cavaleiro



17-Elita Marinho



18-Elza M. da Silva



19-Ondina M. de Souza



20-Helena Ramos



21-Wanda S. Magewski



26-Olímpia de Araújo Carneiro



27-Haidée R. Costa



28-Acácia Cruz



29-Alice Neves



30-Aracy A. Sampaio



31-Amarina F. Moura



32-Elza F. Vianna



33-Hilda Ribeiro



34-Ilza M. Alkmim



35-Jacy Chaves



40-Lucia Osório



41-Nair P. de Melo



42-Maria I. V. Henry



43-Zilda N. Rodrigues



44-Janíra F. de Almeida



45-Carlota Mello



46-Edith Fanha



47-Izabel N. Feitosa



48-Maria C. Soares



53-Heloisa C. Villar



54-Lília P. da Silva



55-Maria de L. Mercês



56-Guilhemina R. Gomes



57-Maria C. Fernandes



58-Mathilde A. Guimarães



59-Aminda C. Barros



60-Jandira B. de Mello



61-Gema I. Ottolenghi



66-Sara de Castro



67-Serrana de Q. Monteiro



68-Isaura B. Lima



69-Judith Arêas

Quadro Feito Pela Enfermeira Cap. Ref. da F.E.B.
Altamira Pereira Valadares, Diplomada Pela
Escola Anna Nery, Padrão da América do Sul e
Também Diplomada Pela Cruz Vermelha do
Rio de Janeiro e Curso E.E.R.E.

Expedicionária Brasileira "

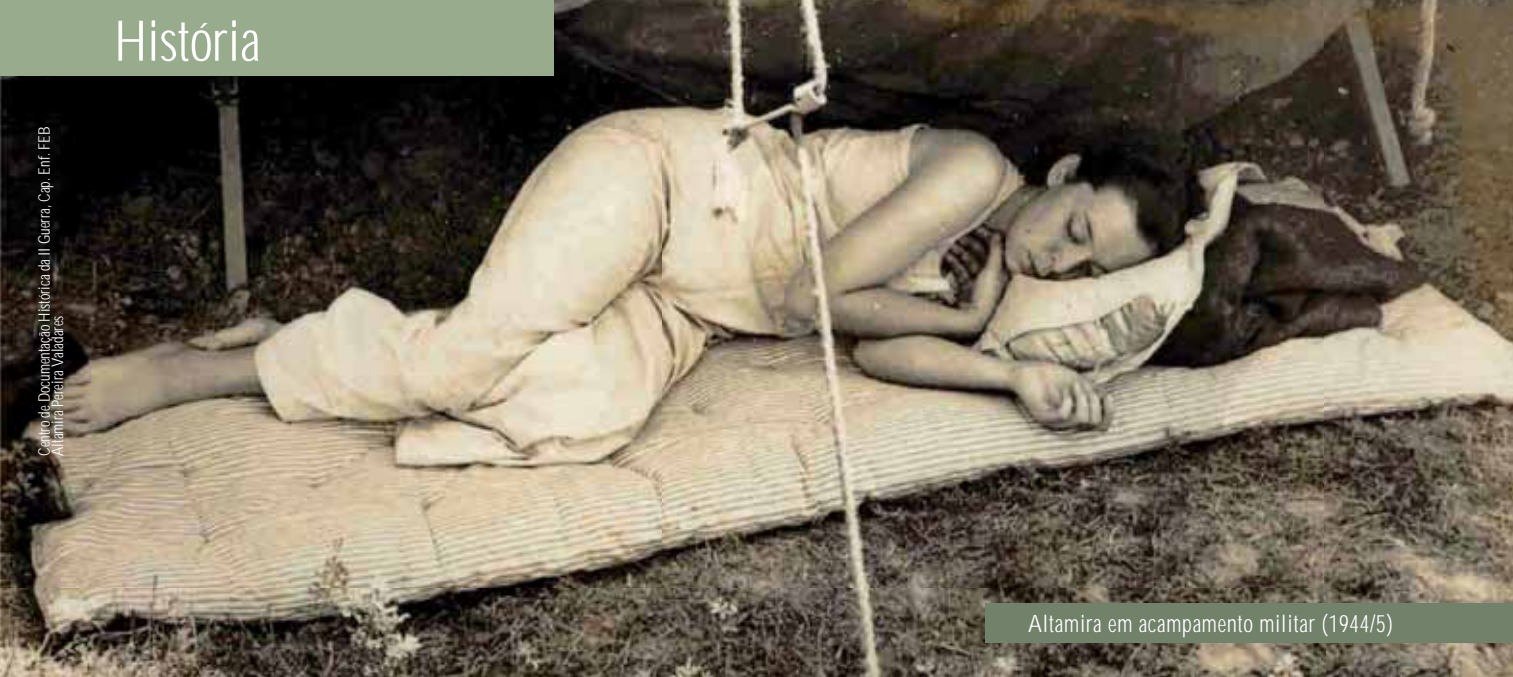
do Julho 1944 a 1945



As 73 enfermeiras do Quadro de Enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Acácia Cruz | Lilia Pereira da Silva |
| Alice Neves | Lindaura Galvão |
| Altamira Pereira Valadares | Lúcia Osório |
| Amarina Franco Moura | Lygia Fonseca |
| Antonieta Ferreira | Maria Aparecida França |
| Antonina de Hollanda Martins | Maria Belém Landi |
| Aracy Arnaud Sampaio | Maria Celeste Fernandes |
| Bertha de Moraes | Maria Conceição Suarez |
| Carlota Mello | Maria de Lourdes Mercês |
| Carmem Bebiano | Maria Diva Campos |
| Dirce Ribeiro da Costa Leite | Maria do Carmo Correia e Castro |
| Edith Fanha | Maria Hilda de Mello |
| Elita Marinho | Maria José Aguiar |
| Elza Cansação Medeiros | Maria José Vassimon de Freitas |
| Elza Ferreira Vianna | Maria Luiza Vilela Henry |
| Elza Miranda da Silva | Mathilde Alencar Guimarães |
| Fausta Nice Carvalho | Nair Paulo de Melo |
| Gema Imaculata Ottolograno | Neuza de Mello Gonçalves |
| Graziela Affonso de Carvalho | Nícia de Moraes Sampaio |
| Guilhermina Rodrigues Gomes | Nilza Candida da Rocha |
| Haidée Rodrigues Costa | Novembrina Augusta Cavallero |
| Helena Ramos | Ocimara Moura Ribeiro |
| Heloisa Cecília Villar | Olga Mendes |
| Hilda Ribeiro | Olímpia de Araújo Camerino |
| Ignácia de Mello Braga | Ondina Miranda de Souza |
| Iza Meira Alkmin | Orminda Célia Barroso |
| Isaura Barbosa Lima | Regina Cordeiro Bordallo |
| Izabel Novaes Feitosa | Roselys Belém Teixeira |
| Jacy Chaves | Sara de Castro |
| Jacyra de Souza Goes | Semiramis de Queiroz Montenegro |
| Jandira Bessa de Meirelles | Silvia de Souza Barros |
| Jandyra Faria de Almeida | Sylvia Pereira Marques |
| Joana Simões de Araujo | Virginia Leite |
| Judith Arêas | Virginia Maria de Niemeyer |
| Juracy França Xavier | Portocarrero |
| Jurgleide Doris de Castro | Wanda Sofia Magewsky |
| Lenalda Lima Campos | Zilda Nogueira Rodrigues |

Fonte: Centro de Documentação Histórica do Brasil. 1976. Gentileza de Vanderley Santos Vieira e site da Associação Nacional dos Veteranos da Força Expedicionária Brasileira (ANVFEB).



Altamira em acampamento militar (1944/5)

completamente diferente. O armamento usado aqui era o Garand, lá era a Springfield, a bazuca, o morteiro.

(...)

Os ferimentos que chegavam ao hospital eram os mais estranhos possíveis, coisas com as quais não tivemos contato durante o treinamento, claro. Os mais graves eram as mutilações, estes eram levados para o Field Hospital, o hospital mais avançado da linha de frente. Os feridos que vinham para a retaguarda eram de segunda instância.

(...)

O ferido não tem posto nem nacionalidade. Quem tem prioridade é a doença. (...) naquela época o remédio principal era, além da penicilina, a sulfa. Para cada grama de sulfa se dava dois gramas de bicarbonato. Cada pílula de sulfa era de meio grama e de bicarbonato meio grama. Então a primeira dose de sulfa a se dar são oito gramas, portanto, dezesseis comprimidos de sulfa e trinta e dois de bicarbonato, que o desgraçado precisava tomar de uma vez só. O brasileiro sempre reclamava, o alemão não. Você entregava o monte de comprimidos, ele arregalava os olhos, pegava a caneca de líquido, enchia a boca e engolia tudo de uma vez”.

Transcrição de trechos de entrevista concedida ao Portal de Educação do Exército Brasileiro em 07 de outubro de 2003, gentilmente cedida pelo Centro de Comunicação Social do Exército (CCOMSEX)

Altamira Pereira Valadares

Nasceu em Batatais (SP) em 15 de julho de 1910 e faleceu em março de 2004. Foi 1º Tenente do Exército, reformada no posto de Capitão em 1949. Recebeu as seguintes condecorações: Medalha de Guerra e Campanha (Exército Brasileiro), Bons Serviços (Cruz Vermelha Brasileira) e Mascarenhas de Moraes (Associação Nacional dos Veteranos da Força Expedicionária Brasileira). Publicou o “Álbum Biográfico das Febianas”, com seus relatos sobre a participação na Guerra e doou material para a fundação do Centro de Documentação Histórica Brasileira da Segunda Guerra Mundial (que posteriormente recebeu seu nome), em Batatais.

“O Field Hospital foi organizado nesta guerra dado à urgente necessidade de salvar os feridos da morte, portadores dos ferimentos mais graves, não podendo os mesmos suportar sua evacuação para mais distante numa região quase intransponível (acidentada) e visada pelo inimigo.

Situado o mais próximo da Linha de Frente (na região de Pavana-Valdibura), recuado a poucos quilômetros dos setores de combate, e menos do Quartel Central Avançado da Força Expedicionária Brasileira, sediado em “Porreta-Terme”, sob o Comando Superior do Exmo. General João Batista Mascarenhas de Moraes. Por essa razão, limitado ao mínimo, porém mais eficiente no seu equipamento, tanto de Pessoal de Saúde quanto de material cirúrgico, manutenção e alojamento, facilitando assim o seu imediato deslocamento e rápida acomodação, conforme a gravidade e a urgência da situação.

Nesse Hospital de Campo, serviram cinco enfermeiras apenas, sendo: duas instrumentadoras da Sala de Operações (Operating Room), uma na Portaria (Receiving), ou seja, Sala de Shock, e duas na Cirurgia (na Surgical Ward).

Foi durante o período álgido das renhidas batalhas, pela posse de Monte Castelo, Belvedere, na montanha Torrancia, num ambiente agravado pelo intenso e rigorosíssimo inverno em campanha (desde 21 de novembro de 1944 até 21 de abril de 1945, cinco meses justos), em que tudo para nós, ali, era difícil chegar, ou se extraviavam-se correspondências, fornecimento de agasalhos adequados e presentes do Brasil (devido em parte, creio, à distância e ao setor), justamente para aquelas que mais precisavam de conforto, sob todos os pontos de vista.

Éramos, então, as esquecidas do “Vale das Burras”, conforme nos apelidávamos em Valdibura. Os nomes: Altamira Pereira Valadares, Juracy França Xavier, Carmem Bebiano, Jacyra de Souza Goes e Neuza de Mello Gonçalves.”

Transcrição de trecho de: VALADARES, Altamira Pereira: Álbum Biográfico das Febianas. Batatais: Centro de Documentação Histórica do Brasil. 1976. Gentileza de Vanderley Santos Vieira e site da Associação Nacional dos Veteranos da Força Expedicionária Brasileira (ANVFEB).

Aracy Arnaud Sampaio



Enfermeira Aracy, década de 1940: “Eu era a amiga e serviçal, além da enfermeira. Escrevia para as mães, esposas, noivas e irmãs dos que não podiam fazê-lo pessoalmente”

Nasceu em Barreiras (BA) em 19 outubro de 1917 e faleceu em Brasília (DF) em 08 de setembro de 2008, durante a Convenção dos Veteranos da FEB. Foi Capitão do Exército e atuou na Segunda Guerra no 7th Station Hospital, em Livorno. Foi

reformada no Exército em virtude da perda de audição após a explosão de uma mina, no momento em que acompanhava um paciente na ala de cirurgia do hospital onde trabalhava.

“Fui destacada para trabalhar na Enfermaria E-22, onde havia a seção de Clínica Médica e a parte de cirurgia. Nessa enfermaria ficavam os oficiais de todas as nações aliadas: ingleses, franceses, americanos, brasileiros etc. Tive como paciente verdadeiros heróis, rapazes novos, cheios de vontade de viver e muitos deles ficaram inutilizados, sem braços, sem pernas.

Na enfermaria em que trabalhava era apenas eu de enfermeira brasileira, as outras três eram americanas. Na seção brasileira de hospitalização, trabalhavam as outras enfermeiras nossas. Houve sempre boa camaradagem entre nós e com facilidade fui aprendendo a falar o inglês e o italiano, servindo de intérprete para os nossos soldados brasileiros e os serventes italianos.

Para os sessenta doentes que sempre ocupavam a E-22 eu era a amiga e serviçal, além da enfermeira. Escrevia para as mães, esposas, noivas e irmãs dos que não podiam fazê-lo pessoalmente. Ia à Red Cross (Cruz Vermelha Americana) buscar-lhes bombons, chicletes, revistas etc. Lia para eles, cantava para alegrá-los, enfim, de várias maneiras procurava servir-lhes e cumpria com meu dever.

Em fevereiro, após a tomada de Monte Castelo, baluarte onde os alemães se estabeleceram e onde mataram muitos soldados, o Hospital esteve lotado e o trabalho foi árduo.

No mês de abril tive cinco dias de férias, com viagem, estadia e passadio por conta do Exército, a serem gozadas em Roma. (...)

Passaram rápido esses dias de sonho e voltamos a Livorno, para o trabalho hospitalar. Voltamos fortalecidas e esperançosas de logo sabermos o final da guerra.

E realmente estava no fim, com a derrota dos orgulhosos alemães. No dia 8 de maio de 1945 fomos surpreendidos com apitos, buzinas, música e gritos entusiásticos em várias línguas: “Finished war! Finita la guerra! A guerra acabou!”

Transcrição de trechos de diários de Aracy das décadas de 1960 e 1970. Gentileza de Maria do Socorro Sampaio, filha de Aracy.

Pisando em ovos

Doença requer cuidados específicos nas atividades diárias mais básicas



Rara, hereditária, não contagiosa e sem cura, a epidermólise bolhosa (EB) é uma doença originada de um defeito no gene responsável por produzir colágeno e queratina (proteínas que, entre outras funções, unem as camadas da pele). Ela se manifesta normalmente nos recém-nascidos e os acompanha pelo resto da vida. É caracterizada por bolhas na região cutâneo-mucosa de todo o corpo, por conta de traumas mínimos, calor ou até sem motivo aparente. Segundo dados epidemiológicos dos Estados Unidos, a EB atinge uma a cada 200 mil pessoas.

Quem sofre de epidermólise bolhosa tem a pele e as mucosas muito frágeis se comparadas aos de alguém sem a doença. As bolhas, ao se romperem, formam feridas que demoram a cicatrizar, ainda mais quando não são tratadas adequadamente. Não há remédios, nem tratamentos para evitar a formação de bolhas e dar mais rigidez à pele.

O que se pode fazer é proteger a região cutânea do paciente a fim de evitar lesões e preveni-la de infecções. Com frequência, o paciente deve se submeter a exames gerais em razão dos problemas de saúde paralelos que possa vir a apresentar, de acordo com o caso de EB; além de receber medicamentos para minimizar os altos níveis de dor gerados pelas lesões.

Existem mais de 20 subtipos da enfermidade, os quais são divididos em três grandes categorias: simples, distrófica (além do tipo dominante, também pode ser por herança recessiva) e juncional. Uma quarta forma vindo sendo aceita recentemente pelos pesquisadores, a chamada “adquirida”.

A forma simples se caracteriza por formação de bolhas nas áreas de maior atrito como mãos, pés, joelhos e cotovelos, com envolvimento apenas a epiderme. Há uma degeneração das células, chamados queratinócitos (mutação cromossômica na formação), provocando uma ruptura da estrutura mais superficial da pele. Com o devido cuidado, as feridas cicatrizam e às vezes não deixam marcas. É o formato menos grave.

A distrófica pode gerar bolhas, ulcerações, grandes cicatri-

zes na superfície do corpo, calvície cicatricial e pregas distróficas. Também podem envolver olhos, mucosa bucal, esôfago, trato gastrointestinal. As que se formam no tubo digestivo podem cicatrizar causando estreitamento do esôfago, o que leva a dificuldades de alimentação. Há perda das unhas e é comum haver distrofias nas mãos e pés. Pode ocorrer por herança dominante ou recessiva. A segunda opção é a forma mais rara da doença e tem 75% de chances a menos de ocorrer ao compará-la às outras. Nesse caso, a bolha se forma na lâmina densa, que é uma das camadas mais profundas da epiderme.

A juncional, mais grave categoria, caracteriza-se por formação de bolhas por todo o corpo e até no esôfago, provocando dificuldade para engolir. Nesses casos, é possível ter alteração de tecidos. Muitas vezes as cicatrizes são hipertróficas e o paciente pode ter sindactilia (junção dos dedos dos pés e mãos devido à cicatrização da região entre eles), o que provoca a perda da função dos dedos. A maior complicação se dá pela má absorção dos nutrientes pelo organismo, que evolui para a desnutrição, dificultando a cicatrização e, quase sempre, levando os pacientes a falhas de outros órgãos e, posteriormente, ao óbito.

A forma adquirida tem suas peculiaridades. Não é considerada hereditária, é menos grave que a juncional e a distrófica e incide em adolescentes e adultos. É uma versão autoimune da doença, ou seja, os anticorpos do corpo agem contra ele mesmo.

A fim de diagnosticar o formato da epidermólise, é necessária uma análise microscópica para saber em qual região da pele as lesões estão se formando e quão profunda as bolhas são. Ademais, um estudo genético e a análise dos sintomas auxiliam na tipificação da doença.

As complicações internas decorrentes da EB ocorrem na distrófica e na juncional, dificilmente na simples. É importante frisar que essas ocorrências não são exatas, elas apenas têm mais chances de se apresentarem nas formas mais graves e menos na simples.



Enfermeira Leila Garcia: cuidados com EB devem ser especiais

“ É a própria mãe que troca os curativos a cada dois dias, mas temos uma enfermeira que as orienta como proceder. Os curativos ideais são produzidos fora do país e são muito caros. Algumas mães conseguem ganhá-los, ou pelo Ministério da Saúde ou por processo judicial ”

Enfermeira Leila Garcia, supervisora de setor hospitalar do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo

Sintomas e tratamento

A enfermeira e supervisora de setor hospitalar do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo, Leila Garcia, recebe casos de epidermólise bolhosa quase todos os dias desde que começou a trabalhar no Instituto, há 11 anos. Como é uma doença sem cura, o tratamento é direcionado para prevenção das lesões, auxilia no processo de cicatrização das feridas, reposição de nutrientes e amenização da dor.

Dentre os sintomas vistos nos casos mais graves de EB, “cicatrices enormes de bolhas antigas, chamadas de cicatrizes hipertróficas, bolhas com conteúdo sanguinolento, bolhas que estão para estourar e outras já estouradas. Assim, começam a ocorrer deformidades, pois a bolha se forma e cicatriza, se forma e cicatriza e não é uma cicatrização normal. Nos casos de distrófica e juncional, pode haver bolhas que se formam no trato gastrointestinal e com isso pode ocorrer um estreitamento do esôfago e as crianças têm dificuldade de engolir, então somos obrigados a realizar a gastrostomia”, esclarece Leila.

“A absorção de ferro e nutrientes também é precária e precisa de um suporte nutricional muito bom, feito pelo médico, pela nutricionista, pelo nutrólogo, pois o alimento que ele come não é absorvido como deveria pelo corpo por conta do envolvimento da mucosa do intestino”, continua.

Segundo a enfermeira, essas crianças sofrem muito com a dor, crescem menos por conta da carência de nutrientes, têm anemia, muitas infecções pela falta de pele em várias partes do corpo e uma rigidez articular incomum por conta da cicatrização desordenada, estenose do esôfago e da laringe. Trata-se de uma doença que interfere em toda parte estética do indivíduo. E, por isso, é recomendável um acompanhamento psicológico não só para o paciente, mas para a família também.

Quanto às ações desenvolvidas no Instituto da Criança, Leila participa dos procedimentos realizados. “Quando chegam, [as crianças] passam em consulta médica no ambulatório para examinar como está o nível de albumina e de outras proteínas, como estão as feridas e o sangue. São pacientes que vêm com frequência e acabam, muitas vezes, sendo internados por conta de uma infecção ou para fazer dilatação esofágica, para receber antibiótico, para receber albumina, para receber concentrado de hemácias, para receber ferro e outros nutrientes, além dos remédios que eles tomam para dor”, ilustra a supervisora.

Em casos que não há necessidade de internação, os pacientes são encaminhados ao Hospital Dia para administração de medicamentos relatados por Leila. Nessas passagens pelo Instituto da Criança, eles também recebem orientações quanto aos curativos que estão sendo utilizados.

“Temos duas enfermeiras especialistas em feridas que avaliam a evolução das lesões e orientam as mães quanto aos cuidados, pois são elas que trocam os curativos a cada dois dias”, ilustra Leila.

Cuidados

Um dos pacientes frequentadores do Instituto é o Luquinhas, um garoto estudioso de 7 anos que torce para o Santos, gosta de futebol, videogames e é filho da Rafaela Ferreira de Souza, que explicou à Enfermagem Revista como é o cotidiano da dupla e o convívio com a doença.

“Quando ele nasceu, estava sem a pele de uma das pernas e, conforme a médica ia tocando nele para examiná-lo, ia machucando a pele dele. Ninguém sabia o que ele tinha, nunca tinham ouvido falar da doença, nem visto. Inclusive, acho que por falta de conhecimento, fui questionada se eu usava drogas, se havia tentado aborto durante a gestação. Fomos transferidos para o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e lá eles já tinham tido casos de EB e conheciam a doença. Fizeram uma biópsia e descobriram a epidermólise”, relata Rafaela.

“Com isso, fomos encaminhados para a Santa Casa. Não fiquei muito satisfeita, pois lá só tinha a dermatologia, não havia nada para dor, nada de cuidados amplos. Assim, tentei e consegui a

transferência para o Instituto e ele ainda tinha 8 meses. Desde então frequentamos semanalmente apenas o HC. Fizemos outras biópsias para tentar definir o tipo de EB mas não foram conclusivas, mas pelas características e sintomas é a *distrófica recessiva*”, conta a mãe.

De acordo com Rafaela, os dois vêm ao Instituto de duas a três vezes por semana para realizar os diversos procedimentos citados anteriormente e, muitas vezes, são obrigados a ficar a tarde toda no Instituto por conta da duração dos processos.

Como todo portador de epidermólise bolhosa, Lucas teve algumas complicações. “Ele tem uma miocardiopatia devido à anemia causada pela EB e teve que realizar uma gastrostomia há um ano e dois meses, o que o beneficiou pois consegue absorver melhor os nutrientes e até ganhou alguns quilos”, expõe Souza.

“Acho que os profissionais daqui são bem preparados para atender, mas acho que faltam recursos para EB, como medicamentos, curativos, pois os médicos sempre perguntam como estão o curativo e as lesões, mas há mães que não têm os curativos para fazer. Isso é perigoso, pois a mãe começa a deixar de trocar o curativo e começa a infeccionar. Os profissionais conhecem bem, mas o material deixa a desejar às vezes.

Foto: Comunicação COREN-SP



Leila Garcia realizando curativo em Lucas



Lucas com as lesões à mostra

“ Tudo que requeira um pouco mais de esforço, pode machucá-lo. Pois qualquer esbarrão pode provocar uma bolha. Ele tem uma cadeira de rodas para evitar atritos, até porque as lesões dele já são crônicas, profundas e difíceis de cicatrizar. O banho é um ritual, praticamente. Só para tirar os curativos são quase duas horas. Tenho que lavá-lo, fazer a higienização para depois fazer os curativos novos, o que demora mais duas horas ”

Rafaela Ferreira de Souza,
mãe de paciente com EB

Em alguns momentos, precisamos de um suplemento que não tem, por exemplo. Portanto, essa parte tem que evoluir”, avalia a mãe.

Sobre a obtenção dos curativos, Rafaela contou que conseguiu, mediante ação judicial, ganhá-los da Secretaria de Saúde. “Os curativos que recebo são os mais adequados para EB, são importados da Suécia e custam R\$ 500.000 por semestre, aproximadamente. Antes da ação, eu utilizava o curativo padrão que é o Rayon. Ele é bem razoável e custa R\$ 4,00 reais o rolo, mas para uma criança que gasta 4 rolos por dia acaba ficando caro, então eu recebia algumas doações e conseguia pagar, mas eu já cheguei a ter que lavar os curativos para reutilizar. Esse é um problema sério para quem tem EB”.

A respeito dos cuidados diários, a mãe de Lucas nos descreveu como

são os esforços para fazer algumas das atividades mais básicas do dia. “Tudo que requeira um pouco mais de esforço pode machucá-lo, pois qualquer esbarrão pode provocar uma bolha. Ele tem uma cadeira de rodas para evitar atritos, até porque as lesões dele já são crônicas, profundas e difíceis de cicatrizar. O banho é um ritual, praticamente. Só para tirar os curativos são quase duas horas. Tenho que lavá-lo, fazer a higienização para depois fazer os curativos novos, o que demora mais duas horas”.

A EB gera a necessidade de cuidados de uma equipe interdisciplinar com enfermeiro, nutricionista, médico, fisioterapeuta, dentista, psicólogo. Por exemplo, a alimentação de quem tem a enfermidade deve ser estabelecida por um médico e um nutricionista, pois é direcionada às necessidades geradas pela doença.

Possibilidade de evolução da EB

Aos 35 anos, o web designer Fábio Aparecido de Oliveira Perin, morador de Marília (SP), nos deu um parâmetro de como a EB pode se desenvolver com o tempo e como é a convivência de mais de três décadas com a doença.

Quanto aos cuidados, ele comenta nunca ter feito um tratamento específico para a pele, além de utilizar os curativos, “ Faço vários acompanhamentos com o ortopedista que fez minhas amputações, oncologista por conta dos tumores, infectologista em virtude das possíveis infecções das feridas, hematologista por ter traço talassêmico [doença que afeta o sangue], o que já me obrigou a fazer várias transfusões de sangue”.

A respeito das despesas, Fábio conta que inicialmente sua família arcava com os custos de gases, ataduras e pomadas, mas que depois de mais velho conseguiu juntamente à prefeitura da cidade curativos importados – ideais para o cuidado –, além de gastar com suplementos, medicamentos para o estômago, algumas pomadas e antibióticos, os quais nem sempre são encontrados nos postos de saúde da região onde reside.



A lesões de Fábio Perin e as reações que a EB provocou em seu corpo

“Acho que nós [portadores de EB] devemos nos preocupar é com a qualidade de vida, buscar nossos direitos para conseguir medicamentos e bom atendimento, mesmo com todas as dificuldades e burocracia, e ficarmos atentos ao surgimento de carcinomas que, pelo que tenho visto, é uma das razões que tem causado mais mortes na fase adulta”, aconselha Fábio.

Preparação profissional

De acordo com a enfermeira Leila Garcia, quem quer se especializar em epidermólise deve fazer um curso de curativos, “pois é o principal objeto com o qual trabalhamos e o enfermeiro que lida com curativos aprende a lidar com as lesões de EB”. Segundo ela, é possível que exista uma ramificação específica de epidermólise bolhosa nos cursos de curativos.

“Devemos lembrar que o portador de Epidermólise Bolhosa, principalmente na fase infantil, lida com alterações físicas que envolvem questões emocionais muito importantes, como a percepção alterada da imagem corporal, a incapacitação provocada pelas deformidades e a dor crônica, por exemplo. Há uma série de desdobramentos trazidos pela doença e devemos conhecê-los para que possamos proporcionar uma assistência com qualidade e segurança”, finaliza Leila.

Informações sobre a doença retiradas do estudo “Manifestações Clínicas da Epidermólise Bolhosa: Revisão de Literatura” – 2012 - ANGELO, Marla Monica Fagundes Cardoso; FRANÇA, Diurianne Caroline de Campos; LAGO Daniely Beatrice Ribeiro do; VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci. E do “Epidermólise Bolhosa distrófica recessiva mitis – Relato de caso clínico” - 2005 - GURTLER, Thaiz Gava Rigoni; DINIZ, Lucia Martins; SOUZA FILHO João Basílio. Além de pesquisas realizadas nos portal da Associação de Parentes, Amigos e Portadores de Epidermólise Bolhosa e experiências da enfermeira Leila Garcia.



Imagem: Sad Woman, Vasiliki Koutsouhama (licença royalties Free)

Cerca de 30% das mulheres em idade fértil são vítimas

Atos que resultam em danos físicos, sexuais e psicológicos, além de sofrimento, acometem principalmente mulheres. Profissionais da Saúde ainda têm receio de denunciar

O Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp) divulgou no final de março deste ano a versão final do relatório “Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil”, resultado de um projeto desenvolvido em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Segundo o documento, cerca de 30% das mulheres em idade fértil sofrem violência de gênero. Entre as consequências mais sérias estão a gravidez não desejada, a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV, e traumas psíquicos que podem ser graves e permanentes.

O relatório da Febrasgo, que consolida dados obtidos juntos a unidades de saúde e secretarias municipais de saúde até o ano de 2006, aponta ainda que a gravidez resultante de estupro é quase sempre rejeitada pela mulher e, portanto, frequentemente termina em aborto. Estima-se ainda que o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível em um episódio de violência sexual é de 4 a 30%.

As consequências psicológicas incluem depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e as chamadas síndrome de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro.

Adicionalmente, mulheres com história de violência sexual têm maior incidência de alterações menstruais, dor pélvica crônica, dispareunia e disfunções sexuais, do que aquelas que nunca sofreram esse tipo de violência.

“Ainda não se dispõe de informações mais atualizadas com abrangência nacional. Em que pesem as suas limitações temporais, entendemos que os resultados podem ser lidos como indicadores de uma realidade que está em mudança constante, felizmente no sentido positivo. Ainda falta muito para poder garantir às mulheres que sofrem violência sexual um atendimento integral, de acordo com as políticas públicas atualmente em vigor”, afirma Maria José Martins Duarte Osis, pesquisadora do Cemicamp.

Desde 1996, o Cemicamp organiza fóruns de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual em conjunto com Ministério da Saúde, a Febrasgo, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e outras organizações feministas não governamentais. Os fóruns, inicialmente destinados a debater o aborto dentro da lei nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde em todo o Brasil, identificaram a necessidade de reavaliar o conceito de atendimento integral a mulheres vítimas de violência sexual.

O que é violência de gênero

A Declaração para Eliminação da Violência contra as Mulheres, apresentada pela Organização das Nações Unidas em 1993, define violência de gênero como qualquer ato “que resulta ou poderia resultar em dano físico, sexual ou psicológico, ou ainda em sofrimento, para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada”. Além das mulheres, a experiência mostra que este tipo de violência é praticada contra indivíduos fisicamente mais frágeis, como crianças, adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais.



O direito a uma vida sexual satisfatória livre de violência, coerção ou risco de gravidez não desejada e de adquirir doença é um dos direitos sexuais e reprodutivos mais básicos da mulher. Segundo a pesquisa do Cemicamp, em 1997 havia três hospitais para este tipo de atendimento. Em 2002 este número subiu para aproximadamente 250, sendo que em 44 deles praticava-se o aborto previsto em lei. “Todos esses esforços se justificam devido à elevada frequência e

O direito a uma vida sexual satisfatória livre de violência, coerção ou risco de gravidez não desejada e de adquirir doença é um dos direitos sexuais e reprodutivos mais básicos da mulher.

às graves consequências da violência de gênero e, particularmente, da violência sexual”.

O documento, publicado apenas este ano, conclui ainda que “o conceito de que é preciso oferecer atendimento de emergência às mulheres que sofrem violência sexual está amplamente difundido no Brasil, uma vez que mais de 80% dos municípios declararam ter serviços de saúde que prestam esse atendimento. Proporção semelhante dos serviços contactados confirmaram dar esse atendimento, porém, apenas 34% desses serviços tinham protocolo de atendimento, 15% ministravam todos os medicamentos e 14% realizavam todos os exames determinados pelas normas técnicas vigentes”. O relatório ainda aponta:

“As principais justificativas dos hospitais e prontos-socorros que não ministravam a medicação necessária foi a falta dos medicamentos e a falta de decisão das Secretarias Municipais de Saúde. Em muitas destas SMS, evidenciou-se grande desinformação sobre o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços públicos de saúde dos respectivos municípios.

Setenta por cento dos hospitais e prontos-socorros declararam realizar interrupção da gestação em pelo menos um dos

casos considerados legais, porém, apenas 11% haviam feito pelo menos uma interrupção nos 14 últimos meses antes da pesquisa. Em 23 estados e no Distrito Federal, havia pelo menos um hospital ou pronto-socorro que realizara, no mínimo, uma interrupção nesse período.”

No início de abril, uma portaria do Ministério da Saúde definiu as regras para a habilitação e o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a publicação, as ações em saúde serão organizadas da seguinte forma: Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual; Serviço de Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças; e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Situação de Violência Sexual; Serviço de Atenção Integral para Homens em Situação de Violência Sexual; e Serviço de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual.

A portaria prevê que compete a hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros e unidades de pronto-atendimento (UPA) prestar serviços como acolhimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; dispensação e administração de medicamentos; notificação compulsó-

ria institucionalizada; referência laboratorial para exames necessários; e referência para coleta de vestígios de violência sexual.

“Os estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual constituem portas de entrada do SUS e funcionarão em regime integral, 24 horas por dia e nos sete dias da semana, e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação”, informou o ministério.

Medo impede denúncias de violência contra crianças

Passados mais de 20 anos da instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Brasil ainda não cumpre integralmente a determinação para que profissionais de saúde notifiquem casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes. Estudos científicos de universidades brasileiras apontam que, em média, seis em cada dez profissionais que identificam violações durante atendimento se omitem e não encaminham a denúncia aos órgãos competentes, contrariando o que está previsto na lei.

Para quem atende no Sistema Único de Saúde (SUS), a obrigatoriedade foi reforçada por portaria do



Ministério da Saúde, publicada em março de 2001. Dados da pesquisa feita pelo odontólogo João Luís da Silva, do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), indicam que 86% dos profissionais entrevistados já suspeitaram de violência física, sexual, psicológica e negligência, mas somente 36,4% deles notificaram o caso. O principal motivo para a omissão foi o medo de retaliação por parte dos agressores (32%), já que, segundo o pesquisador, a falta de sigilo possibilita a identificação do profissional que notifica.

Para fazer o estudo, que resultou na dissertação “Entre as amarras do medo e o dever socio sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária”, defendida em nível de mestrado no ano passado, Silva entrevistou 107 dos 120 profissionais de saúde de nível superior atuantes na estratégia Saúde da Família em Olinda (PE).

Na avaliação de João Luís da Silva, que é especialista em saúde pública, o ideal é que a notificação seja encaminhada não apenas pelo profissional de saúde, mas por uma comissão intersetorial de modo a dificultar ou impedir a identificação do responsável pela denúncia. “A alternativa é fazer com que a saúde não trabalhe sozinha, mas em uma ação integrada com profissionais de educação, de assistência so-

cial e do próprio conselho tutelar. Desse modo, lançaríamos mão de diversos olhares e o profissional da saúde ficaria mais confiante”, disse.

Em dissertação apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a psicóloga Elisa Meireles também ressalta no seu mestrado o medo de represálias e a falta de resguardo nas unidades de saúde como fatores apresentados pelos profissionais para justificar o descumprimento da obrigação legal de notificar os casos. O trabalho, baseado na investigação em duas unidades básicas de Saúde na região metropolitana de São Paulo, foi

A omissão em comunicar os casos atendidos leva a um conhecimento precário da dimensão da violência no Brasil e do seu perfil epidemiológico. Isso compromete a implementação de políticas públicas eficazes e bem direcionadas.

Formação das equipes multiprofissionais de atendimento a vítimas de violência de gênero

Médico da especialidade

- Providencia exame clínico detalhado e relatório médico descritivo inicial;
- Se necessário, solicita exames laboratoriais e radiológicos;
- Inicia a Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus Tratos;
- Anota em prontuário;
- Discute o caso com a equipe;
- Aciona os outros membros da equipe.

Nos casos de abuso ou violência sexual:

- **Paciente masculino:** O atendimento deverá ser feito pelo pediatra ou

clínico e cirurgião geral. O paciente será encaminhado para profilaxia DST/AIDS e a família será orientada quanto à importância do boletim de ocorrência.

- **Paciente feminino:** O atendimento deverá ser feito pelo pediatra ou clínico e ginecologista. A paciente será encaminhada para profilaxia DST/AIDS e contraceptivo de emergência (se necessário) e a família será orientada quanto à importância do boletim de ocorrência.

Nos casos de Intoxicação, é acionada a equipe do Centro de Controle de Intoxicação.

Serviço social

- Levanta histórico familiar;
- Elabora relatório inicial;
- Comunica autoridade competente (Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, outros);
- Faz as anotações em prontuário;
- Discute o caso com a equipe;
- Verifica se todos os serviços previstos no fluxo foram acionados.

publicado em 2011 na revista científica Saúde e Sociedade.

“Houve casos que, ao justificar a omissão, os profissionais argumentaram que nem o conselho tutelar consegue ter acesso à família agressora”, comentou a pesquisadora. Ela ressaltou que trechos de depoimentos coletados durante a pesquisa, concluída em 2007, comprovam o sentimento de ameaça, velada ou não, por parte dos profissionais.

É o caso de uma agente de saúde entrevistada pela psicóloga. “A gente também não pode dizer: ‘guarda civil! vem cá! a mulher tá matando a criança!’ A gente não pode fazer isso, porque depois pode sobrar para a gente, porque a gente está todo dia lá”, disse a agente, segundo a publicação. “Aqui tem muita gente violenta, a gente fica com muito medo de o pessoal vir e se vingar da gente (...) essa parte também tem que ter muito cuidado, às vezes não é só denunciar, tem que denunciar, claro, mas tem que ser denúncia anônima”, disse uma enfermeira, também segundo o estudo.

A coordenadora do grupo de pesquisa sobre violência da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Cléa Adas Saliba Garbin, acredita que a situação não tenha sofrido alterações significativas desde que a pesquisa de Elisa Meireles foi concluída. A professora iniciou no início deste ano a segunda fase de um estudo para investigar os motivos que levam os profissionais de saúde a não notificar os casos de violência. Cléa Garbin também quer dimensionar o impacto do medo de represálias no número de notificações.

“Ainda não temos números, mas, durante as visitas a campo, ouvimos diversos relatos de técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários que demonstram medo real de represália por parte da família, do agressor ou da comunidade”, destacou.

Segundo dados preliminares, 43% dos profissionais da

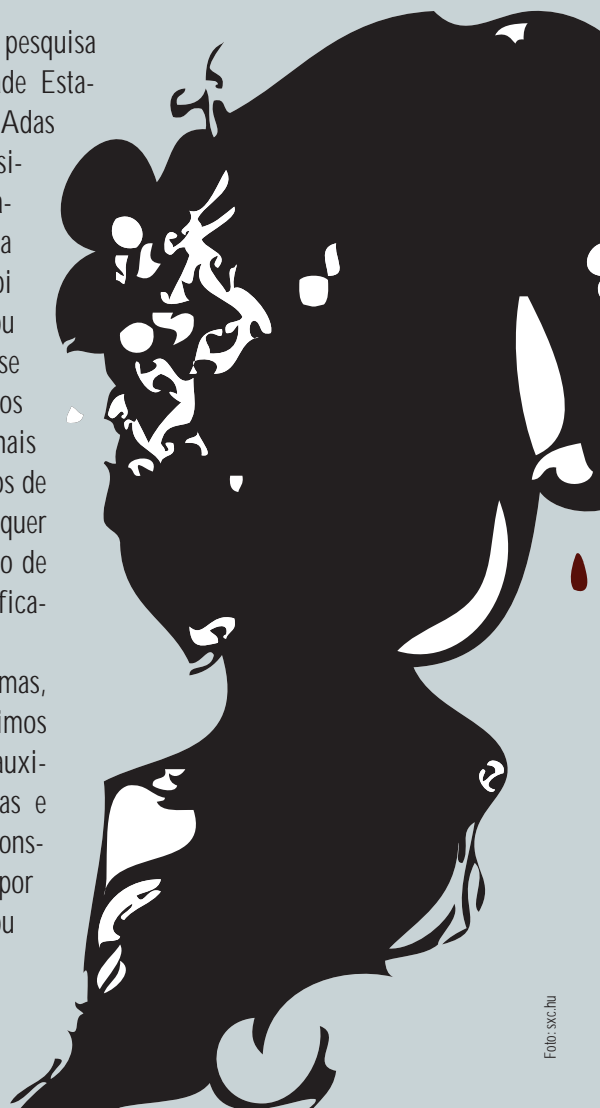


Foto: sxc.hu

Psicologia hospitalar

- Estabelece contato com os familiares para levantamento de história de vida;
- Realiza entrevista com o paciente visando colher informações para compreensão do caso;
- Elabora relatório inicial;
- Anota em prontuário;
- Discute o caso com a equipe;
- Verifica se todos os serviços previstos no fluxo foram acionados.

Equipe de Enfermagem – pronto-socorro

- Identifica casos de suspeita ou confirmação de vítimas de maus tratos;
- Observa a criança/adolescente e familiares (se for esse o caso);
- Presta os cuidados pertinentes ao ocorrido;
- Anota em prontuário;
- Discute o caso com a equipe;
- Aciona serviços previstos no fluxo.

Equipe de Enfermagem – Unidade de Internação/UTI

- Dá continuidade ao levantamento iniciado no Pronto Socorro;
- Presta os cuidados pertinentes;
- Aciona os serviços previstos no fluxo em caso de detecção de qualquer intercorrência;
- Em horário noturno, fins de semana e feriados, na ausência das equipes previstas no fluxo, quando a ocorrência for com criança ou adolescente, qualquer membro da equipe multiprofissional (médico ou enfermagem) deverá acionar o Conselho Tutelar.

Fonte: Enfermeira Marly Mori de Pinho

estratégia saúde da família entrevistados disseram já ter suspeitado de casos de violência contra crianças e adolescentes. Entre eles, 61% não tomaram nenhuma atitude diante da suspeita, nem mesmo a notificação obrigatória. Além disso, mais da metade (59,2%) negou conhecer a existência de normas relativas à notificação. Até agora, foram ouvidos 135 profissionais de saúde em um município de grande porte no estado de São Paulo.

“Para a saúde pública é um problema grave, porque a omissão em comunicar os casos atendidos leva a um conhecimento precário da dimensão da violência no Brasil e do seu perfil epidemiológico. Isso compromete a implementação de políticas públicas eficazes e bem direcionadas”, disse ela, que vai analisar, pelo menos, 40 municípios de São Paulo nos próximos dois anos. De acordo com a coordenadora de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde, Marta Silva, a notificação de violências é uma prioridade na agenda da pasta, que tem investido na capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a importância desse registro.

Ela enfatizou que, como resultado dessas medidas, o número de notificações de violência contra crianças e adolescentes

com até 19 anos, por profissionais de saúde, mais que triplicou em três anos, passando de 18.570, em 2009, para 67.097, em 2012. Considerando todos os casos de violência, o número de notificações quadruplicou, ao subir de 40 mil para 163 mil no mesmo período.

No fim do ano passado, ainda segundo Marta Silva, o ministério repassou R\$ 31 milhões a 857 entes federados (estados e municípios) para serem utilizados em ações de prevenção de violências, como capacitação de profissionais, qualificação de serviços de atendimento e produção de materiais educativos.

A coordenadora do Ministério da Saúde acrescentou que a pasta deve lançar, no segundo semestre deste ano, uma estratégia intersectorial para integrar os dados relativos ao atendimento a vítimas de violência em todo o país. Por meio de uma ficha de notificação padronizada, serão encaminhadas ao ministério informações produzidas por todos os órgãos considerados portas de entrada para mulheres, idosos, crianças e adolescentes que tenham sofrido agressões e abusos. Os números serão consolidados pela pasta.

Com informações da Agência Brasil.

Componentes do kit de violência sexual

- Contraceptivo Oral de Emergência (no caso de mulheres e adolescentes do sexo feminino): Levonorgestrel 0,75 mg (2 comprimidos) dentro das primeiras 72 horas
- Profilaxia DST/AIDS:

Para adultos e adolescentes com mais de 45kg DST

Azitromicina 1,0g – dose única

Penicilina Benzatina 2.400.000 UI- IM

Ciprofloxacino 500mg - V.O em dose única

Retrovirais:

Zidovudina 300mg V.O – 14 comprimidos (1 comprimido de 12 em 12 horas)

Lamivudina 150mg - 14 comprimidos (1 comprimido de 12 em 12 horas)

Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50mg – 20 comprimidos (2 comprimidos de cada 12 em 12 horas)

Para gestantes

Zidovudina 300mg V.O – 14 comprimidos (1 comprimido de 12 em 12 horas)

Penicilina Benzatina 2.400.000 UI- IM

Em caso de alergia, administrar Eritromicina 500mg V.O (1 comprimido de 6 em 6 horas por 15 dias)

Para crianças

DST

Azitromicina 20mg/kg VO em dose única

Ceftriaxona 120mg IM em dose única

Penicilina Benzatina 50.000 UI/kg IM – dose única (máximo 1.200.000)

Retrovirais:

Zidovudina: 90 a 180g/m² (máximo 600mg/dia de 8 em 8 horas)

Lamivudine: 4 mg/kg (dose máxima

150mg de 12 em 12 horas)

Lopinavir/Ritonavir: 133,3mg/kg ou 33,3mg/kg de acordo com o peso da criança (máximo de 14 comprimidos)

Os kits ficam sob guarda da Enfermagem do pronto-socorro. As solicitações das medicações do kit são feitas em impresso próprio, em duas vias para posterior reposição. O hospital fornece medicação para sete dias. O kit é fornecido a todos os pacientes que sofrem violência sexual, quando atendidos no Pronto Socorro do nosso hospital. Após o atendimento, caso não necessite de internação, o (a) paciente é encaminhado (a) para o ambulatório de especialidade DST/AIDS para complementação do tratamento e acompanhamento. A duração do tratamento medicamentoso é de 30 dias.

Fonte: Enfermeira Marly Mori de Pinho

Entrevista: assistência às vítimas de violência de gênero

O Hospital Municipal Doutor Arthur Ribeiro de Saboya é apontado pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo como referência no atendimento a vítimas de violência de gênero. A enfermeira Marly Mori de Pinho, gerente de Enfermagem da instituição, conta como é a rotina de atendimento no local.

eR: Como são formadas as equipes de atendimento aos pacientes vítimas de violência de gênero (mulher, criança e adolescente) e quais as ações específicas da Enfermagem?

Marly: O hospital possui Comissões de Atenção à Vítimas de Violência, formadas por profissionais de várias áreas de atuação, tendo como objetivo a elaboração de fluxos de atendimento e sensibilização das equipes. Todos os profissionais são informados das rotinas para atender as diferentes formas de violência: contra a criança e adolescente, urbana, contra a mulher e contra o idoso, entre outras. Cada membro da equipe multiprofissional tem uma função específica (veja quadro na página 44 e 45).

eR: Quais as diferenças de cuidados em situações de violência física, psicológica, sexual e negligência?

Marly: Na violência física, o paciente sempre é submetido a uma agressão, com lesões que variam de leves a graves. Na psicológica, em geral, encontra-se deprimido. Os profissionais devem estar presentes e atentos às manifestações de dor física e ao estado emocional, bem como prestar todas as orientações necessárias e os encaminhamentos pertinentes. Nos casos de violência sexual, é fundamental que os profissionais proporcionem um preciso acolhimento deste(a) paciente, ouvindo-o(a) e confortando-o(a), ao mesmo tempo em que forneçam as orientações necessárias quanto aos procedimentos a serem realizados e a necessidade das medicações a serem administradas. Nos casos de negligência, seja em crianças ou idosos, os familiares são convocados pelo serviço social e psicologia que executam os trâmites legais. Cabe à Enfermagem prestar os cuidados pertinentes e participar, junto à equipe multiprofissional, das ações que promovam a segurança e o restabelecimento do paciente.

eR: Quais as diferenças entre o tratamento de emergência e o de longo prazo?

Marly: No atendimento de emergência, o foco principal é a detecção do quadro do paciente: a presença ou não de lesões, o estado físico e emocional, enfim, o tratamento inicial para promover a estabilidade. Passada essa fase, os outros membros da equipe multiprofissional são acionados, quando será feita a abordagem sobre o ocorrido, as orientações e encaminhamentos pertinentes.

eR: Quais os casos mais comuns de violência sofrida?

Marly: Em nosso hospital atendemos violência à criança e ao adolescente (violência física, abuso sexual, estupro e negligência), violência à mulher (violência doméstica, abuso sexual e estupro), violência ao idoso (violência doméstica e negligência), acidentes de trânsito e violência urbana, entre outras.

eR: Qual a frequência, como é feita e a quem é direcionada a notificação que deve ser feita em casos de suspeita ou identificação de violência?

Marly: O trabalho desenvolvido no hospital pela equipe multidisciplinar se iniciou efetivamente com a criação da Comissão de Atenção a Vítimas de Violência, em 2005. Mais recentemente incluímos também ações de proteção contra a violência do idoso e outras formas de violência, como as de trânsito e a de pessoas na faixa entre 18 e 60 anos. O direcionamento das notificações varia de acordo com o tipo de violência registrada. Geralmente quem faz os encaminhamentos são as equipes do Serviço Social e da Psicologia. Podem ser encaminhadas ao Conselho Tutelar, à Vara da Infância e Juventude e ao Conselho do Idoso ou à Delegacia do Idoso, entre outros. A equipe multiprofissional está preparada e treinada para atuar nos casos de violência acionando os órgãos competentes em caso de necessidade, principalmente na ausência das equipes de psicologia e serviço social, obedecendo ao fluxo de atendimento. Houve um tempo em que as equipes médica e de Enfermagem não se sentiam seguras em notificar os casos de violência, principalmente em crianças, por conta da dúvida no diagnóstico e do receio de envolvimento e processos, entre outros. Após a instalação das comissões, da definição das ações e de um trabalho de sensibilização das equipes, esses problemas minimizaram sensivelmente.

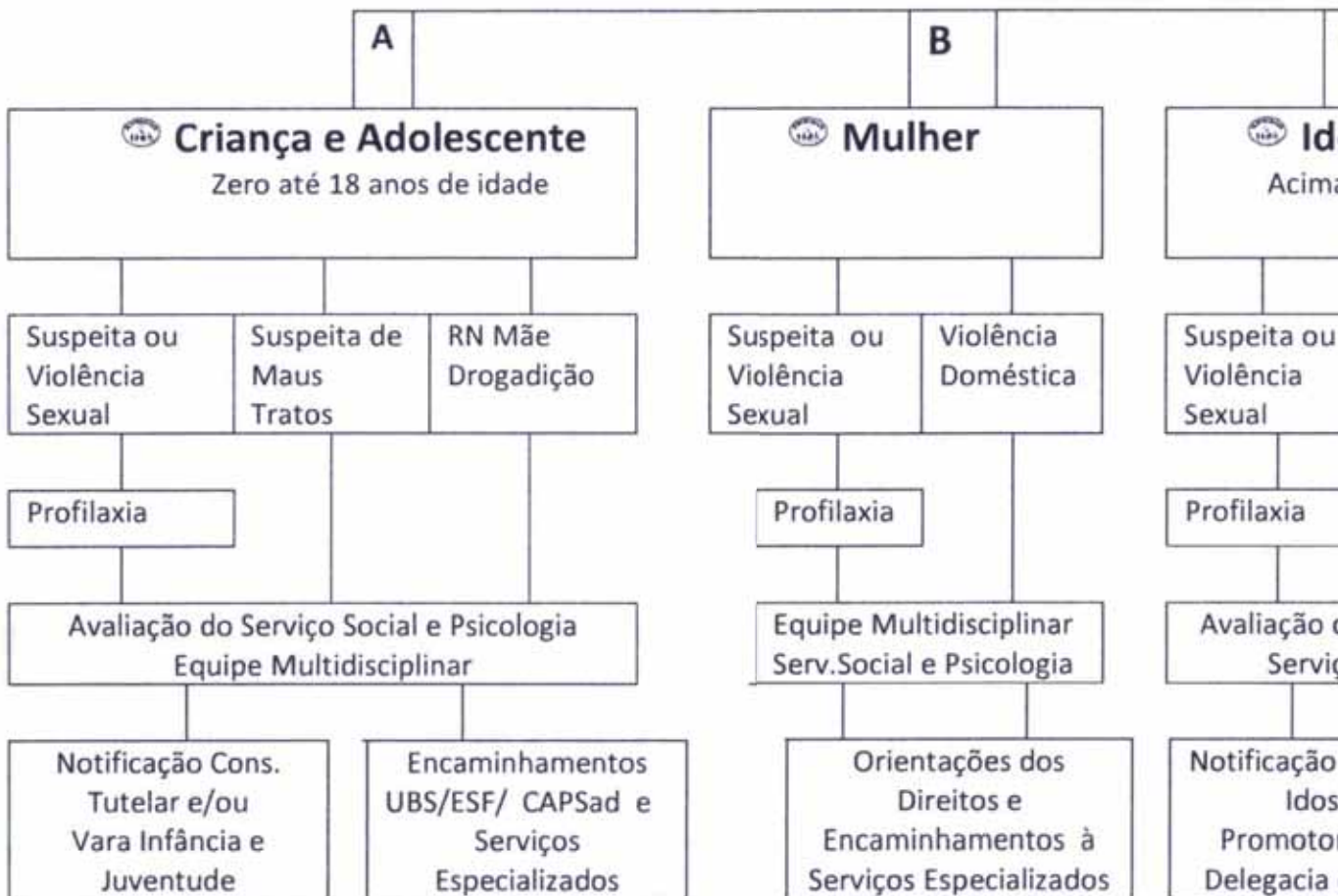


GTH – FLUXO APROVI: AÇÕES DE PROTEÇÃO CONTRA



PORTA DE EN
SA
CARIMBA APR

Avaliação Médica



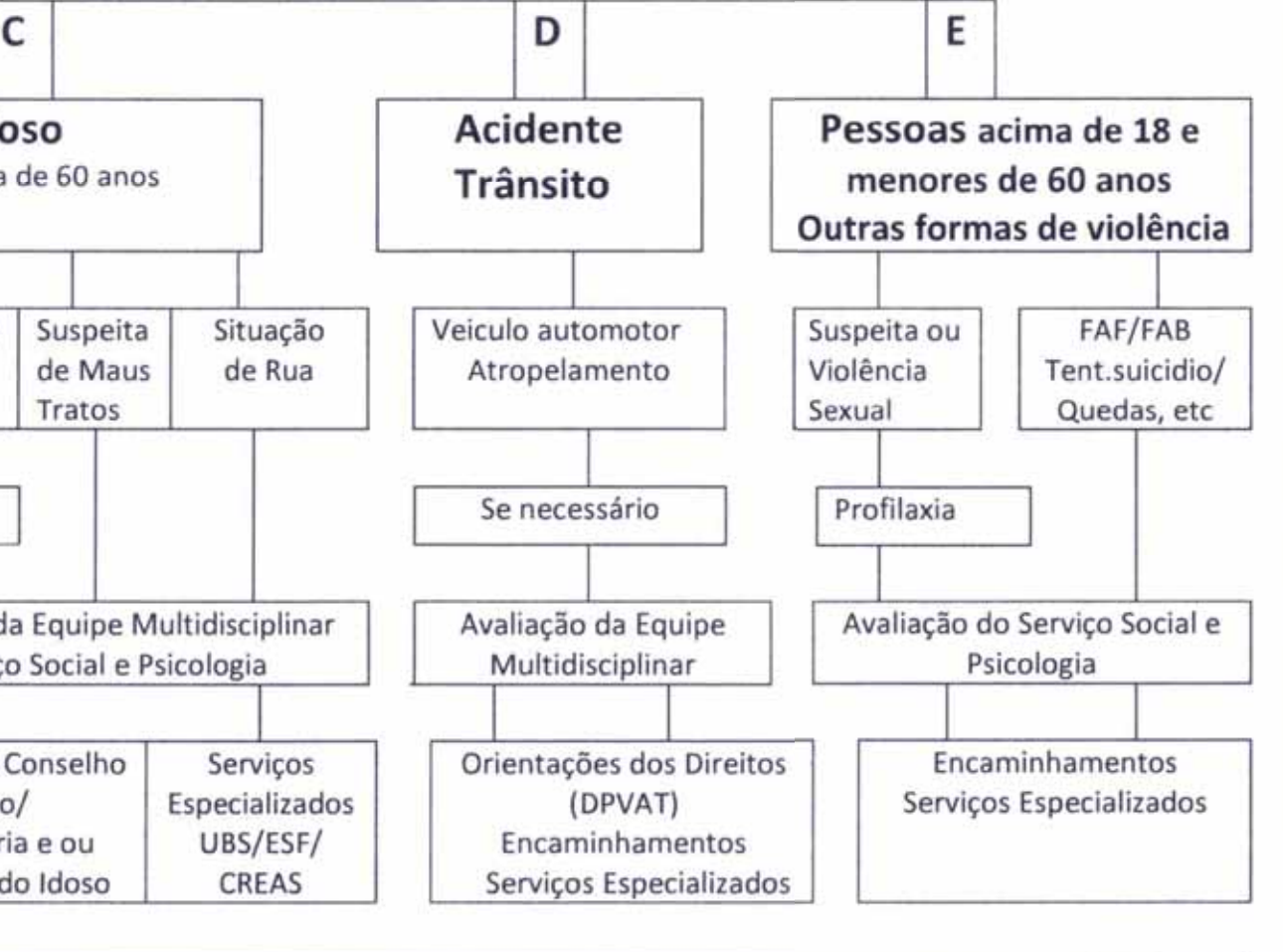
SAME - COVISA – PREENCHIMENTO DO SIVVA – SISTEMA INFORMAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Obs: O carimbo **APROVI** pode ser utilizado no percurso de
Qualquer situação acima descrita pode ser caracterizada como Acidente de

A VIOLÊNCIA – HOSPITAL ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA

TRADA NO PS
ME
OVI NA FICHA

e Enfermagem



A E ACIDENTES – levantamento de dados estatísticos HMARS -

SAME

o fluxo por quaisquer dos profissionais envolvidos.

e Trabalho, caso o evento ocorra no trajeto ou no local de Trabalho.



Como planejar a implantação de um sistema assistencial informatizado

Katia de Mello Amaral Rockenbach, Ana Marta Rodrigues Branco, Diana Gentileza Lopes de Sá, Elias da Costa Dias e Jamile Maria Sallum de Lacerda

Os autores são responsáveis pela implantação do sistema assistencial informatizado do Hospital Sírio-Libanês (São Paulo, SP).

“Os profissionais de saúde, em sua formação, estão voltados à prática assistencial e não tanto para o uso de sistemas. Porém são esses mesmos profissionais que produzem, coletam, fornecem e analisam as informações de saúde”



Foto: sxc.hu

Dos projetos em Tecnologia de Informação, 75% falham. Um dos principais motivos é a falta de gestão do projeto e o sucesso da implantação de um sistema de informação depende muito mais das pessoas do que da tecnologia(1). Em âmbito hospitalar, esta é uma realidade, uma vez que tal ambiente depende da mudança do comportamento do usuário, no que diz respeito à incorporação de novos recursos, e da sua inclusão digital.

Os profissionais de saúde, em sua formação, estão voltados à prática assistencial e não tanto para o uso de sistemas. Porém são esses mesmos profissionais que produzem, coletam, fornecem e analisam as informações de saúde(2). Diante disso, a fase de implantação de um sistema de informação em saúde é um fator crítico do projeto e deve ser planejada com metodologias sólidas aliadas à sensibilização, ao apoio e à compreensão do processo de trabalho destes usuários.

O planejamento da implantação de um projeto é baseado em uma série de processos que englobam a definição, a sequência e a estimativa de tempo das atividades que serão realizadas(3). Ou seja: deve-se começar o planejamento no início do projeto, e não apenas na fase de implantação propriamente dita. Desta forma é possível conhecer os cuidados necessários para implantação, prevenir os erros e mitigar dificuldades advindas desta fase.

Considerando que a implantação de um sistema de informação em saúde é um desafio também para a área de tecnologia de informação, pois se necessita entender a rotina de trabalho dos profissionais da área atendida pelo sistema, a Superintendência

da Tecnologia de Informação do Hospital Sírio-Libanês (HSL) apostou em formar uma equipe híbrida de implantação e monitoramento composta tanto por profissionais de TI quanto de saúde, chamada Equipe Multidisciplinar de Implantação e Monitoramento e formada por uma analista de negócios, dois enfermeiros e uma nutricionista, coordenados por uma enfermeira especialista em informática em saúde. Todos os membros da equipe atuam na instituição há mais de seis anos.

Foi construído um método para implantar e acompanhar os sistemas assistenciais de informação, baseado na metodologia de gestão de projetos chamada PMBOK(4), já utilizada pela equipe de TI da instituição. Por esta metodologia a equipe participa de todas as fases de gestão dos projetos de sistemas assistenciais. Ou seja: participa das fases de iniciação, planejamento, execução, controle e encerramento, sem restringir-se apenas à implantação.

Experiência

Na fase I (iniciação), a equipe multiprofissional é informada do novo projeto a ser implantado, recebendo os seguintes dados do projeto: nome, se é planejado ou não, porte, área solicitante, usuário e analista responsáveis e a versão do sistema que será contemplado. Os detalhes são fornecidos informados nas fases posteriores.

O planejamento (fase II) se dá com a leitura da documentação do projeto, incluindo os documentos de visão, escopo e casos de uso. É nesta fase que a equipe multidisciplinar conhece e entende o propósito e as implicações do projeto. Neste momento são identificados os setores envolvidos e os profissionais de saúde que terão qualquer tipo de interação direta ou indiretamente com o sistema.

A cada projeto se preenche, juntamente com o analista responsável, o que se chama na instituição de Plano de Treinamento/Implantação/Monitoramento. Posteriormente, este plano é validado com o coordenador de sistema solicitante e o coordenador de implantação.

“Por esta metodologia a equipe participa de todas as fases de gestão dos projetos de sistemas assistenciais. Ou seja: participa das fases de iniciação, planejamento, execução, controle e encerramento, sem restringir-se apenas à implantação”

Depois da validação do plano de treinamento, elabora-se o cronograma de implantação com o uso de um módulo de gestão de projetos do sistema de informação hospitalar (SIH). A partir deste momento a equipe multidisciplinar consegue definir o público-alvo e os setores envolvidos; a meta de treinamento (tempo de treinamento, número de pessoas a serem treinadas x número de pessoas

responsáveis); o conteúdo do treinamento; os procedimentos e recursos didáticos utilizados; como o aprendizado dos usuários será validado; e o mapeamento dos cuidados a serem tomados para que a implantação ocorra da melhor maneira.

Na execução (fase III) se concentra a construção do conteúdo dos recursos de ensino e instrumentos de avaliação de aprendizado e elaboração de evidência de treinamento (planilha de registro dos usuários a serem treinados). Para tanto, o analista de negócios responsável pelo projeto apresenta a nova funcionalidade para a equipe multiprofissional, capacitando-a e resolvendo as possíveis dúvidas que podem surgir.

No que tange a construção do conteúdo dos recursos de ensino, a equipe define sua estratégia de orientação ao usuário. Normalmente, é utilizado um guia chamado “Passo a passo”, o qual servirá de apoio ao usuário para consultas rápidas ao novo processo e que serve como um manual de bolso até o

“A elaboração de um planejamento estruturado foi incentivada pela própria necessidade da equipe de se organizar diante da grande demanda de implantações da instituição. Além disso, o fato de a equipe ser híbrida enriquece a discussão, o planejamento e a elaboração do treinamento”

usuário incorporá-lo à sua rotina. Além disso, manuais mais detalhados também são confeccionados, com posterior disponibilização na intranet do hospital. Estes manuais são atualizados, conforme as melhorias são aplicadas aos sistemas.

A forma de avaliação do aprendizado também é definida nesta fase, como por exemplo, solicitar ao usuário que acabou de participar o treinamento para que reproduza o seu conteúdo. Na fase de execução ainda cabe o treinamento da equipe do suporte (*help desk*), a primeira a ser treinada, pois é também o apoio aos usuários com dificuldades no uso do sistema. A implantação propriamente dita acontece da fase IV. A comunicação é um dos principais fatores para garantir o sucesso da implantação(5). O plano de comunicação deve ser diferenciado, conforme as características do sistema a ser implantado. Por exemplo, quando se trata de uma implantação que notoriamente modificará o processo de trabalho dos usuários, eles primeiramente devem ser sensibilizados e os objetivos principais devem ser reforçados por seus gestores.

Uma comunicação formal sempre deve ser feita, marcando o início de um treinamento, a qual deve conter as seguintes informações: público, carga horária do treinamento, responsáveis pelo treinamento e escalas de acompanhamento. Em seguida é planejada uma implanta-

ção-piloto em que somente alguns usuários são envolvidos e treinados. Esta fase é muito importante, pois nela se consegue observar os pontos críticos, as facilidades e se há necessidade de se elaborar novas estratégias para a implantação total. Além disso, partindo da premissa de que o importante, neste momento, é capacitar o usuário no uso do novo sistema e envolvê-lo no processo, utiliza-se como estratégia a exemplificação dos benefícios advindos da informatização, como por exemplo a melhoria da produtividade, a maior qualidade na prestação da assistência e a maior competência e capacidade dos envolvidos. Não se adotam padrões ao tipo de abordagem, mas sim o reconhecimento das diferenças, pois cada usuário possui um conhecimento e uma habilidade com a tecnologia. Assim, a equipe deve estar atenta e procurar ser sensível com os temores apresentados por alguns usuários e fazer sempre os esclarecimentos necessários.

Em geral, o treinamento ocorre *in loco* no ambiente de trabalho destes profissionais. Em experiências anteriores, nas quais o treinamento ocorria em uma sala de aula, o usuário não praticava/simulava as orientações do treinamento, levando-o ao esquecimento. No momento da implantação do novo módulo era necessário um novo treinamento, o que criava retrabalho para a

equipe de implantação. Além disso, sendo grande o número de profissionais assistenciais, o acúmulo de horas-extra para as atividades de treinamento poderiam gerar desperdícios ao hospital. Optou-se, portanto, por realizar o treinamento num momento próximo ao início da nova funcionalidade.

O treinamento é realizado individualmente ou em pequenos grupos, dependendo do conteúdo e do recurso de ensino escolhido. Nele, orienta-se e demonstra-se a nova funcionalidade implantada e então o usuário realiza o mesmo procedimento para ver se não há dúvidas. Monta-se no próprio setor uma estação de treinamento com um computador, visando assegurar a privacidade do paciente.

Após o início da implantação, e até mesmo depois da sua conclusão, acompanham-se os profissionais no uso do novo módulo ou sistema diariamente, com visitas realizadas nas áreas (fase V, monitoramento). Desta forma se consegue dar suporte ao usuário, auxiliar os que apresentam maior grau de dificuldade e interagir mostrando que a equipe é a referência de ajuda presencial no uso dos sistemas.

Nesta fase também é imprescindível estar atento às inconsistências do sistema, mesmo que não estejam ligadas ao treinamento em questão. Elas devem ser entendidas e registradas pela equipe multiprofissional e levadas prontamente para o analista de negócios responsável para avaliação. Assim que se obtiver uma resposta a equipe é responsável por retornar para o usuário e também por reconhecer necessidades de mudanças.

A última etapa, de avaliação de melhores práticas (fase VI), elabora-se um relatório para saber se o cronograma foi cumprido (se não, quais os motivos), o número de recursos utilizados, o número de horas despendidas na fase II e IV, as sugestões dos usuários e as impressões da equipe. Além disso verifica-se se a meta estabelecida na fase II foi alcançada. Estas ações são importantes para melhorar cada vez mais o processo de planejamento das implantações.

Considerações finais

Os esforços para implantação são deslocados para se iniciar desde os primeiros momentos dos projetos, o que permite à equipe planejar e executar também as atividades

de implantação com maior precisão e menor margem de risco. Na experiência do Hospital Sírio-Libanês, a elaboração de um planejamento estruturado foi incentivada pela própria necessidade da equipe de se organizar diante da grande demanda de implantações da instituição. Além disso, o fato de a equipe ser híbrida enriquece a discussão, o planejamento e a elaboração do treinamento.

Como ação futura, existe a perspectiva de possibilitar a manipulação do sistema em uma base de treinamento na qual o usuário poderá simular atividades reais e, ao final, ter seu aprendizado avaliado por uma ferramenta específica, tornando possível a inclusão digital de todos colaboradores do hospital.

Referências

- 1) Marin, H. F.; Massad, E.; Azevedo Neto, R. S.: Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Marin, H. F.; et. al. (orgs.): O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo, 2003.
- 2) Shulz, S.; Klar, R.: Educação em Informática em Saúde. Disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0201/schulz.htm>.
- 3) Maximiano, A. C. A.: Administração de projetos: como transformar ideias em resultados. 2ª Ed., São Paulo: Atlas, 2002.
- 4) PMBOK Guide, 4th Edition – Chapter 1 – Introduction.
- 5) Evangelisti, L. R.: Implantação de sistemas de informação em saúde: transformando métodos e técnicas em resultados. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/anaiscbis2006.htm>

Ler, narrar, cuidar

Enfermeiras mostram que a literatura pode ser uma grande aliada na arte do cuidar para além do conhecimento técnico



Para Onã Silva, o cordel facilita para o público conhecer mais sobre a Enfermagem

*É enorme nossa história
Ninguém sabe exatidão
É que nem o horizonte
Grande na imensidão
Tem muitos capítulos
Nesta linda profissão*

Trecho de "Histórias de Enfermagem no Universo do Cordel"

Onã Silva é enfermeira pós-graduada em Saúde Pública e educadora. Formada também em artes cênicas, defende que o cuidado não deve ficar restrito a técnicas centradas na clínica: "Fala-se de uma transição paradigmática para uma Enfermagem de olhar mais ampliado, mas na realidade sempre está voltada para a questão hospitalar. É difícil encontrar enfermeiros com perfil político, literário e centra-se num tecnicismo com perfil hospitalocêntrico", explica.

A enfermeira vive em Goiás, escreve peças de teatro e já publicou cinco livros entre os quais se destacam "A quadradinha de gude", infanto-juvenil voltado à prevenção de drogas, e "Miriã, uma enfermeira bambambã", romance em que a protagonista interage com personagens reais e narra, unindo realidade e ficção, a história de sindicatos, da Associação Brasileira de Enfermagem e de escolas de Enfermagem. Sua última obra é o livro "Histórias da Enfermagem

no Universo do Cordel".

Estilo característico da Região Nordeste, a literatura de cordel é uma forma de escrita rimada de causos típicos da cultura oral. Na sua última obra, Onã Silva traz os diversos locais, tempos e personalidades da Enfermagem em contos divididos em sextilhas, que são estrofes de seis versos de sete sílabas, com rimas ao término do 2º, do 4º e do 6º versos (existem cordéis em diversas métricas).

Embora tenha formato poético, o livro é, como define a autora, uma obra científica, produto de pesquisa e quase cinco anos para sua conclusão. "Precisei primeiro estudar 80 referências, conversar com pessoas, visitar sites. Durante um ano trabalhei com as referências, tendo conhecimento sobre a história da Enfermagem. No ano seguinte transformei o conteúdo em versos livres, sem compromisso com métrica. Depois precisei de uma consultoria do cordelista João Bosco, doutor em linguística na área de cordel, para



unir a linguagem, a métrica e a sonoridade. Em mais um ano e pouco passei tudo para versos de cordel”, explica.

Além do ineditismo do formato literário na Enfermagem, a abordagem dos personagens reais foi trabalhada com cuidado especial. Buscando contar sobre personalidades como Florence Nightingale e Ana Néri. Wanda Horta recebeu um cordel exclusivo. “Ela é importante e eu resolvi homenageá-la”.

Apesar do tema, o público-alvo deste livro de cordéis não é restrito. O objetivo é mostrar à sociedade em geral, não apenas ao profissional da área, que as atividades da Enfermagem são realizadas além das paredes do hospital. “Tenho 30 anos de trajetória literária. As artes e a Enfermagem não são excludentes, mas sim complementares. Eu posso cuidar de uma pessoa com um poema, com uma palavra melhorada, usando o lado literário para trazer conforto”, conta.

Onã se define como uma “arte-educadora” que usa os saberes técnicos e estéticos. “Eu utilizo várias linguagens. A arte estética da Enfermagem é resumida em uma frase da Florence: ‘enfermagem é uma das artes, poder-se-ia dizer a mais bela

das artes’. A gente lida com cuidado humano; essa é a arte maior que existe. Quando o paciente recebe um cuidado, um curativo ou uma orientação, ele também tem seu lado criativo. Isso ajuda a humanizar o atendimento”.

Para exemplificar a relação entre as artes literárias e dramáticas com a arte do cuidar, ela cita seu poema “Tum-trá”, que nasceu de uma inspiração durante um atendimento em um pronto-socorro e que depois foi adaptado para o teatro, em encenação ocorrida na Praça dos Três Poderes, em Brasília. “Na minha atuação como enfermeira, dentro da saúde da comunidade, utilizei técnicas de teatro para assuntos diversos, como vacinação, higienização e prevenção às drogas. É essa a nossa atuação, não só usar a técnica pela técnica, mas também formas criativas de abordar determinados assuntos”. De acordo com a escritora, essa humanização pode ser realizada de forma criativa e acolhedora, demonstrando interesse em cuidar da pessoa. “A pessoa cuidada entende quando o profissional está interessado ou não pelo cuidado. O toque e o olhar também são arte”, finaliza.



Candida Soares: "Em nossa profissão precisamos ler muito e estar dispostos diariamente ao aprendizado"

Levei os prontuários para anotar os sinais vitais dos pacientes, carreguei uma cadeira até o quarto e sentei-me próximo ao seu leito. Falei que iria permanecer com ele até que adormecesse

Trecho de "O retorno pelo caminho do pão"

A Enfermagem é uma ciência autônoma área com métodos e produção intelectual própria, altamente concentrada nos aspectos técnicos. No entanto, experiências de profissionais com a literatura mostram que o cuidar pode ser enriquecido com criatividade e sensibilidades nem sempre presas à lógica acadêmica.

Candida Elizabete dos Santos Soares, de São Paulo (SP), construiu carreira na Enfermagem iniciando como auxiliar em pronto-socorro, clínica médica e cirúrgica, UTI e ambulatório. Como enfermeira, atuou no Programa Saúde da Família na capital paulista e no estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, concilia o trabalho em atenção básica com a docência no ensino superior. Após mais de 25 anos de atuação, transformou as situações vivenciadas no cuidar em contos, publicados no livro "O retorno pelo caminho do pão".

A escrita da enfermeira é referenciada no seu gosto eclético. Fã de autores brasileiros como Fernando Sabino, José de Alencar e Moacyr Scliar, além de estrangeiros como Ernest

Hemingway e Aldous Huxley, tomou como ponto de partida para a sua obra o incentivo de alunos.

Como supervisora de estágio, comumente propunha discussões a partir de temas como empatia, trabalho em equipe, respeito, comunicação e humanidade. "Para exemplificá-los, sempre utilizo experiências que tive como profissional. A ideia de escrever um livro de contos e narrativas de minha vida profissional surgiu em meio a uma dessas discussões, quando alguns alunos comentaram que eu deveria contar essas experiências em um livro", explica.

A enfermeira paulista vê sua inspiração no fato de não querer perder, por esquecimento, os momentos que tem por preciosos e que lhe ensinaram. "A ideia estava em minha mente já fazia anos. No entanto, esta vida atarefada nunca me dava a oportunidade que eu acreditava que fosse necessária para escrever. Após um acidente de trabalho, que acabou por me afastar dos serviços é que consegui (feliz ou infelizmente) o tempo de que precisava".

O início da escrita revelou para Candida a sua própria facilidade com as palavras. Ao cabo de três meses já havia escrito as narrativas da sua obra. "Eram tantas lembranças que a dificuldade foi escolher apenas 25", revela. A autora conta que, por outro lado, algumas pessoas não criam no interesse de leitores fora da área da saúde ou até mesmo por se tratar de conteúdo que não se constituía alguma novidade científica. "Acredito em todas as palavras que escrevi e, também, na importância de sermos humanos, de tratarmos todas as pessoas que precisam de nosso cuidado com respeito e carinho. Afinal de contas, quem de nós não gostaria de ser tratado desta forma?".

Candida defende que na Enfermagem são necessárias muita leitura e disposição diária ao aprendizado. "A leitura tem a capacidade de nos remeter a situações inusitadas, inesperadas e, por que não dizer, impossíveis de serem imaginadas em nossa vida cotidiana. Pode ser uma revista em quadrinhos, um artigo em uma revista científica, um livro de autoajuda, religioso ou de ficção. O importante é que me dê o que preciso em determinado momento de minha vida. Às vezes preciso rir, refletir, aprender, viajar ou simplesmente sonhar".



Nova Biblioteca

*A biblioteca do COREN-SP
mudou de endereço mas
continua a sua disposição*

Coren^{SP}
educação

Rua Dona Veridiana, 289
Santa Cecília
São Paulo - SP



COREN-SP de cara nova na web

Portal reformulado para facilitar prestação de serviços ao profissional



Desde março deste ano, o novo portal do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (www.coren-sp.gov.br) está com uma formatação voltada a uma navegação mais fácil. O objetivo é possibilitar que o visitante encontre com rapidez as informações de que precisa.

No cabeçalho, foram colocados ícones que levam o internauta para serviços de atendimento personalizado, como ouvidoria, fale conosco e assessoria de imprensa, além do atalho direto para o site do Conselho Federal de Enfermagem.

A barra superior de menus identifica cada área por cores:

Institucional	Atendimento	Documentos	Publicações	Ética
---------------	-------------	------------	-------------	-------

Institucional (laranja) – traz informações gerais sobre o Conselho, suas áreas, a gestão, dados de transparência e horários de funcionamento.

Atendimento (verde) – acesso ao agendamento de serviços, emissão de 2ª via de boleto, atualização de endereço e busca por profissionais.

Documentos (azul) – relaciona toda a documentação necessária para os diversos serviços prestados pelo atendimento do Conselho, como registro profissional, registro de especialização, cancelamento, inscrição remida etc.

Publicações (rosa) – contém os atalhos para as páginas da Enfermagem Revista, da Newsletter COREN-SP, livros, oportunidades de trabalho e da Biblioteca Maria Rosa de Sousa Pinheiro.

Ética (roxo) – informações sobre processo ético-disciplinar, comissões de ética, normas, códigos e legislações da área da Enfermagem.



Logo abaixo, um *banner* traz as informações recentes mais importantes para o exercício da Enfermagem, dados sobre eventos, cursos e campanhas do Conselho.



A seguir, um bloco com três abas trás as últimas notícias do Sistema COFEN/CORENs e temas pertinentes ao exercício profissional, separadas em textos, vídeos e galerias de fotos.



No menu lateral esquerdo, um link exclusivo do COREN-SP Educação leva para uma página onde está disponível a agenda do centro de educação permanente do Conselho e os campos para inscrição em treinamentos, cursos e aulas de habilidades.

No link do Coren-SP Educação, é possível também acompanhar o calendário e efetuar inscrições nas atividades do Projeto Aprimoramento, que consiste na promoção de atividades com os simuladores do COREN-SP Educação no interior e no litoral do estado.

Na parte inferior da barra lateral há ainda os campos de busca por profissionais (que serve para localizar enfermeiros, técnicos e auxiliares pelo nome, CPF ou número de inscrição no

COREN-SP e para assinatura da Newsletter COREN-SP, boletim eletrônico enviado duas vezes por semana com as principais notícias da Enfermagem e da área da Saúde. No rodapé, além dos links já listados anteriormente, o internauta encontra links para os perfis do Conselho nas Redes Sociais (Facebook, Twitter, Google+, Linked In, Picasa e Youtube) e para a versão digital da última edição de Enfermagem Revista.

O papel do enfermeiro no procedimento de colangiopancreatografia endoscópica

Marcelo Carlos Brecho, Elias Luiz Viana de Almeida, Mônica Aparecida dos Santos e Camila Leopoldino Claro

A colangiopancreatografia endoscópica (CPRE) é considerada uma das técnicas mais efetivas para diagnóstico ou tratamento de doenças pancreatobiliares. É uma técnica complexa e invasiva, com riscos de complicações como sepse, colangites, bacteremias e pancreatites, que podem inclusive levar o doente ao óbito.

No setor de endoscopia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, a CPRE é mais comumente utilizada para desobstrução, implante de próteses e stents de vias biliares. Para descrição didática, o trabalho do enfermeiro na realização da CPRE foi dividido em três fases: Pré, trans e pós-procedimento.

Pré-procedimento

A solicitação da CPRE chega ao setor de endoscopia por duas vias distintas. A primeira é feita pelo enfermeiro da unidade de origem do paciente, pela qual se realiza um contato telefônico e se buscam informações sobre o estado atual de saúde/possíveis patologias que possam interferir no tratamento. Também se busca o feedback do enfermeiro da endoscopia sobre a necessidade (ou não) de uma avaliação anestésica antes do procedimento (sempre é exigida a avaliação). Após a confirmação da aptidão anestésica, dada pelo anestesiolologista, é agendada a endoscopia de acordo com a disponibilidade de materiais e cobertura anestésica no setor.

A segunda via é ambulatorial e, nesses casos, é agendada interconsulta com um anestesiolologista antes da realização do procedimento. Nas duas entradas se faz avaliação do histórico do paciente, checam-se exames anteriores, a indicação do procedimento (urgente ou eletivo) e, se necessário, discute-se o caso entre os médicos endoscopista e solicitante da CPRE.

Trans-procedimento

O paciente é admitido pela Enfermagem e orientado quanto ao exame. Aplica-se a sistematização da assistência de Enfermagem e, simultaneamente, é preparada a sala de exames pelo técnico. O enfermeiro verifica os materiais, realiza a montagem da mesa com técnica asséptica, aplica o *time out*, monitora, auxilia o anestesiolologista na indução anestésica, posiciona o paciente e auxilia os endoscopistas.

Pós-procedimento

Auxilia-se na extubação e encaminha-se o paciente ao setor de recuperação pós-anestésica, onde continua sob os cuidados da equipe de Enfermagem e anestesiologia. Assim que o paciente estiver em condições para alta, é encaminhado para o setor de origem (leito ou domicílio). As etapas são registradas no prontuário eletrônico do Instituto.

Um estudo realizado de janeiro a dezembro de 2012 em 155 colangiopancreatografias endoscópicas mostra que o tempo de duração da CPRE foi em média $60,5 \pm 9$ min e que 74% dos pacientes colocaram prótese biliar. Houve equilíbrio com relação ao sexo sendo 50,3% feminino e 49,7% masculino. No período de estudo não foi constatada qualquer complicação para os pacientes.

O enfermeiro é parte fundamental no processo, exigindo conhecimentos específicos e capacidade para gerenciar os recursos humanos e materiais para que o paciente tenha um atendimento adequado e com segurança.

Os autores são enfermeiros do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS DO COREN-SP

			MARÇO	MARÇO
			Período 2012*	Período 2013**
1	100000	RECEITAS CORRENTES	39.428.028,71	45.427.424,14
2	200000	RECEITAS DE CAPITAL	-	-
TOTAL RECEITAS			39.428.028,71	45.427.424,14
3	300000	DESPESAS CORRENTES	18.221.109,19	22.251.182,56
3.1	310000	DESPESAS DE CUSTEIO	9.756.594,20	10.854.100,10
3.1.10.00	311000	PESSOAL CIVIL	7.174.392,37	8.496.281,89
3.1.10.01	311001	VENCIMENTOS E VANTAGENS	4.757.566,46	5.594.411,68
3.1.10.02	311002	DESPESAS VARIÁVEIS	1.044.089,40	1.191.585,46
3.1.10.02.07	31100207	Assistência Social	879.392,57	965.651,84
3.1.10.02.01	31100201	Abono - 1/3 Constitucional	162.854,32	96.225,65
3.1.10.02.02	31100202	Diárias e Ajudas de Custo - Folha de	-	21.201,74
3.1.10.02.03	31100203	Horas Extras	-	45.899,34
3.1.10.02.04	31100204	Vale Transporte	1.842,51	13.094,03
3.1.10.02.06	31100206	Outras Despesas Variáveis	-	49.512,86
3.1.10.03	311003	OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1.372.736,51	1.710.284,75
3.1.20.00	312000	MATERIAL DE CONSUMO	85.517,55	93.654,65
3.1.30.00	313000	SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS	347.975,37	201.498,11
3.1.30.01	313001	SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS FÍSICAS	68.841,13	81.473,33
3.1.30.02	313002	SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS JURÍDICAS	279.134,24	120.024,78
3.1.32.00	313200	OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS	1.909.509,13	1.853.817,54
3.1.32.01	313201	ASSINATURAS E PERIÓDICOS	396,00	8.624,60
3.1.32.02	313202	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS	-	-
3.1.32.03	313203	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	98.511,83	108.987,44
3.1.32.04	313204	SEGUROS EM GERAL	171,20	26,34
3.1.32.05	313205	SERVIÇOS DE HIGIENE E DEDETIZAÇÃO	950,00	86.633,88
3.1.32.06	313206	SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL	375.630,63	264.923,36
3.1.32.06.01	31320601	Postagens	173.010,29	111.054,04
3.1.32.06.02	31320602	Telecomunicações	202.620,34	153.869,32
3.1.32.07	313207	SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA, ÁGUA E GAS	174.087,22	140.030,62
3.1.32.08	313208	PASSAGENS E TRANSPORTES	27.070,16	15.787,95
3.1.32.09	313209	REPAROS, ADAPTAÇÃO E CONSERV. DE BENS	10.170,90	64.136,33
3.1.32.10	313210	SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA	9.072,32	5.411,65
3.1.32.11	313211	SERV. SELEÇÃO, TREINAM. ORIENT	7.284,49	5.700,00
3.1.32.32	313232	DESPESAS C/REUNIOES, REPRESENTAÇÕES	623.862,50	682.200,00
3.1.32.33	313233	CONGRESSOS, SEMINARIOS EVENTOS E	14.702,00	10.780,00
3.1.32.35	313235	DESPESAS BANCARIAS	567.599,88	460.575,37
3.1.33.00	313300	DIVERSAS DESPESAS DE CUSTEIO	239.199,78	208.847,91
3.2.00.00	320000	TRANSFERENCIAS CORRENTES	8.464.514,99	11.397.082,46
3.2.10.00	321000	TRANSFERENCIAS CONTRAGOVERNAMENTAIS	8.419.684,62	11.342.198,41
3.2.80.00	328000	CONTRIBUICAO PASEP	44.830,37	54.884,05
4.0.00.00	400000	DESPESAS DE CAPITAL	24.121,90	1.064,00
4.1.00.00	410000	INVESTIMENTOS	24.121,90	1.064,00
4.2.00.00	420000	INVERSOES FINANCEIRAS	-	-
TOTAL DESPESAS			18.245.231,09	22.252.246,56
DESPESAS EXECUTADAS EM RELAÇÃO ÀS RECEITAS			46%	49%

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

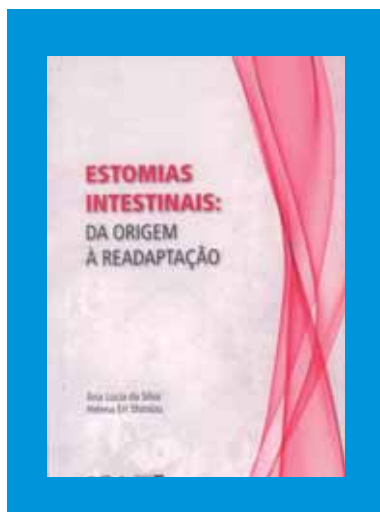
3.1 - Despesas com custeio - Conjunto de despesas relacionadas com itens básicos de manutenção de uma constituição. São as dotações para a manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens móveis.

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.

* 2012 - Janeiro até Março de 2012

** 2013 - Janeiro até Março de 2013



Estomias Intestinais: da Origem à Readaptação

Ana Lúcia da Silva e Helena Eri Shimizu
Difusão Editora e Editora Senac Rio de Janeiro – 2013

A obra aborda o impacto da estomia intestinal definitiva na vida dos pacientes e de seus familiares, identifica e analisa as principais mudanças em seu cotidiano e propõe estratégias de convivência com a nova realidade. A abordagem deste livro proporciona melhor compreensão dos componentes psicológicos e sociais envolvidos no processo de adaptação do estomizado.



O Retorno pelo Caminho do Pão: Contos e Narrativas de Enfermagem

Candida Elizabete dos Santos Soares
BelaCop – 2011

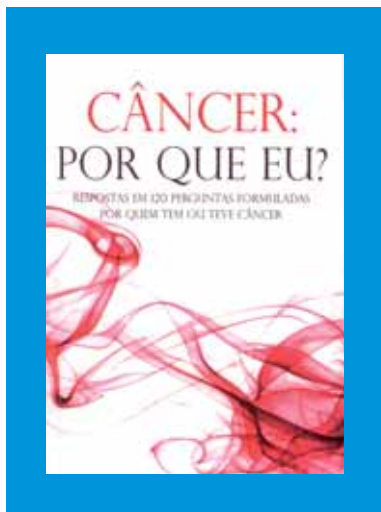
Esta obra é uma coletânea de contos e narrativas sobre a arte do cuidar. Histórias contadas por uma profissional de Enfermagem a partir de experiências ocorridas ao longo de seus 25 anos de trabalho. O objetivo principal é mostrar a Enfermagem sob um prisma além do técnico, que é obrigatório, mas não pode ser considerado o bastante.



Fundamentos de Enfermagem Básica

Lois White, Gena Duncan e Wendy Baumle (tradução: Ez2translate; revisão técnica de Fernando Henrique Brandão Molento, Fernando Augusto Dias e Sanches e Lucilla Maria Nunes Falcão)
Cengage Learning – 2012

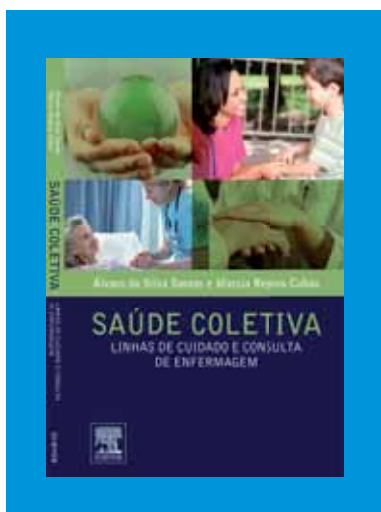
A publicação inclui informações sobre as habilidades que o estudante de Enfermagem precisa ter para o sucesso na profissão. O texto dá ênfase ao desenvolvimento da longevidade, às necessidades dos adultos mais idosos e aos ajustes profissionais. Também são apresentados procedimentos passo a passo com fotos coloridas e figuras para ilustrar as habilidades.



Câncer: Por que eu? Respostas em 120 Perguntas Formuladas por Quem Tem ou Teve Câncer

Paulo César Naoum e Flávio Augusto Naoum
All Print Editora – 2012

O livro resume a indignação de qualquer pessoa que recebe o diagnóstico da doença. O leitor poderá ter a oportunidade de verificar que para vencer a batalha contra o câncer é preciso conhecê-lo e vigiá-lo, enquanto a ciência e a tecnologia, que dispõem atualmente de condições para este fim, buscam permanentemente a cura e o controle dos diversos tipos de câncer.



Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado e Consulta em Enfermagem

Álvaro da Silva Santos e Marcia Regina Cubas
Elsevier Editora Ltda – 2012

O livro apresenta as principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro com pacientes crianças, adolescentes, mulheres, homens trabalhadores e idosos, além das áreas prioritárias, entre elas saúde ambiental e saúde mental. Aborda também a consulta de Enfermagem em todas as áreas da saúde coletiva e trata das linhas de cuidados dos programas do Ministério da Saúde.



Biossegurança e Controle de Infecções: Risco Sanitário Hospitalar

Sylvia Lemos Hinrichsen
Guanabara Koogan – 2013

A obra, em sua segunda edição, é fruto da experiência de uma equipe multidisciplinar de profissionais que, no dia-a-dia de suas atividades, têm trabalhado na criação e instituição de processos assistenciais seguros e eficientes com o objetivo de reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, por meio da sistematização, da prevenção e do controle dessas infecções.

10 a 12/07/2013

IV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Emergência

Local: Espaço Centro Fecomércio Eventos – São Paulo (SP)

Realização: Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM)

Organização: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Perdas e Luto – NIPPEL

Informações: www.cobeem.com.br/cobeem2013

24 a 27/07/2013

11º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

Local: Palácio de Convenções do Anhembi – São Paulo (SP)

Realização: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)

Informações: www.sobecc.org.br

08 e 09/08/2013

11º SINADEn – Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem

Local: Campus da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) – Curitiba (PR)

Realização: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Seção Curitiba

Informações: www.abeneventos.com.br/11sinaden

08 e 09/08/2013

I Jornada Nacional de Atenção Domiciliar – JONAD

Local: Hotel Othon – Salvador (BA)

Realização: S.O.S. Vida

Informações: www.jonad.com.br

08 a 10/08/2013

V Simpósio de Terapia Infusional

Local: Centro de Convenções Rebouças – São Paulo (SP)

Realização: Infusion Nurses Society Brasil (INS)

Informações: www.insbrasil.org.br/vsimposio

17/08/2013

III Seminário Regional SOBENDE – Inovações na área de cuidados com feridas e com a pele

Local: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – São José do Rio Preto (SP)

Realização: Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE)

Informações: (11) 5081-7718

21 a 24/08/2013

XVII Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida

Local: Centro de Convenções de Bonito – Bonito (MS)

Realização: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA)

Informações: www.sbra2013.com.br

23 e 24/08/2013

2º Simpósio AT, Saúde Pública e Educação

Local: Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo (SP)

Realização: Attenda e Universidade Metodista de São Paulo

Informações: www.attenda.com.br

26 a 28/08/2013

IX Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem

Local: Hotel Serra Azul – Gramado (RS)

Agenda

Realização: Associação Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem (SOBRAGEN)

Informações: <http://www.cobeem.com.br>

26 a 29/08/2013

22nd International Epilepsy Surgery Symposium

Local: Hotel Vitória – Campinas (SP)

Realização: UNICAMP, Cleveland Clinic, PUC-RS, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Departamento Internazionale de Diagnostica Epilettologica Prechirurgica

Informações: epilepsysymposia.com

28 a 30/08/2013

16th Annual European Pressure Ulcer Advisory Panel Meeting

Local: Viena – Áustria

Organização: European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Austrian Pressure Ulcer Prevention Association (APUPA)

Informações: www.epuap.org/conferences

13 a 15/09/2013

III Simpósio Internacional Saúde Quântica e Qualidade de Vida

Local: Palácio de Convenções Anhembi – São Paulo (SP)

Realização: Saúde Quantum

Informações: www.simposiosaudequeantica.com.br

Coren^{SP}
educação

Visita Monitorada

Data: 15/07/2013

Horário: 13h00 às 16h00

**Aula: Cálculo e Diluição de Medicamentos
Revisão para a Prática Segura**

Data: 16/07/2013

Horário: 09h00 às 12h00

Abertura de Inscrições:

Profissionais: 10/07/2013 às 15h00

Vagas: 50

**Palestra: Diabetes Melitus - Aspectos Práticos
do Tratamento com Insulina**

Data: 16/07/2013

Horário: 14h00 às 17h00

Abertura de Inscrições:

Profissionais: 05/07/2013 às 15h00

Estudantes: 12/07/2013 às 15h00

Vagas: 200

Oficina: Sondas Enterais

Data: 17/07/2013

Horário: 09h00 às 12h00

Abertura de Inscrições:

Profissionais: 12/07/2013 às 15h00

Vagas: 15



Veja outros eventos no COREN-SP Educação no site:
portal.coren-sp.gov.br

A formiga e a cigarra no hospital

Não se tem notícia que La Fontaine um dia tenha visitado algum hospital como contador de histórias. Mas não podemos deixar de registrar a passagem de cigarras e formigas como visitantes do imaginário de uma enfermaria infantil. Como enfermeiro responsável pela pediatria, iniciava o plantão, passando visita a todos os pacientes. Quando entrei no quarto, deparei-me com um sorriso tímido, que iluminava aquele rosto magro, cabeça careca devido à quimioterapia. Foi assim que a história começou... Lá estava a formiga a trabalhar... a cigarra a cantar... Quando chega o inverno, a última resolve pedir abrigo para a primeira, que a expulsa: “O que você estava fazendo enquanto eu trabalhava durante todo o dia?” “Dona formiga, eu cantava para alegrar o seu trabalho.” E a formiga: “Cantava, é? Pois agora dance!” Resolvi dramatizar a história. Pedi que o paciente escolhesse qual personagem gostaria de representar. Ele escolheu a formiga e eu fiz o papel da cigarra. Foram incontáveis repetições da cena em que a pobre cigarra levou porta na cara. O sorriso foi substituído por sonoras gargalhadas. E assim passaram os dias... Na primeira visita da manhã uma nova luta travava-se no ringue daquele quarto. E mais gargalhadas... O quadro clínico do nosso personagem não era um dos melhores. Resolvemos, então, antecipar a festa de aniversário, pois não tínhamos certeza se aguentaria até aquele dia. Muitas pessoas se juntaram para organizar o evento que seria realizado no

refeitório do hospital. Marcado o dia, vesti-me de palhaço, procurando levar alegria, mas sem tom de despedida, afinal, a esperança era que algo ocorresse, contrariando o prognóstico. Muitos presentes, sorrisos, parabéns a você... Gradativamente e de maneira surpreendente, discretas melhoras foram ocorrendo. Chegamos à data do aniversário propriamente dito e, para nossa alegria, chega o dia da alta. No ano seguinte, o aniversário foi comemorado fora do hospital. Nosso personagem, agora cabeludo, sinalizava que a vida é surpreendente e que, muitas vezes, mesmo parecendo difícil e até mesmo impossível, é importante acreditar. O quanto nós participamos desse processo de cura? Não saberia dizer e, muito menos, mensurar. Só posso afirmar que, nesse e em outros momentos, tivemos a oportunidade de evidenciar o quanto é importante investir na qualidade das relações humanas, tantas vezes deixadas em segundo plano. “Não temos tempo para essas coisas, o dia está muito corrido”, poderão argumentar alguns operários da saúde na execução das tarefas instrumentais do cuidar.

A tecnologia ajuda, mas apenas isso não basta. É necessário pensar no cuidado relacional e, muitas vezes, deixar desabrochar a sensibilidade e a alegria da nossa cigarra interior.

Cada pessoa possui um potencial criativo dentro de si. Podemos usá-lo para promover nossa saúde e também para trazer um pouco de alegria e de calor humano ao nosso trabalho e à nossa vida.

Nildo Daniel Costa

Enfermeiro / COREN-SP 61623






Participação também se aprende na Escola

O Ingressa COREN é um programa do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo para aumentar a familiarização do futuro profissional com os assuntos relacionados à ética e à legislação. Em palestras realizadas na instituição de ensino são divulgadas a história do Sistema COFEN/COREN, sua finalidade, as atividades desenvolvidas pela autarquia, pelos conselheiros e a estrutura física, de recursos humanos e logísticos, entre outros temas.

Solicite para sua instituição: ingressa@coren-sp.gov.br



A photograph of a man and a young girl. The man, on the right, has dark hair and is smiling warmly, looking down at the girl. He is wearing a dark sweater over a light-colored collared shirt. The girl, on the left, is also smiling and looking up at the man. She is wearing a pink and white striped shirt with a ruffled collar. The man is holding a light-colored stuffed animal, possibly a dog or bear, in his hands. The background is a plain, light-colored wall.

DENIS RICARDO SENERINO É ENFERMEIRO
COREN-SP Nº237543

*Profissional
de Enfermagem.
Ao seu lado
quando você
mais precisa.*

Unir, participar e avançar