

REVISTA

59

Setembro  
Outubro  
2005

# COREN SP

**A última fronteira**  
a difícil tarefa de lidar com a morte

**Lavar as mãos**  
prevenção com um simples cuidado





## Desafios da profissão

Após 30 anos do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, temos muito a comemorar. Foi uma longa trajetória de trabalho e esforço de muitos profissionais em prol da enfermagem, com diversas conquistas. O último exemplar da Revista COREN-SP mostrou um pouco dessa história de vitórias. Nesta edição, temos mais novidades e matérias, que trazem alguns dos desafios da profissão. A matéria de capa fala de uma das questões mais difíceis não só para os profissionais da enfermagem, mas para a sociedade, que é lidar com a morte. Para vocês, profissionais, o sofrimento e morte dos pacientes podem ser constantes no trabalho, mas com certeza, é sempre uma parte difícil da profissão. A entrevista conta com o “depoimento” de uma enfermeira que trabalha com pacientes terminais, falando exatamente de cuidados importantes dessa assistência e das muitas dificul-

dades. Trabalhamos com assuntos delicados e polêmicos, mas que deveriam ser abordados por todos os profissionais da enfermagem.

Na seção Prevenção, resolvemos enfatizar a importância do simples ato, mas fundamental, de higienização das mãos em cada procedimento. Com ele, muitos casos de infecção-hospitalar podem ser evitados.

Qual o papel da enfermagem nas festas de boiadeiro? De forma descontraída, a matéria “Interior” explica que é grande e obrigatória.

Você, leitor, vai observar como uma equipe de saúde multidisciplinar facilita a assistência, como no exemplo do trabalho com pacientes terminais (Entrevista), e em UTI Neonatal (seção Mercado de Trabalho).

Boa leitura,  
Ruth Miranda  
presidente



## ÍNDICE

ciência e tecnologia  
Regenerando vidas 01

mercado de trabalho  
UTI Neo-Natal  
Assistência humanizada ao recém-nascido 02

entrevista  
Equipe multidisciplinar presta assistência a pacientes terminais  
Aparecida Ferreira Mendes 04

prevenção  
O poder de suas mãos 06

capa  
A última fronteira 08

ABSE  
Valorização do papel da Academia/3º CABESE 14

iniciativa  
Tratamento específico em ortopedia: qualidade na assistência de enfermagem 20

internacional  
Vida em miniatura 22

interior  
Segu-uura Enfermagem! 24

Heródoto Barbeiro 17

Notas 18

Eventos 19

Últimas notícias/cartas 25

# Regenerando vidas

## Brasil realiza cirurgia inédita com células-tronco

Por João Marinho

Tudo começou com Ernest McCulloch e James Till. No início dos anos 60, esses dois cientistas canadenses fizeram experiências envolvendo a injeção de células da medula óssea em ratos submetidos à radiação. Descobriram que elas tinham a capacidade de auto-renovação. Era o primeiro estudo com o que hoje conhecemos por células-tronco.

De lá para cá, os estudos evoluíram e se deposita nas células-tronco a esperança da cura de várias doenças. Não é à toa. As terapias aplicadas em seres humanos têm obtido resultados animadores – e um deles pôde ser conferido no Brasil.

### Do mosaico à reconstrução

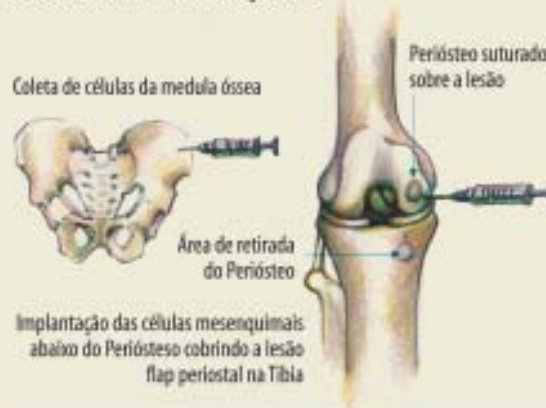
Em abril deste ano, o Dr. Ari Zekcer, médico especialista em cirurgia do joelho e medicina esportiva pela Unifesp/EPM e coordenador da equipe de ortopedia do Hospital São Luiz, em São Paulo, anunciou o sucesso de uma cirurgia inédita, que utilizou células-tronco adultas (veja quadro) para reparar a cartilagem do joelho de um paciente de 18 anos.

“André teve osteocondrite dissecante, uma lesão decorrente do crescimento rápido. Morreu um expressivo pedaço da cartilagem, o joelho o absorveu e surgiu uma cavidade”, explicou Zekcer para a Revista do COREN-SP.

A solução tradicional consiste na mosaicoplastia, cirurgia que retira pedaços de cartilagem de outras regiões do corpo e os encaixa no local afetado – mas não se consegue cobrir toda a região e, com o tempo, o paciente desenvolve artrose (degeneração articular). Foi aí que o Dr. Zekcer resolveu aplicar o novo método. “Entre em contato com as Universidades de Hiroshima e Osaka. Procedimentos cirúrgicos realizados com sucesso a partir de 2000, no Japão, serviram de base para a realização desse procedimento”.

O procedimento consistiu na retirada de 100 mil células mesenquimais (tipo de célula-tronco) da medula óssea da bacia do paciente. As células foram multi-

Diagrama do transplante de células mesenquimais no condilo femoral do joelho



As células-tronco podem ser divididas em adultas ou somáticas e embrionárias. As primeiras são obtidas de tecidos de adultos, jovens, crianças e do cordão umbilical; as últimas, retiradas do blastócito, um dos primeiros estágios do embrião. São estas que têm causado as maiores polêmicas;

Quanto mais nova a célula-tronco, maior seu potencial de diferenciação. As células-tronco são, portanto, classificadas de acordo com esse potencial: totipotentes (geralmente embrionárias), que podem se transformar em qualquer outro tipo de célula; pluripotentes, que podem se diferenciar na maior parte dos tecidos; multipotentes, que podem se converter num número limitado de tecidos; e unipotentes, que podem se transformar em apenas um outro tipo de célula.

Em 2002, descobriu-se que as células da medula óssea adulta poderiam se transformar em vários tecidos, tal como as células embrionárias.

Fontes: Estado de S. Paulo, Ari Zekcer, wikipedia.org

plicadas em laboratório. **Eram necessárias 10 milhões, e a equipe chegou a 27 milhões. Posteriormente, as células foram cirurgicamente inseridas na lesão** (veja diagrama).

Os resultados são promissores. “O tempo de recuperação é de mais ou menos 45 a 60 dias e fisioterapia normal em seis meses. O paciente já começou a andar sem muletas”, destaca Zekcer, que tem utilizado células-tronco em outros 20 pacientes, vítimas de artrose. Na época da realização da cirurgia, o ortopedista informou que, depois de cinco meses, o paciente seria submetido a uma artroscopia para confirmar o crescimento da cartilagem. O prazo se completa em setembro. **O crescimento poderá ser a comprovação da eficácia do procedimento, que insere o Brasil no mapa das grandes revoluções científicas.**

# UTI Neonatal

## Assistência humanizada ao recém-nascido

Por Daniela Sartorato

O quadro de saúde do recém-nascido internado em uma UTI Neonatal pode se alterar em poucas horas devido à vulnerabilidade do sistema imunológico. Por isso, são pacientes que requerem cuidados específicos 24 horas por dia.

Como o próprio nome já diz, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é responsável por pacientes em estado de saúde delicado, que dependem de um acompanhamento constante (“intenso”). Nela, existe sempre um clima de angústia, ansiedade e preocupação por parte dos familiares, pacientes e mesmo profissionais de saúde, perante a responsabilidade e apego emocional durante os atendimentos. E quando o paciente em risco é de um bebê nos seus 28 primeiros dias de vida? **Para trabalhar em uma UTI Neonatal, o profissional de saúde precisa dispor em primeiro lugar de sensibilidade e paciência, pois está diante de um paciente que não expõe verbalmente suas dores e necessidades e pais altamente inseguros quanto ao futuro do filho recém-nascido.** “Além de prestar os cuidados e estar interada com as inovações tecnológicas, a enfermagem necessita de conhecimento teórico-prático, ser versátil, humanizada e perceber as angústias dos familiares, para trazê-los ao convívio do ambiente hospitalar”, diz Noêmia Aparecida Oliveira Barros, enfermeira responsável pela Unidade Materno-infantil do Hospital e Maternidade Dr. Cristóvão da Gama.

A equipe de enfermagem de uma UTI Neonatal tem um desafio enorme desde a entrada do recém-nascido até o momento da alta, sendo que muitas vezes o contato estabelecido vai além do ambiente hospitalar. Em muitos casos, os bebês internados precisam de um tratamento a longo prazo, após o período de internação, já que doenças frequentes, como hipotireoidismo podem levar a graves seqüelas. Mas não só

por doenças e tratamentos os familiares dos bebês retornam aos hospitais, mas também em gratidão aos profissionais. **Certamente, o ambiente das UTIs neonatais propicia um vínculo entre os profissionais da enfermagem e familiares do recém-nascido, pois é necessário um trabalho conjunto entre eles durante dias ou meses.** “Na verdade, a família toda precisa de cuidado e atenção. Facilitamos a entrada e permanência dos pais na UTI, pois para eles não existe horário de visitas. Dependendo da situação, ambos podem permanecer juntos na UTI e participar de tudo que acontece e é feito com o filho”, diz Silvia Maziero, supervisora de enfermagem da UTI Neo Pediátrica da Unidade Intensiva da SEPACO.

**Para muitos profissionais especialistas em neonatologia, estimular o relacionamento entre os pais e o recém-nascido, conhecido como tríade (mãe, pai e filho), é uma das principais dificuldades, mas essencial na recuperação.** Muitos psicanalistas enfatizam o afeto e estímulo biológico e social de um recém-nascido como fundamentais para um desenvolvimento saudável. O profissional da UTI Neonato deve estar atento da responsabilidade que tem para estabelecer a ligação tríade e a responsabilidade por um trabalho tanto técnico como emocional, a fim de garantir todas as necessidades do recém-nascido. Para Valéria Conceição Torres, enfermeira da UTI Neonatal da Materno-infantil do Hospital e Maternidade Dr. Cristóvão da Gama, **o profissional que trabalha na área deve ter muita sensibilidade** ao observar choros, demonstrações de desagrado, ajustando-se ao recém-nascido para minimizar o estresse ao qual é submetido.

“Existe uma grande dificuldade em se encontrar profissionais com o perfil para essa clientela”, diz Barros. As instituições de saúde procuram profissionais que tenham além da especialização, características particulares, como algumas citadas. “Normalmente, as instituições de saúde oferecem treinamento geral para o profissional de enfermagem recém-admitido, sendo oferecido treinamento específico da área de neonatologia na própria UTI neonatal, com os profissionais do berçário. Durante a graduação de enfermagem o enfoque é o recém-nascido normal ou de baixa com-



plexidade. Não é oferecido conhecimento e nem treinamento durante a graduação quanto a recém-nascido de alto risco”, diz Edi Toma, a enfermeira chefe do berçário anexo à maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

#### Promoção da saúde para um recém-nascido em risco

O trabalho da equipe de enfermagem em uma UTI Neonatal consiste em promover a adaptação do recém-nascido ao meio externo, com a manutenção do equilíbrio térmico (incubadora ou técnica da mãe – canguru), monitoração da quantidade de luz, som e umidade. Além de registrar os sinais vitais, providenciar a alimentação e os remédios, estimular o be-

bê e incentivar o contato com a família, entre outras responsabilidades estabelecidas em um plano de assistência.

Com a alta mortalidade nas UTIs Neonatais, os profissionais precisam ter rigor no controle das infecções hospitalares, tornando imprescindível a limpeza frequentes dos equipamentos e a higiene pessoal, com hábitos como “lavar as mãos”. O profissional deve ser, portanto, constantemente treinado para saber atuar também nesse sentido.

Segundo o Ministério de Estado da Saúde, em portaria nº 3432, de 1998, todo hospital de nível terciário, com capacidade igual ou superior a 100 leitos, deve ter no mínimo 6% dos leitos para a unidade intensiva em geral. Para unidades neonatais, o ideal é a relação de um profissional para cada dois recém-nascidos, sendo que todas precisam de um posto, uma central e uma chefia de enfermagem, com enfermeiros supervisores.

#### Especialização em Neonatologia

Atualmente, muitas universidades oferecem curso de especialização na área, com conhecimentos teóricos e práticos em disciplinas como: enfermagem neonatal e perinatal, bioética, processo de cuidar, etc. A duração do curso é geralmente de um ano. “Nos cursos de graduação de enfermagem a abordagem é mais superficial do que em outras disciplinas, é uma realidade a ser ressaltada. Há dificuldade na área de estágio para estes profissionais. **A grande chance para quem deseja trabalhar em neonatologia é a especialização**”, diz Torre.

---

**Mãe-canguru:**  
Método que possibilita o contato e troca de calor entre mãe e filho. O recém-nascido fica somente de fraldas em contato direto com a mãe. A incubadora ajuda no isolamento e manutenção da temperatura do paciente

---

# Equipe multidisciplinar presta assistência a pacientes terminais

Por Daniela Sartorato

O suporte para o paciente e sua família precisa ser humano, considerando aspectos biológicos, sociais e psicológicos, mas ao mesmo tempo deve ser rápido e realista



Aparecida Ferreira Mendes

Enfermeira Chefe da Unidade de Internação Geral do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP



Ilustração sobre foto de Jurema da Silva Herbas Palomo

**N**a assistência aos pacientes em estado terminal, os profissionais de saúde, entre eles os da enfermagem lidam constantemente com o sofrimento e com a questão que mais aflige as pessoas: a morte. Há 24 anos no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), a enfermeira Aparecida Ferreira Mendes, formada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), passou por vários setores em que acompanhou de perto pacientes em diferentes estágios para uma morte iminente. Com experiência prática, que vai da assistência ambulatorial à UTI, e por meio de muitos estudos, Mendes se especializou profissionalmente também em assistir pacientes em estado de saúde crítico. Atualmente, é enfermeira chefe da Unidade de Internação Geral Convênios e Particulares, em trabalho com uma equipe multidisciplinar.

### Como e quando começou a trabalhar com pacientes em estágio terminal?

Em 1998. Estávamos iniciando a prestação do cuidado integral embasado na SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem). À medida em que a compreensão de prestação desses cuidados foi se consolidando, percebemos que os familiares passaram a nos procurar mais para discutir as situações clínicas e a qualidade de vida de seus parentes. Então, por várias vezes, fomos o elo de ligação entre os familiares e o médico.

### Como se organiza o trabalho que prepara tanto o paciente como a família para uma morte iminente?

Baseado em valores humanitários a equipe multidisciplinar se une para promover o atendimento mais rápido e eficiente possível para pacientes institucionalizados no InCor. O diagnóstico é efetivado pelos médicos após a verificação dos exames. Após estabilização do estado agravado do paciente, os familiares são informados. No relacionamento com a família, devemos ser serenos e oferecer todo o cuidado necessário. O trabalho é organizado de maneira a proporcionar dignidade, deixando sempre uma porta aberta para a esperança. Existe um profundo respeito ao paciente e reverência à vida humana.

### Como é abordado o estado de saúde com o paciente nesses casos?

Geralmente o esclarecimento do diagnóstico é realizado pelo médico e informado à família e à equipe de enfermagem. O melhor caminho para uma relação de confiança é o médico ser a linha de frente no que diz respeito ao diagnóstico e prognóstico, pois isto define o futuro da relação. A abordagem da enfermagem se dá por meio do cuidado prestado com responsabilidade, buscando o aprimoramento constante na relação Profissional-Paciente e fazendo uso da comunicação verbal e não verbal e da escrita, caso seja necessário (paciente traqueostomizado, por exemplo). Dar más notícias a um paciente ou familiar continua sendo uma parte difícil e especial do trabalho do profissional de saúde. E nós nos comunicamos com o paciente partindo de alguns princí-

pios, como: avaliar o estado emocional e psicológico, usar uma linguagem clara e simples, expressar tristeza pela dor, ser mais humanitário e realista, evitando a tentação de minimizar o problema, mas sem tirar suas esperanças, verificar como o paciente se sente depois de receber as notícias; reassegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver, e assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas.

### E com a família?

A expectativa que a família tem é que alguém dê uma certeza. É justamente por ser uma situação crítica que ela precisa de cuidados constantes. A família é conduzida em um ambiente acolhedor, muitas vezes fora do quarto do paciente, para que a equipe de enfermagem possa ter uma conversa esclarecedora sobre a situação do mesmo. O cuidado de enfermagem é o ponto-chave, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no paciente.

### É muito difícil não se envolver emocionalmente com o paciente durante a assistência?

O sofrimento humano sempre existiu e não vai desaparecer, não depende da evolução tecnológica. A boa abordagem profissional vai depender da sua própria capacidade de compreender a dor do paciente, respeitando-a. Na medida em que a dor do paciente encontra um nicho aquecido na vivência do profissional, ali se aninha e se conforta. Então o profissional orienta-o quanto ao passo seguinte, quando o tempo está realmente contado e a pessoa vai falecer em breve. É a fase na qual o paciente prefere a solidão, o pouco contato.

### Para um trabalho tão delicado, em contato constante com a morte, é preciso fazer algum treinamento ou acompanhamento psicológico?

A Coordenação de Enfermagem desenvolve 15 projetos, sendo um deles o de “Morte Humanizada” que tem o objetivo de fornecer suporte hospitalar para família e paciente fora das possibilidades terapêuticas e preparar a equipe para enfrentar esta passagem ao lado do paciente. O profissional da equipe, caso sinta necessidade, pode

ser encaminhado ao Serviço de Gestão de Ecossistema Hospitalar para psicoterapia visando a troca de experiências. Devemos lembrar que vivemos em uma sociedade que se caracteriza por uma obsessiva negação à morte.

### Existe algum procedimento que seja proibido ou alguma recomendação durante o acompanhamento de doentes terminais?

A recomendação que observamos consiste em atender solicitações como: visita de pessoas queridas, líder espiritual, alimentos desejados e permitidos, manter conforto físico, ambiente, repousante e aconchegante junto aos familiares.

### A senhora acha que as funções de trabalho dentro dessa equipe multidisciplinar muitas vezes se confundem por causa do contato “próximo” com o paciente?

Não. A equipe multidisciplinar é aquela equipe envolvida nos esforços para cuidar com dignidade do paciente, considerando-o nos seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Considera-se importante o conhecimento de cada profissional que favorece um diálogo permanente, incluindo questionamentos[...] No entanto compartilhar experiências de outras disciplinas exige esforço para admitir os próprios limites e reconhecer a necessidade de superar os obstáculos insolúveis derivados da própria prática.

### De que forma a senhora cuida da Equipe de Enfermagem que atua na prestação de cuidados a pacientes terminais?

Para minimizar o desgaste emocional de cada profissional, a Enfermeira Chefe deve estar atenta aos pequenos sinais, as pequenas perdas. Cabe aos profissionais de enfermagem preservar seus cuidados pessoais como: exercícios, alimentação e sono adequado, ter interesses alternativos como hobby e lazer e quando sentir necessidade, solicitar ajuda. Criar mecanismo preventivo: dispor de tempo para a equipe discutir as dificuldades, manifestar seus sentimentos num ambiente acolhedor em que se ofereça apoio, incluindo informações e orientações regulares sobre luto, tanto para a equipe como para os demais colaboradores.

# O poder de suas mãos

Uma pesquisa realizada pelo Ministério Público, em 1994, com 99 hospitais terciários vinculados ao Sistema Único de Saúde, localizados nas capitais brasileiras, registrou 15,5% de infecções-hospitalares

O controle das infecções hospitalares é um indicador da qualidade de serviços prestados ao paciente. É preciso saber reconhecer as infecções mesmo depois da alta hospitalar

Com o simples procedimento da lavagem de mãos, um verdadeiro milagre surge na redução das infecções hospitalares. As instituições de saúde são uma porta de entrada para fungos, bactérias, vírus e outros microorganismos, já que recebem pacientes com as mais diferentes patologias, portanto, todos os cuidados com a higiene são imprescindíveis, principalmente por parte dos profissionais da saúde. “Existe um estudo citando que um terço ou metade das infecções hospitalares podem ser prevenidas”, diz o Dr. Antonio Tadeu Fernandes, coordenador do curso de pós-gra-

duação em gestão e controle de infecção hospitalar da Faculdade Hoyer e responsável pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) do hospital do SEPACO. Os profissionais de saúde muitas vezes não se dão conta da responsabilidade e poder que têm no controle das infecções-hospitalares por meio de importantes hábitos, como a higienização das mãos. Em contato com pacientes, equipamentos e fluídos contaminados, as mãos podem funcionar como verdadeiras pontes para os invisíveis microorganismos causadores das infecções por vias exógenas (externas).

Em grande contato com o paciente, os profissionais da enfermagem precisam estar atentos em lavar as mãos a cada assistência. Alguns tipos de bactérias resistentes sobrevivem por um longo período nas mãos, criando uma flora perigosa tanto para a saúde do próprio profissional como dos pacientes, que na maioria das vezes, estão propensos a doenças devido à baixa resistência. Embora esse simples ato preventivo seja uma medida abordada na maioria dos





## Saiba mais sobre alguns antissépticos

**Álcool gel: Álcool (60% a 90%):** etílico, n-propílico e isopropílico

**Glicerina (2%)** para minimizar o ressecamento da pele

Proteção: Ação contra gram positivos, gram negativos, bacilo de tuberculose, fungos e vírus (HBV, HIV e RSV), não esporicida.

**Gluconato de Clorhexidina :** Tipo de sabão que protege contra gram positivo, gram negativos, bacilo de tuberculose, fungos e vírus (HBV, HIV CMV, e influenza)

**Iodo e iodóforos:** Produto mais utilizado do grupo é iodo + polivinilpirrolidona iodo (PVPI). Gram positivos, gram negativos, fungos, vírus, bacilo da tuberculose e esporos.

curso de enfermagem, muitos profissionais não o realizam como deveriam por motivos como: falta de estímulo ou estrutura no local de trabalho, sobrecarga de tarefas que fazem com que o profissional esqueça de realizá-lo ou mesmo por causa das microfissuras decorrentes da lavagem sistemática.

### Um marco preventivo

Na linha do tempo das medidas preventivas no sistema de saúde, o médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweiss ficou conhecido por ter instituído o mecanismo da “higiene das mãos” nos trabalhos desenvolvidos pela sua equipe, no século XIX. Percebeu que parturientes contraíam febre puerperal, que acarretava em muitas mortes, após serem examinadas por estudantes de medicina que também realizavam autópsias. “A lavagem de mãos é tradicionalmente o ato mais importante para a prevenção e o controle das infecções hospitalares”, diz a infectologista Raquel Muarrek Garcia, que trabalha SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) do Hospital da Sepaco. Alguns estudos apontam para uma redução de 12,24% para 3,04% de mortes no primeiro ano em que Semmelweiss adotou a medida, e a 1,27% ao término do segundo ano.

### Novas técnicas: álcool gel

Com o intuito de aumentar os cuidados com as mãos, muitas instituições e profissionais da saúde têm estimulado o uso de produtos a base de álcool como opção de antisepsia. Como muitos profissionais reclamam do tempo gasto ou que esquecem de realizar a lavagem convencional a cada atendimento, o álcool gel passou a ser muito utilizado. “O gel é prático. Dependendo da qualidade do sabão, pode irritar as mãos. O gel tem melhores propriedades cosméticas, melhor aderência”, diz Fernandes.

No entanto, mesmo com a importância de produtos práticos como o álcool gel, que dispensa água e toalha pela secagem instantânea, muitos profissionais afirmam que a técnica ainda não foi totalmente aprovada para substituir a lavagem convencional, feita com água e sabão, geralmente clorhexidina ou PVPI (polivinilpirrolidona iodo). “O uso deste

tipo de produto sem a lavagem de mãos é ainda bastante discutida em nosso meio, embora indicada no manual de lavagem de mãos do Ministério da Saúde do Brasil. Um dos motivos de tal discussão é exemplificado em estudos como o feito na Noruega onde ficou demonstrada que ainda existia crescimento de microorganismos de mãos contaminadas com 104 microorganismos, e utilizado apenas álcool. Com este tipo de trabalho, adicionado a outros que demonstram a inefetividade de alguns germicidas a microorganismos resistentes, a questão continua a ser discutida”, diz Garcia. Muitos acreditam que o gel é uma boa alternativa à falta do sabão ou mesmo como complemento da lavagem convencional. “Muitos tem sido os novos trabalhos indicando este produto [álcool gel]”, lembra Garcia. **Para ela, é fundamental a orientação conjunta sobre a lavagem de mãos, técnicas assépticas e uso correto das luvas, além de considerar a intensidade do contato com o pacientes** ou fômites, ou seja, o grau de contaminação e qual assistência será realizada.

### Flora transitória:

microorganismos isolados ocasionalmente na pele. Removidos rapidamente com lavagem comum ou anti-sepsia das mãos. Exemplo: alguns gram-negativos, como *Escherichia Coli*.

### Flora residente:

Microorganismos isolados na pele da maioria das pessoas de difícil remoção. Exige uma fricção mais rigorosa durante a lavagem das mãos. Exemplo: *Staphylococcus coagulase-negativos*, *Corynebacterium sp*, *Acinetobacter sp*, *Propionibacterium* e alguns membros da família *Enterobacteriaceae*.



# A última fronteira

Como os  
profissionais de  
enfermagem  
lidam com a  
morte de seus  
pacientes

Por João Marinho

“O medo da morte no Homem é universal”  
*Kubler-Ross*

A primeira reação das pessoas quando fomos aprovar a pauta da matéria de capa da edição 58 desta revista foi de surpresa. “É impressionante como, mesmo no ambiente onde a morte é algo que constantemente ocorre, ainda haja, entre os profissionais, aqueles que não se sentem à vontade ou não querem falar a respeito.” Anos atrás tivemos acesso a uma reportagem sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia (veja quadro “Boa morte?”) em que um médico dizia que os profissionais de medicina não eram preparados para lidar com a morte de seus pacientes.

## Uma falha global

“Não há preparação. Na faculdade, há aulas sobre a morte e o morrer, mas ninguém sai preparado para lidar com isso no trabalho”, diz a Dra. Iraci Nunes da Silva, enfermeira do setor de oncologia do Hospital Samaritano, em São Paulo.

Para a enfermeira Dra. Juliana Cardeal da Costa Zorzo, autora da tese de mestrado *O Processo de Morte e Morrer da Criança e do Adolescente: Vivências dos Profissionais de Enfermagem*, “muitos docentes não estão preparados para trabalhar com o assunto”.

Entretanto, mais do que uma “simples” deficiência dos cursos de enfermagem, a situação faz eco à maneira pela qual a morte é encarada em nossa sociedade.

## O maior dos medos

A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross é uma das maiores especialistas do mundo em terapia de doentes terminais. Em 1965, iniciou em Chicago, Estados Unidos, um projeto que consistia em entrevistar pacientes desenganados, nos quais também nos inspiramos para escrever esta matéria. As experiências foram reunidas no livro *Sobre a Morte e o Morrer* (Ed. Martins Fontes, 1998).

Segundo Kübler-Ross, o medo da morte no Homem é universal. A psiquiatra observa que isso se relaciona ao fato de que, em nosso inconsciente, não conseguimos conceber um fim real para a vida – que, se tiver um fim, será forçosamente por conta de algo maligno, fora de nosso alcance.

Em seu livro *Morte e Desenvolvimento Humano* (Ed. Casa do Psicólogo, 1992), a psicóloga Maria Júlia Kovács, citando o autor Robert Kastenbaum, diz que cada um de nós, ao pensarmos em

nossa própria morte, podemos relacioná-la a um dos seguintes aspectos:

- Medo de morrer: quanto à própria morte, medo do sofrimento e da falta de dignidade; quanto à morte do outro, sentimentos de impotência;

- Medo do que vem após a morte: quanto à própria morte, medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição; quanto à morte do outro, da retaliação e da perda da relação;

- Medo da extinção: quanto à própria morte, a ameaça do desconhecido, o medo básico de não ser; quanto à morte do outro, a vulnerabilidade causada pela sensação do abandono;

Há, porém, estudiosos que relacionam outras dimensões de medo. A Escala Multidimensional para Medir o Medo da Morte (EMMM), utilizada pela própria Maria Júlia, relaciona oito dimensões, que incluem medo dos mortos, da morte consciente e da morte prematura, entre outros.

No artigo “Origens do Medo da Morte”, os psicoterapeutas Celso Fortes de Almeida e Maria Fernanda C. Nascimento afirmam que o medo da morte começa a se instalar antes dos seis meses de idade, quando qualquer ameaça à vida física é percebida como ameaça de morte. Daí em diante, e ao longo da infância, ocorre a experimentação dos sentimentos e das emoções e o medo do abandono e da rejeição. É a “morte emocional”.

Embora não necessariamente concorde com a instalação tão prematura do medo da morte – Almeida e Nascimento chegam a situá-la na vida intra-uterina –, Kovács aceita que o abandono, a rejeição e a ausência sejam experimentados como morte durante a infância, o que reforça a tese dos estudiosos Herman Feifel e V. T. Nagy de que todos os nossos medos estão relacionados a esse medo maior.

## BOA MORTE?

Com o conceito de dignidade aplicado à morte, a *eutanásia* torna-se um dos temas mais polêmicos em nossos dias.

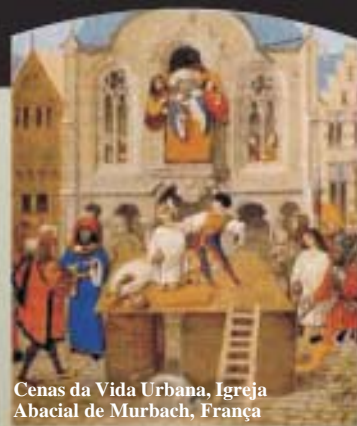
A origem da palavra, proposta por Francis Bacon em 1623, é grega e significa “boa morte” ou “morte apropriada” mas, grosso modo, atualmente se entende *eutanásia* como o ato deliberado de causar a morte de alguém em sofrimento *eutanásia ativa*. Na Holanda, a *eutanásia* ficou em experimentação por 17 anos, entre 1983 e 2000, e atualmente se encontra legalizada.

Existe, porém, a *eutanásia passiva*, caracterizada pela omissão de uma terapia indicada em certa situação, também causando a morte do paciente.

Essa *eutanásia*, que tende a ser mais aceita, pode ser confundida com outro conceito, difundido mais recentemente: a *ortotanásia*, entendida como a aplicação de cuidados paliativos ao paciente em estado irreversível, com a suspensão de procedimentos que prolongariam a vida desnecessariamente e em sofrimento.

A *ortotanásia* se opõe à *distansia*, morte lenta e sofrida, a que muitas vezes são submetidos os pacientes de profissionais de saúde com *obstinação terapêutica*.

A maior parte de nossos entrevistados se mostrou contra a *eutanásia* e a favor da *ortotanásia*, mas Marcos de Almeida, professor de bioética da Unifesp/EPM, lança uma pergunta desafiadora em seu artigo “Porque a *eutanásia*”: existe realmente diferença moral entre provocar a morte por meio de um ato positivo ou por omissão? E, se levarmos em conta que, para controlar dores intensas, são necessários analgésicos cuja toxicidade abrevia a vida, um efeito colateral sabido e, portanto, característico de um dolo?



Cenas da Vida Urbana, Igreja Abacial de Murbach, França

**Idade Média:** a morte era domada.

O morrer era vivenciado em público e no seio da família, e a comunidade tomava parte. A morte súbita e longe do lar era temida e desonrosa. O doente iniciava seu processo de despedida que, com o tempo, passou a incluir o testamento. O luto era selvagem, com manifestações abertas de desespero que gradativamente se tornaram comedidas a partir do século X;

De toda forma, conclui Kovács, o medo da morte tem um lado vital, que é a expressão do instinto de autoconservação. Por isso, deve estar presente, mas se for muito potente e restritivo, pode ser letal.

## Mortos e fracassados

O medo da morte é universal, mas as maneiras pelas quais vivenciamos essa relação são culturais. Assim, no Ocidente, a morte progressivamente deixou de ser um evento público para virar um tabu (veja quadro “Um fenômeno ocidental”).

Parte do aspecto público da morte se manteve até o início do século XX. “Quando eu era menino, a morte de alguém na família ou na cidade era um acontecimento. Todos iam ver o moribundo [...]. Havia muita bebedeira, comilança e choro”, conta Onaldo Alves Pereira, teólogo formado no Bethany Theological Seminary de Oak Brook, Estados Unidos, e especialista em religiões não-cristãs minoritárias e religiões brasileiras.

Entretanto, ao longo do século passado, a morte se tornou vergonhosa. Com o desenvolvimento da medicina, ela ocorre fora do lar, institucionalizada (nos hospitais) e sob “supervisão” de profissionais da saúde. Passa a ser um fenômeno a esconder e sobre o qual não convém falar ou pensar.

“Ela passa a simbolizar o fracasso [...]. Queremos que a morte ‘passe rapidinho’ e tentamos reduzi-la a um acontecimento menor.

É o que fazemos quando morre, por exemplo, o pai de uma amiga e vamos lá ‘dar uma passadinha’”, explica a psicóloga Maria Helena Pereira Franco, coordenadora do LELu – Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto, da PUC-SP.

## Laços de família

O impacto é decisivo na área da Saúde: a morte de um paciente também é vista como um fracasso do profissional, e o medo

desse fracasso pode levar ao uso de terapias fúteis, que causam, inclusive, mais sofrimento físico e/ou psíquico ao doente (distanásia), que, muitas vezes, sequer é consultado.

Em relação à enfermagem, Maria Júlia Kovács considera que os cursos tendem a focalizar os aspectos técnicos e práticos, com pouco espaço para discussões sobre o emocional. Isso causa uma grande dificuldade para os profissionais de enfermagem, já que, via de regra, são eles que

O profissional de enfermagem precisa cultivar a percepção da individualidade dos pacientes, respeitar sua dor, suas crenças, procurar entender a fase em que se encontram e os sinais verbais e não-verbais para auxiliá-los e a seus familiares

mantêm um relacionamento mais estreito com os pacientes e sua família. Forma-se um vínculo afetivo, especialmente com aqueles que passam por longos períodos de tratamento. “É inevitável. Eu mesma cheguei a acompanhar o mesmo paciente em diferentes internações durante 10 anos. Impossível não estabelecer um vínculo”, diz a enfermeira Dra. Rosely Moralez de Figueiredo, ao relatar sua experiência de 13 anos com pacientes HIV+.

## Um fenômeno ocidental

As mudanças na relação com a morte da Idade Média aos dias atuais



Cristo Morto, de Andre Mantegna, Pinacoteca de Brera, Milão, séc. XV



Enterro de St Lucy, de Caravaggio, Museu de Bellamo, Sinacusa, 1608

**Séculos XV e XVI:** a crença na vida após a morte ganha proeminência, e a morte progressivamente se individualiza e se restringe ao ambiente familiar. Valorizam-se o seu adiantamento e os bens materiais. O corpo é escondido em caixões de madeira;

**Séculos XVII e XVIII:** o crescimento industrial e populacional traz novas alterações. Ser enterrado vivo passa a ser o grande medo e aparecem rituais, como o velório (inicialmente, de dois

dias), para atrasar o enterro até se ter certeza da morte, com o início da decomposição. Surge a presença marcante do médico. O luto fica mais impessoal;



Enterro em Ornans, de Gustavo Courbet, Museu do Louvre, Paris, 1849

**Século XIX:** advento do Romantismo e do espiritismo. A morte é romântica, vista como repouso, por vezes até desejada. Espera-se reencontrar as pessoas amadas no além. O maior medo é das almas que perturbam os vivos. Surgem rituais populares para afastá-las, como acender velas e jogar sal;

**Séculos XX e XXI:** O sistema capitalista, centrado na produção e consumo, torna a morte algo indesejável e a se esconder a pessoa morta não pode mais produzir, é o fracasso.

Os rituais evidenciam esse novo modo de pensar, como a prática de transportar os mortos em sacos plásticos. Espera-se que o luto dure o menor tempo possível, e a morte rápida e súbita passa a ser a ideal.



A Persistência da Memória, de Salvador Dalí, Museu de Arte Moderna, Nova York, 1931

## Luto e enfermagem

Para a enfermeira Dra. Luciana de Lione Melo, autora da tese de mestrado “A Vida que Insiste em Lembrar a Morte: Vivências de uma Criança com Câncer em Iminência de Morte”, o vínculo entre profissional e paciente é positivo e “estende-se a todas as áreas, independente de cuidarmos de crianças, adultos ou idosos”.

É certo, porém, que o rompimento faz sofrer o profissional de enfermagem, que pode, inclusive, entrar em processo de luto.

A função do luto, segundo a Dra. Maria Helena Pereira, “é dar tempo para que a pessoa construa o significado daquela perda para si, visando a uma mudança”. Portanto, “o profissional de enfermagem precisa reconhecer que o processo de luto é normal, pois ele surge em resposta à situação de perda”, diz a Dra. Juliana Cardeal.

De maneira geral, mortes abruptas de pacientes com quem já se estabeleceu o vínculo e têm expectativa de cura e/ou de pacientes muito jovens são as mais difíceis de lidar. “A primeira paciente que perdi era uma garota de 20 anos, que tinha leucemia. A doença estava em remissão, mas, por causa do sistema imunológico debilitado, houve uma infecção, e nós a perdemos em 24 horas. Me senti impotente”, conta a Dra. Iraci Nunes.

Para a Dra. Luciana, “é essencial que o profissional manifeste as reações de luto: choro, tristeza, pesar, vontade de falar sobre o acontecimento, revolta”. Entretanto, o que ela tem observado “é que o profissional se esforça para não chorar, não gosta de falar sobre o assunto. Dessa forma, não viven-

cia o processo de luto saudável, podendo até manifestar doenças físicas e/ou emocionais”.

O envolvimento excessivo, por sua vez, também é prejudicial. Nos casos mais graves, degenera em um estado de luto crônico ou na Síndrome de Burnout, desordem psíquica que pode ter implicações físicas e se manifesta pela exaustão emocional e por sentimentos e atitude negativas, como depressão, dificuldades de relacionamento e uma aparente insensibilidade afetiva.

Para evitar essas armadilhas, a sugestão da Dra. Rosely é a auto-reflexão. “Quando o profissional ajuda o paciente a prosseguir, ajuda-o a fazer por si, toma consciência do seu papel fundamental, mas limitado, e inicia uma reflexão sobre nossa existência. É essa consciência que dará os limites”.

Não é tarefa fácil, pois, além do problema da formação, o profissional também não costuma ter apoio em seu trabalho, salvo o dos colegas.

A saída pode ser buscar ajuda psicológica, grupos de apoio ou cursos. Há iniciativas promissoras. A Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do NUREKRI – Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross I, tem abordado a temática da morte. No Hospital Samaritano, está em implantação o Client Care, projeto que, com a equipe de oncologia, trabalhará a questão do cuidado de pacientes graves.

## (A)o lado do paciente

E qual deve ser a conduta com o paciente? A resposta é dada por Elisabeth Kübler-Ross: vê-lo como ser humano,

### Por que o preto?



No Ocidente, o costume de usar preto simbolizando o luto vem do paganismo, mas, na sua origem, essa cor não tinha nada a ver com piedade, demonstrações de tristeza ou respeito, mas com o horror frente aos mortos. O preto era um disfarce: acreditava-se que o morto não reconheceria o vivo para caçá-lo e buscá-lo. O preto, entretanto, não é a única cor de luto: também se usam o branco, o amarelo e o violeta.

Fonte: “Morte e Desenvolvimento Humano”, M. J. Kovács, Casa do Psicólogo, 1992

## A morte em outras culturas



**Bali, Indonésia:** comemora-se o Ngaben, grande cerimônia de cremação que só

pode ser realizada em um dia propício. Às vezes, o dia propício pode ocorrer anos após a morte, tempo em que o corpo é temporariamente enterrado. No dia do Ngaben, o corpo é levado para o local da cremação em uma procissão colorida e festiva. Lá, será devolvido aos cinco elementos originais: terra, água, fogo, ar e éter. O trajeto, porém, é bem complicado: o corpo não pode ser levado diretamente para que a alma não se lembre do caminho de casa e possa aborrecer os vivos.



**Índios norte-americanos:** para a maioria dos povos, os seres humanos possuem um ou

mais espíritos ou almas que deixam o corpo quando a pessoa morre. Para ajudar a alma em sua jornada, era comum incluir várias coisas ao enterrar o corpo, geralmente objetos que o morto possuía. Em muitas comunidades, a alma não seria liberada enquanto não se fizesse uma grande festa. De modo geral, consideravam-se os mortos potencialmente perigosos, especialmente os que sofriam certos tipos de morte, o que ensejava práticas e rituais para manter os espíritos calmos.



**Japão:** as práticas do budismo e do xintoísmo são bastante similares. Lava-se o corpo e

fecham-se os orifícios com gaze ou algodão. Em seguida, é vestido com terno ou um quimono amarrado na

respeitar sua individualidade e ter em mente que ele tem direito a morrer com dignidade. Raciocínio semelhante se estende aos familiares. “O profissional deve ser solidário. Até mesmo chorar junto, se sentir essa emoção”, pondera a Dra. Maria Filomena Ceolim, enfermeira que trabalha com idosos há 15 anos.

Kübler-Ross aponta cinco fases pelas quais o paciente terminal passa:

1. Negação e isolamento: manifesta pela expressão “não pode ser comigo”. Às vezes, resulta em visitas a vários médicos, na esperança de que o diagnóstico seja falso;
2. Raiva: não sendo mais possível negar a doença, a reação passa a ser de revolta, ressentimento e inveja de outras pessoas.
3. Barganha: o paciente adota a estratégia de fazer “acordos” e promessas, geralmente com alguma força superior, para adiar a morte.
4. Depressão: sobrevém o sentimento de perda dos objetos e pessoas amadas. É preciso diferenciar essa etapa, que é a elaboração de um luto por perdas já vividas, da depressão ligada a uma reação contra a doença.
5. Aceitação: o paciente aceita a morte e, depois de se despedir, inicia o processo de desligamento do mundo, com serenidade. Também é preciso diferenciar essa etapa de uma desistência precoce.

Nem todos passam por todas as fases. A própria Klüber-Ross diz que há pacientes que nunca chegam à aceitação. Os familiares, por sua vez, também enfrentam os estágios – e, em

alguns deles, necessitam de mais apoio que o doente. É o que acontece nas duas últimas fases, quando tendem a não entender a atitude do paciente.

Maria Júlia Kovács, recorrendo a outros autores, considera que a religião pode ajudar, à medida que atenua o medo pela certeza do que virá depois. Pessoas muito religiosas costumam ter menos medo da morte do que as mais ou menos religiosas, embora a lógica também funcione do lado oposto: a certeza dos ateístas também tem efeito atenuante.

O profissional de enfermagem precisa cultivar a percepção da individualidade dos pacientes, respeitar sua dor, suas crenças, procurar entender a fase em que se encontram e os sinais verbais e não-verbais para auxiliá-los e a seus familiares.

É preciso, enfim, ouvi-los, mostrar-se disponível e deixar de ver a morte como tabu. Nas palavras de Iraci Nunes da Silva, “quando saímos da faculdade, temos a crença de que cuidamos do paciente para curá-lo. Aprendi que nosso papel é acompanhá-lo na trajetória, independentemente de qual seja o fim”.

#### Entrevistados

Iraci Nunes da Silva, enfermeira graduada no Hospital Albert Einstein, especialista em cancerologia. Atua há 10 anos na área de oncologia e atualmente é enfermeira do Hospital Samaritano, em São Paulo.

Juliana Cardeal da Costa Zorzo, enfermeira formada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e mestre pelo Departamento Matemático-Infantil e Saúde Pública pela mesma escola. Atualmente, é enfermeira encarregada de tumor na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e docente na Uniarua (Universidade de Araraquara), nas disciplinas de pediatria.

Luciane Lime Melo, enfermeira formada pela EERP/USP, mestre em psicologia pela USP, doutora em enfermagem pela EERP/USP. Atualmente, é professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, na subárea de Enfermagem Pediátrica.

Maria Filomena Ceolim, enfermeira formada pela Unicamp, mestre e doutora em enfermagem pela EERP/USP. Trabalha na área de enfermagem geriátrica e gerontológica e atualmente, é professora do Departamento de Enfermagem da Unicamp.

Maria Helena Pereira Franco, psicóloga, mestre e doutora pelo Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP, pós-doutorada pela Universidade de Londres. É professora titular na PUC-SP, professorado curso de especialização em psico-oncologia do Instituto Sedes Sapientiae, fundadora e coordenadora do LELu da PUC-SP e co-fundadora, professora e supervisora de 4 Estações Instituto de Psicologia.

Onaldo Alves Pereira, teólogo formado no Bethany Theological Seminary de Oak Brook, Illinois (EUA), especialista em religiões não-cristãs minoritárias e religiões brasileiras. Foi atendente de enfermagem entre 1980-1983 e atualmente é assessor sindical e atua em miliciania nas áreas de fitoterapia, radiodifusão comunitária, político-partidária e de sexualidade. Rosely Moralez de Figueiredo, mestre e doutora em saúde mental pela Unicamp, onde trabalhou por 13 anos com doentes de Aids. Atualmente, é professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

#### Fontes escritas consultadas

ALMEIDA, Celso F. F. e NASCIMENTO, Maria Fernanda C. O. *Origens do Medo da Morte*. Celso F. F. (site pessoal). Disponível em <http://celsofortes.sites.uol.com.br/tanato.htm>

ALMEIDA, Marcos de. *Porque a morte não é o fim?* Disponível em [www.tema.com.br/istoegente/294/saude/](http://www.tema.com.br/istoegente/294/saude/)

BUENO, Eva P. *Ngaben ou Pelkon? A festa da morte em Bali*. Revista Espaço Acadêmico, n. 30, nov. 2003. Disponível em [www.espacoacademico.com.br/030/bueno.htm](http://www.espacoacademico.com.br/030/bueno.htm)

FANTÁSTICO (Rede Globo edição 04/09/2005). *Questão de ética e polêmica*. Disponível em <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/Fantastico/0,,AA1028570-4005-351209-0-04092005/0.html>

FANTÁSTICO (Rede Globo edição 04/09/2005). *Apontando especialistas*. Disponível em <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/Fantastico/0,,AA1028572-4005-351209-0-04092005/0.html>

FRANCISCONI, Cibes F. e GOLDIM, José Roberto. *Práticas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer*. Bioética-UFRGS, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em [www.bioetica.ufrgs.br/morteres.htm](http://www.bioetica.ufrgs.br/morteres.htm)

HOEGHLY, Práticas funerárias nos Estados Unidos. Revista Espaço Acadêmico, n. 30, nov. 2003. Disponível em [www.espacoacademico.com.br/030/hog.htm](http://www.espacoacademico.com.br/030/hog.htm)

KEYES, Grace. *Omundo dos espíritos e práticas mortuárias dos índios norteamericanos*. Revista Espaço Acadêmico, n. 30, nov. 2003. Disponível em [www.espacoacademico.com.br/030/30keyes.htm](http://www.espacoacademico.com.br/030/30keyes.htm)

KLÜBER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casado Psicólogo, 1992.

MARINHO, João. *Força Controlada*. Revista COREN-SP São Paulo, ed. 51, p. 07-11, mai-jun. 2004.

MELO, Luciane Lime e VALLE, Elizabeth R. M. *“Atingida com câncer em início de morte: revisão da literatura”*. Hospital do Câncer ACCA mago (site). Disponível em [www.hzanc.org.br/acta/2004/acta04\\_20.html](http://www.hzanc.org.br/acta/2004/acta04_20.html)

SELMAN, Natasha. *Um papalvade adas? Práticas budistas e xintoístas no Japão*. Revista Espaço Acadêmico, n. 30, nov. 2003. Disponível em [www.espacoacademico.com.br/030/30selman.htm](http://www.espacoacademico.com.br/030/30selman.htm)

ZORZO, Juliana C. da Costa. *O processo de morte e o morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem*. Ribeirão Preto: USP (EERP), 2004.

parte de trás. O corpo é posto em gelo seco e vários objetos são colocados juntos no caixão. Os arranjos funerários são governados pela tradição japonesa do *rokuyou*, a lista dos dias de sorte e os de azar. Há velório e oferta de dinheiro por condolências. O funeral, especialmente nas áreas urbanas, termina quase sempre em cremação.

**Estados Unidos:** após a morte, o corpo é diretamente levado à casa funerária, onde é embalsamado, vestido e maquiado. É posto num caixão e exposto num salão decorado. Estabelece-se um horário de visita, inclusive para os parentes que prestam o último adeus. Posteriormente, o corpo é enviado ao cemitério ou ao crematório.





# Valorização do papel da Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem

Parecer técnico reforça a importância das Sociedades de Especialistas em Enfermagem em selecionar profissionais capacitados para o mercado de trabalho

O Ministério da Saúde reconheceu que por meio da Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE), uma entidade que congrega diversas Sociedades de Especialistas em Enfermagem, poderá garantir a prestação de serviços especializados em enfermagem. A medida leva em conta que os profissionais precisam comprovar experiência e cursos de especialização nas áreas atuantes para fazer parte da Academia, com um número significativo de pesquisas científicas.

A representação da ABESE, a princípio, será nas Câmaras Técnicas de Nefrologia, de Assistência Cardiovascular e da Assistência Traumatológica-Ortopédica, com o parecer técnico de nº 194, expedido pelo Ministério da Saúde em 14 de julho de 2005.

A presidente da ABESE, Ruth Miranda, autora da solicitação de reavaliação do disposto nas portarias SAS/MS nº 398, nº 399 e nº 400, de 30 de agosto de 2004, comemorou a decisão, pois tem “a inclusão de representantes das Sociedades de Especialistas nas Câmaras Técnicas” como uma importante conquista. “Este é o primeiro passo para que as Sociedades de Especialistas sejam reconhecidas e respeitadas pelos órgãos públicos. É importante ressaltar, também, a responsabilidade que isso implica para cada uma das



academia  
**abese**  
brasileira  
de especialistas  
em enfermagem

sociedades”, afirma a presidente Ruth Miranda.

A medida é de suma importância para a garantia da assistência de enfermagem à população nos diversos níveis de complexidade, já que são áreas onde o profissional generalista poderia apresentar grandes dificuldades de atuação. “Esperamos que assim como a Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Especialistas em Traumatologia-Ortopedia e a Sociedade Brasileira de Nefrologia, consigamos em breve a inserção de outras Sociedades”, diz a presidente.

O Ministério da Saúde busca melhorar o atendimento aos pacientes, nos diferentes níveis de complexidade, com uma equipe de profissionais qualificada e multidisciplinar. É com esse objetivo que o parecer técnico nº 194 enfatiza o papel das Sociedades de Especialistas.



# Congresso de enfermeiros especialistas destaca a humanização

Por Mônica Farias

A Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE), entidade que reúne sociedades de enfermeiros especialistas, realizou entre os dias 21 e 23 de setembro o 3º Congresso Brasileiro de Especialistas em Enfermagem. Pautada pelo tema central “Do sacerdócio à especialização, sem perder o humanismo” a programação científica debateu temas voltados para a educação em enfermagem, prática profissional, saúde do trabalhador de enfermagem, legislação e novas tecnologias.

A presidente da ABESE, Ruth Miranda, justificou a escolha do tema central do congresso na enfermagem especialista exercida de modo a não perder seu norte no humanismo por existir o temor de que a especialização na enfermagem possa “virar do avesso o conceito histórico da enfermagem como sacerdócio, empurrando-o ao extremo oposto da frieza, da mecanicidade, da impessoalidade”.

A conferência de abertura contou com a participação do jornalista Gilberto Dimenstein. Conhecido por suas ações e iniciativas de cunho social, atuando, entre outras atividades, como membro da comissão executiva do pacto da Criança da Unicef, ele é membro do Conselho Editorial do jornal Folha de São Paulo e autor de livros como Meninas da Noite e O Aprendiz do Futuro. Seu envolvimento e experiência em questões de cunho social motivaram a diretoria da ABESE a convidá-lo para relatar sua experiência, traçando um paralelo entre o humano do trabalho que desenvolve e o humanismo vital ao profissional especialista enfermagem.

Durante uma hora Dimenstein compartilhou exemplos e situações de sua vida profissional e de sua atuação em projetos, como o Aprendiz, organização não-governamental, que visa disseminar a proposta de tecnologia social, de educação comunitária, que é realizada no “bairro-escola” paulistano da Vila Madalena há oito anos. Destacou, em cada uma das experiências descritas, a paixão como fator imprescindível para o resgate do que é humano na realização de um projeto, no desempenho de uma atividade pessoal ou profissional.



Foto: Simone Reinaldo

Gilberto Dimenstein, jornalista, conferencista do 3º CABESE e Ruth Miranda, presidente da ABESE

A comissão científica do congresso optou por abordar não apenas a humanização do cuidar pelo profissional, mas também a própria visão humana para com os que exercem a enfermagem. Dentre os temas da programação científica, a saúde do profissional de enfermagem ganhou destaque. Foram abordados temas sobre a saúde física e mental. Nesta última, em palestra proferida pela enfermeira, mestre em saúde mental e psiquiátrica, Paula Shinzato, o foco foi sobre a síndrome do burn-out, o desgaste mental decorrente de questões ligadas ao trabalho – tanto ao ambiente quanto à atividade em si, provocando nos profissionais sintomas como fadiga física, mental, sexual e desmotivação, entre outros. Os reflexos na atuação profissional costumam ser a deterioração do cuidado, aumento do absenteísmo, abuso de substâncias psico-ativas e o abandono da profissão.

Enfoque semelhante teve a palestra da enfermeira Ivone Martini, que, dentre as situações em que a enfermagem tem abandonada a sua condição de ser exercida por seres humanos, lembrou ainda existir a postura do próprio profissional, que se sente culpado em adoecer, desculpa-se pela própria dor, acreditando que “existe para cuidar, e não para ser cuidado”.

# Curso didático de enfermagem volume I e II

Como associar a qualidade e eficiência frente às imensas dificuldades para que ocorra um exercício profissional consciente, ou seja, livre de riscos provenientes da imperícia e negligência profissional?

Nos últimos anos, a Assistência de Enfermagem passou a ser uma ação estratégica nas Instituições de Saúde, em busca da qualidade e da minimização dos riscos assistenciais, originados de condutas e atitudes que possam causar iatrogenias.

O processo educacional, voltado para a formação profissional, tem o importante papel de ensinar os caminhos formar o cidadão profissional e, também, como desenvolver a cidadania por meio do exercício profissional. Isto é, ampliar o conhecimento de forma incisiva, permanente e dinâmica. Por isso, é muito importante pensar constantemente sobre o exercício da profissão em busca dos desafios gratificantes ao profissional, principalmente nesse contexto da globalização, em que a velocidade da informação e a tecnologia tendem a prejudicar a assistência e o ensino mais humanizados na área da saúde.

Um cidadão profissional é o resultado de um processo fundamentado nesse conhecimento e deve ser respaldado nas condições de responsabilidade pelo fazer, no caso, cuidar.

Atualmente, o mercado de trabalho,

devido à intensa competitividade, acarreta sentimentos de insegurança e intranquilidade para o profissional. São muitos os desafios no trabalho que podem gerar um alto grau de estresse e mesmo frustração, resultando em insatisfação profissional, e até mesmo, na vida pessoal.

Portanto, é imprescindível que o profissional tenha plena consciência dos



desafios e obstáculos, convertendo-os em estímulo e motivação. É justamente essa a proposta do livro “Curso Didático de Enfermagem”, elaborado por professores do Instituto Educacional São Paulo, com a coordenação da enfermeira responsável técnica do Instituto, Enfa. Dra. Andréa Porto da Cruz. A obra resultou de um esforço dos professores, por quase 18 meses, com a busca da atualização legal, técnica e científica dos conceitos necessários à formação profissional competente. Procura desenvolver estratégias didático-pedagógicas que possam transformar a busca do conhecimento estimulante.

O conteúdo do livro, dividido em dois volumes, apresenta o conteúdo pro-

gramático do curso de Habilitação Profissional para Técnico de Enfermagem, desenvolvido pelo Instituto Educacional São Paulo, com rica descrição de técnicas das diversas áreas de atuação do profissional.

O volume I representa todo o módulo destinado à formação profissional em nível de qualificação para Auxiliar de Enfermagem, tais como: Fundamentos de Enfermagem, Psicologia Aplicada, Saúde da Comunidade, Noções de Saúde Mental, Nutrição e Dietética, Micro e Parasitologia, Anatomia e Fisiologia, Noções de Farmacologia Aplicada, Cálculos e Diluições de Medicamentos I, Enfermagem em Clínicas Médica e Cirúrgica, Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Enfermagem em Pronto-Socorro, Enfermagem em Centro Cirúrgico, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica e Enfermagem Pediátrica. O volume II, por sua vez, é destinado à Complementação de Estudos para Técnico de Enfermagem, que comportam as disciplinas às competências legais para a profissão, entre elas: Ética Profissional e Legislação, Enfermagem Domiciliar, Noções de Administração de unidade de Enfermagem, Farmacologia Aplicada II, Cálculo e Diluição de Medicamentos II, Enfermagem em Neonatologia, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem em UTI e Terminologias em Saúde.

Onde encontrar:

Yendis Editora: Avenida Guido Aliberti 3065 - São Caetano do Sul - SP  
(11) 4224-9400  
comercial@yendis.com.br

INTESP: Rua Treze de Maio, 1663  
São Paulo - SP  
(11) 32537665 - 32535048  
campusvirtual@intesp.com.br

# Morte no atacado



## Heróto Barbeiro

A morte é uma tragédia quando atinge alguém de nossa família, ou da nossa querência. Quando atinge milhares de pessoas desconhecidas são apenas números ou estatísticas divulgados pela imprensa. Um homem morto no metrô de Londres, suspeito de ser terrorista, mereceu apenas duas linhas nos jornais brasileiros e o desprezo dos veículos eletrônicos. Ao ser identificado como brasileiro ocupou o centro do noticiário por vários dias seguidos e chegou a ganhar do noticiário sobre o mensalão. A tragédia é a mesma, um ser humano foi assassinado pela política, mas a qualidade do noticiário não.

A mídia banalizou a morte de uma tal forma que dá a sensação que era o destino dessa gente acabar como acabou. Não se aprofunda a explicação dos reais motivos que levaram a desgraça a tantas famílias. Em um único dia morreram quase mil pessoas em Bagdá, em um tumulto que começou em uma mesquita. Um falso alarme de homem bomba provocou uma grande correria e a multidão pisoteou os que caíram e muitos se atiraram nas águas do Rio Tigre. A maioria dos mortos eram crianças e mulheres. Os corpos foram estendidos nas calçadas e familiares desesperados choravam. A razão superficial disso tudo foi o tumulto, a razão profunda é o erro da política externa americana no Iraque. É um paradoxo comprovar que morreram mais pessoas depois que a guerra acabou do que durante o conflito. Milhares de pessoas morreram. Os americanos desestruturaram o estado iraquiano do ditador Saddam, permitiram um verdadeiro saque nos prédios públicos e nada foi poupado. Como reconstruir uma sociedade sem um Estado organizado?

Um furacão transformou Nova Orleans de uma cidade do primeiro para o terceiro mundo. Deixou nua a pobreza do sul do país. Pobres e negros. Milhares de mortos, saques, tiroteios, repressão policial, pessoas abandonadas à própria sorte nas barbas do riquíssimo Tio Sam. A causa desta outra tragédia vai além do rigor da natureza. Mostra que essa população é miserável, negra e desassistida e as cenas eram dignas de uma cidade africana abalada por uma guerra civil. No meio desses genocídios televisionados lutam contra a morte enfermeiros, médicos, paramédicos, voluntários e visionários que acreditam no ser humano. Esta situação mostra que a distribuição de renda nos Estados Unidos é muito pior do que a nossa vã filosofia é capaz de explicar. Nos gabinetes dos senhores da morte chegam as estatísticas frias e insonoras. As tragédias sempre ocorreram na história da humanidade, porém hoje, graças à mídia, elas não ficam restritas a relatórios de organizações humanitárias, elas explodem na nossa sala de visitas, graças à televisão. Ou estragam nosso final de semana quando relatadas em um documentário no cinema. É impossível ficar impassível diante de acontecimentos que ceifam a vida de milhares de pessoas, sejam eles causados pelo homem ou pela natureza. Vemos que apesar do domínio da tecnologia espacial, do genoma, da nanotecnologia, da informática, das doenças ainda somos uma espécie frágil. Esses avanços ainda não alcançaram a maior parte da população do planeta que vive na miséria, sem assistência e a mercê da brutalidade.

Os Estados Unidos começam a recuperar o sul atingido pelo furacão, têm recursos para isso, recebem ajuda internacional e envolvem Bush, Clinton e Bush pai. Não há dúvidas que em breve Nova Orleans vai ser restaurada e o jazz vai voltar a ser ouvido nas casas noturnas cheias de turistas. Será que o mesmo está destinado a Bagdá, envolvida em uma verdadeira guerra civil? Para que o socorro possa chegar é preciso um mínimo de organização e nem isso a guerra iraquiana deixou. Infelizmente, para o povo de Bagdá, o furacão não terminou.

## Livros

### Patch Adams – O amor é contagioso

Patch Adams  
Informações: Editora Sextante,  
tel: 0800 22 6306

### Ensaio sobre a cegueira

José Saramago  
Informações:  
www.companhiadasletras.com.br

### Processo da Enfermagem na UTI

Janete Elza Felisbino  
Informações: (11) 3168-6077

### A Fenomenologia do Cuidar

Danuta Dawidowicz Pokladek  
Informações: (11) 3146 0340

## Filmes

### Menina de Ouro

EUA, 2004  
Drama, 132 min.

### Feliz Ano Velho

Brasil, 1987  
Drama, 120 min.

### Mar Adentro

Espanha, 2004  
Drama, 125 min.

### Invasões Bárbaras

França, 2003  
Drama, 99 min.

## Exposições

### Cláudio Mubarak

Local: Pinacoteca de São Paulo-  
Lgo. Gal. Osório, 66. Metrô Luz  
Data: até 01/2006  
Informações: (11) 3337-0185

### Museu de Arte Moderna de São Paulo

Local: Parque do Ibirapuera,  
portão 3  
Data: acervo permanente com 4  
mil obras contemporâneas  
Informações: (11) 5549-9688

### Museu Felícia Lerner

Local: Avenida Dr. Luiz Arrobas  
Martins, 1880 - Campos do Jordão  
Data: acervo permanente a céu  
aberto com 64 esculturas  
Informações: (12) 3662-2334

**IX Congresso Paulista de Saúde Pública - Saúde e Desenvolvimento**

Data: 22 a 26 de outubro de 2005  
 Local: Universidade Católica de Santos - Campus Dom Idílio - SP  
 Eixos Temáticos:  
 -saúde e desenvolvimento político  
 -saúde e desenvolvimento social  
 -saúde e desenvolvimento econômico  
 Informações: Fone: (11) 3032-6209  
 www.apsp.org.br

**8º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem - CBCENF**

Data: 24 a 28 de outubro de 2005  
 Local: Centro Cultural e de Exposições de Maceió - AL  
 Tema: Para além da ciência, a docilidade como instrumento da enfermagem verdadeira  
 Informações: 0800-2822507  
 www.cbcef.com.br

**III Semana Nacional de Estomatologia  
 VI Congresso Brasileiro de Estomatologia  
 I Simpósio Internacional de Incontinência**

Data: 24 a 28 de outubro de 2005  
 Local: Hotel Vila Galé - Fortaleza-CE  
 Tema: "Estomatologia: Ciência, Tecnologia e Empreendedorismo no Cuidado Humano"  
 Informações: (11) 5081-7718  
 www.sobest.org.br/congresso

**22º ISQua - International Conference**

25 a 28 de outubro de 2005  
 Local: Vancouver - Canada  
 Tema: "The International Society for Quality in Health Care"  
 Informações: www.isqua.org

**I Jornada Norte-Nordeste de Vigilância Sanitária**

**III Semana de Vigilância Sanitária do Natal**

22 a 25 de novembro de 2005  
 Local: Natal - Rio Grande do Norte  
 Enfoque: Vigilância Sanitária: Olhares e Escutas, Antigas Questões, Novos Desafios  
 Informações: (84) 3211-4358  
 www.ideiaseventos.com.br/visanatalrn/

**IV Congresso Paulista de Medicina Reprodutiva e Climatério**

**IV Encontro Internacional do Comitê Multidisciplinar de Reprodução Humana da APM**

**II Encontro Nacional de Embriologistas em Medicina Reprodutiva "Taller"**

**Regional da Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida**

14 a 17 de dezembro de 2005  
 Local: Navio Costa Romantica  
 Informações : (11) 3822-4722  
 (11) 3826-3115  
 E-mail: evento@spmr.com.br  
 Site: www.spmr.com.br

**Agosto de 2006**

**28º Congresso Internacional de Saúde Ocupacional ICOH**

Local: Milan - Itália  
 Enfoque: Renewing a Century of Commitment to Safety and Health at Work  
 Informações: www.ich2006.it

**III Congresso Nacional de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem**



Foi realizado, no último mês de setembro, o III Congresso Nacional de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, com o tema "Reconhecimento, participação e responsabilidade" que contou com a presença de Ruth Miranda na abertura oficial.

**Pesquisadores criam um protótipo de rim com a nanotecnologia**

Por meio de uma pesquisa da Universidade da Califórnia, publicada no periódico "Hemodialysis International", foi criado um dispositivo com a nanotecnologia para ser utilizado no tratamento de doentes renais no futuro, pois reproduz o funcionamento de um rim normal. Espera-se que já no próximo ano ele seja testado em mamíferos.

Chamado de HNF (sigla em inglês para filtro de néfron humano) tem membranas com microestruturas que reproduzem o funcionamento dos néfrons, células modificadas que fazem a filtração do sangue nos rins.

Caso a técnica seja aprovada em humanos, os cientistas esperam uma eficácia duas vezes maior do que o tratamento com hemodiálise realizado três vezes por semana. O dispositivo trabalharia 12 horas por dia se auto-regulando de acordo com as necessidades do corpo.

**O IMÓVEL QUE VOCÊ QUER  
 ESTÁ NOS NOSSOS PLANOS.**



Valores em Reais / Prazo: 144 meses

Crédito	Parcelas	Crédito	Parcelas	Crédito	Parcelas	Crédito	Parcelas	Crédito	Parcelas
30.000,00	257,86	50.000,00	429,80	90.000,00	773,64	120.000,00	1.031,52	140.000,00	1.203,44
40.000,00	343,84	70.000,00	601,72	100.000,00	859,60	130.000,00	1.117,48	150.000,00	1.289,40

Obs: 1% de taxa de administração rateado no ato de venda mais 1% de custo real 3 primeiras parcelas. / Seguro de vida incluso. / Comissão anual de acordo com o INCC. / Informações reduzidas. / Aprovado pelo Banco Central

De 2ª a 6ª feira das 8h às 18h. Consulte as condições do Plano Aluguel + Fácil.

**(11) 3366-8001 PORTO SEGURO CONSÓRCIO IMÓVEL**



## Células-tronco a partir da pele

Nos Estados Unidos, cientistas afirmam ter criado uma versão híbrida de células-tronco, unindo células-tronco embrionárias cultivadas em laboratório com células adultas da pele.

A pesquisa, feita por uma equipe da Universidade Harvard, foi divulgada na Revista Science de agosto, e pode ser um avanço para o fim da polêmica sobre células-tronco, já que poderia tornar dispensável o uso de embriões humanos. A descoberta representaria a cura de muitas doenças, como o mal de Parkinson.

No entanto, pode demorar anos para elas serem testadas nas pesquisas devido a problemas durante o procedimento, como apresentar 92 cromossomos, o dobro de uma célula normal.

## Acordo entre Brasil e Fundação Clinton pretende baixar medicamentos anti-retrovirais no país

O Ministério da Saúde e a Fundação Clinton assinaram, em 25 de agosto, um protocolo que inclui o Brasil nos consórcios da entidade para compra de medicamentos anti-retrovirais (ARV) a preços baixos. A intenção é dar apoio técnico para que o governo brasileiro consiga reduzir preços das matérias primas para a produção de ARV e dos próprios medicamentos — das 17 drogas distribuídas para o tratamento oito são nacionais e nove importadas. O acordo também prevê que o Brasil poderá adquirir testes de diagnóstico e de monitoramento.

Uma das prioridades do Ministério da Saúde é fortalecer a produção nacional de princípios ativos e de ARV no que se refere à sustentabilidade do acesso universal e à redução progressiva dos preços atualmente praticados.

Somente em 2005, o Brasil investirá R\$ 1 bilhão na compra de anti-retrovirais, sendo 25% do orçamento do Ministério da Saúde destinado à compra de medicamentos.

Atualmente, 90% dos 40 milhões de infectados pelo HIV do mundo estão nos países em desenvolvimento. A fundação Clinton acredita que se o acesso ao tratamento com anti-retrovirais não for ampliado, entre 5 milhões e 6 milhões de pessoas morrerão de aids nos próximos dois anos.

Lançamento

# OPTIMA MS

Bomba de Infusão Volumétrica



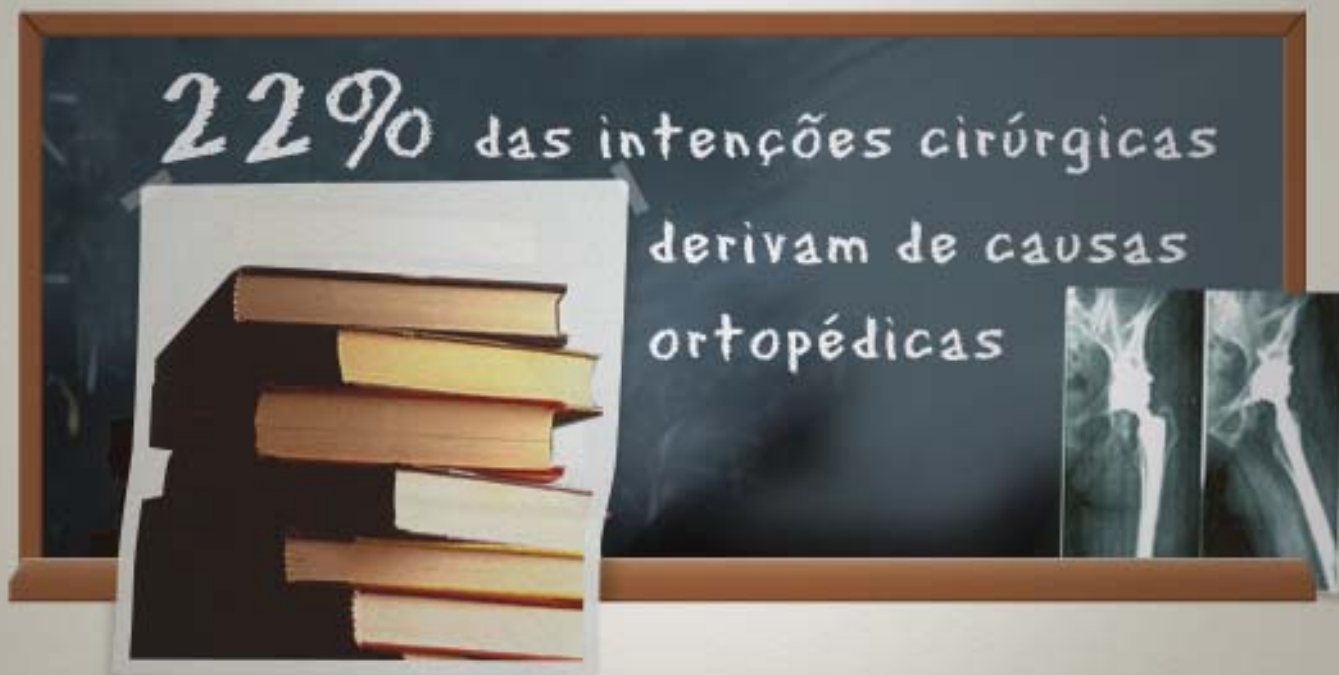
A Fresenius Kabi oferece a você uma **OPTIMA opção.**

Bomba de Infusão Volumétrica  
**OPTIMA MS**

 **Fresenius Kabi**

Fresenius Kabi Brasil Ltda.  
R. Francisco P. Coutinho, 347 • 13087-900 • Campinas • SP  
Fone: 19/ 3756.3855 • Fax: 19/ 3756.3964 • SAC: 0800.707.3855  
Site: [www.fresenius-vial.fr](http://www.fresenius-vial.fr)

 **Fresenius Vial**  
Infusion Technology



# Treinamento específico em ortopedia: qualidade na assistência de enfermagem

Enfermeiros participam de um grupo de estudo multidisciplinar e detectam as necessidades dos colaboradores para o bom atendimento na ortopedia

A ortopedia é uma especialidade que exige aprimoramento constante para um atendimento seguro, eficaz e individualizado devido às peculiaridades dos cuidados. O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), que conta com um grande número de internações cirúrgicas, observou que 22% delas derivam de causas ortopédicas, o que fez com que uma Unidade de Internação exclusiva para essa especialidade fosse criada. **Também era preciso investir no aperfeiçoamento do profissional por meio do Treinamento Admissional e Treinamento Específico.**

Com 196 enfermeiros que atuam em diversas áreas, o HAOC dispõe de um Serviço de Educação Continuada (SEC) para os colaboradores de enfermagem, que dentro do seu planejamento desenvolvem os treinamentos. Os enfermeiros participantes de grupos de estudos no HAOC ministram Treinamentos Específicos em parceria com o SEC.

**Formado em 1989, o Grupo de Estudo em Ortopedia (GEO), composto inicialmente por enfermeiros, assumiu um caráter multidisciplinar com: 11 enfermeiros, 3 médicos e 1 fisioterapeuta, sendo que os enfermeiros ministram há 5 anos o Treinamento Específico, a partir de um planejamento baseado no levantamento das necessidades encontradas na assistência de enfermagem ao paciente ortopédico.**

## Raio X sobre o Treinamento Específico

Segundo dados estatísticos, **dos 138 pacientes submetidos à Prótese Total do Quadril (PTQ), implantadas no ano de 2004, não houve evidências de complicações relacionadas aos cuidados de enfermagem**, revelando que o treinamento e as reciclagens oferecem resultados concretos.

O Treinamento Específico com o tema “Assistência de Enfermagem ao Paciente com Prótese Total do Quadril e Tração” é realizado mensalmente pelos enfermeiros do GEO com carga horária de 2 horas, com assuntos como definição de PTQ e tração, anatomia coxo-femoral, indicações e complicações, visualização da articulação através de RX, apresentação de filme em 3D da instalação esquemática da PTQ na articulação, simulação da instalação de tração, demonstração dos diversos tipos de PTQ e assistência de enfermagem ao paciente com tração e PTQ.

Ampliando ainda mais este aprimoramento e visando a melhoria do atendimento ao paciente ortopédico, em 2004 foi realizada a reciclagem de Assistência de Enfermagem em PTQ para todos os colaboradores que assistem pacientes com o problema, com o objetivo de atualizar os conhecimentos e esclarecer dúvidas.

Os recursos metodológicos utilizados para avaliação dos treinamentos e reciclagens consistem de:

Avaliação de reação: onde o colaborador avalia as-

pectos do treinamento relacionado a horário, tempo de treinamento, dinâmica, conteúdo, organização e palestrante;

Avaliação de aprendizagem: por meio da aplicação de um questionário do conhecimento prévio e adquirido (pré e pós-teste).

### Impacto do treinamento no trabalho.

A importância do conhecimento técnico e científico, **que pode advir não só por meio de aulas e explicações, mas da troca de informações e experiências entre os diversos setores**, tem como objetivo único garantir a qualidade na assistência da equipe de enfermagem, já que esta possui um papel de destaque na recuperação do paciente.

Através do comprometimento dos profissionais e do resultado do trabalho em equipe, o HAOC se mantém como uma instituição de saúde conceituada no país, recebendo em 2004 o prêmio Top Hospitalar na categoria “Hospital do Ano” e em 2005 o Certificado de Acreditação com Excelência, concedida pela Organização Nacional de Acreditação.

### Grupo de estudos em ortopedia – Treinamento Específico:

Maria de Fátima Ventura Rodrigues (coordenadora), Ruth Leekning, Márcia Utimura Amino, Cassiane Dezoti, Adriana Abdala, Cristiane Talala Zogheib, Edna N. Onoe, Andréa R. B. Moraes, Cristina Esmeralda Moretti, Silvia Helena Valério, Eliane Pires S. Takito.

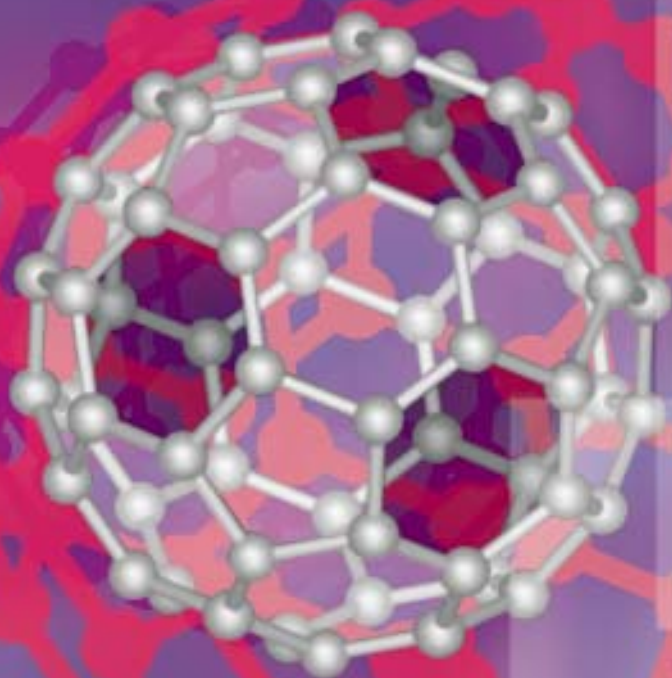


Integrantes do Grupo de Estudo em Ortopedia (da esquerda para a direita da mesa): Adriana Abdala, Cristiane Zogheib, Márcia Amino, Ruth Leekning, Edna K. N. Onoe, Maria de Fátima V. Rodrigues, Cassiane Dezoti

# Vida em miniatura

## Pesquisa utiliza nanotecnologia no combate ao câncer

Por João Marinho



### A ORIGEM DOS NANOTUBOS

Até o século XX, eram conhecidas duas formas alotrópicas do carbono: a grafite e o diamante. Em setembro de 1985, porém, foi descoberta uma terceira forma, denominada *fulereno*, obtida durante experiências com a aplicação de laser sobre a grafite.

O fullereno tem uma estrutura de carbono que lembra uma bola de futebol. “Na natureza, ele não costuma ser encontrado, pois só se forma em condições extremas, mas já pôde ser observado no espaço”, explica Luciano Andrey Montoro, doutor em química pela USP.

Montoro explica que, em 1991, durante experiências com o fullereno, surgiram estruturas minúsculas, de cerca de 1,4 nm metade do tamanho de uma molécula de DNA e forma cilíndrica. Eram os nanotubos de carbono, hoje fabricados sistematicamente, inclusive no Brasil.

Está lá, no Dicionário Houaiss: “nano”, do grego nânnos, “de excessiva pequenez”, ou nânos, “anão”. Trata-se de um prefixo adotado na 11ª Conferência Geral de Pesos e Medidas, de 1960, para significar o multiplicador **10-9**, a bilionésima parte de uma medida. Assim, o nanômetro (nm) equivale a 0,000000001 m. Essa é a escala ocupada por átomos e moléculas. Aqui, ocorre um “casamento” entre os conhecimentos da química, da física e da biologia.

**Nanotecnologia, portanto, pode ser entendida como a tecnologia aplicada à manipulação desses elementos tão pequenos.** O objetivo, segundo a proposta de Richard Feynman, que lançou as bases em 1959, é a criação de novos materiais e o desenvolvimento de novos produtos e processos.

O que isso tem a ver a enfermagem? Muita coisa. Invenções nanotecnológicas têm recebido especial atenção graças à possibilidade de proverem tratamentos em nível celular e molecular.

### Tubos da esperança

Um dos materiais mais promissores são os nanotubos de carbono, base de uma pesquisa feita na Universidade de Stanford, Estados Unidos, de autoria dos cientistas Nadine Wong Shi Kam, Michael O’Connell, Jeffrey A. Wisdom e

### Hongjie Dai. O estudo propõe uma nova e eficiente terapia contra o câncer.

Nanotubos são minúsculas estruturas cilíndricas de carbono fabricadas pelo homem com uma ou mais folhas de grafeno (nanotubos de paredes simples ou de paredes múltiplas), como são denominadas as camadas da grafite.

Eles são tão pequeninos que têm a capacidade de atravessar a membrana celular. Essa propriedade faz com que funcionem como possíveis transportadores de substâncias para a célula, de onde advém o interesse medicamentoso.

Outra característica é que os tubos absorvem luz infravermelha próxima, conhecida pela sigla NIR (em inglês, near-infrared). Esse tipo de onda, uma das subdivisões do infravermelho no espectro – as demais são o infravermelho médio e o infravermelho estendido –, normalmente passa por nossas células de forma inofensiva.

Os cientistas da Universidade de Stanford, porém, descobriram que, ao colocar uma solução de nanotubos sob um laser NIR, ela se aquecia até 70°C em apenas dois minutos. **Introduzindo os tubos aquecidos nas células, eles rapidamente as destruíam, mas deixavam intactas aquelas que não os haviam recebido.**

Essa foi a chave para um tratamento experimental contra o câncer que, **ao contrário das terapias atuais, pouparia as**



**células saudáveis.** “É simples e surpreendente. Usamos uma propriedade intrínseca dos nanotubos para desenvolver uma arma que mata o câncer”, disse o Dr. Hongjie Dai.

### Atração fatal

O próximo passo da pesquisa foi se certificar de que somente as células cancerígenas fossem alvo dos nanotubos. A saída foi recorrer à bioquímica. O ácido fólico, ou folato, é um tipo de vitamina B presente na síntese do DNA e do RNA. As células cancerígenas, ao contrário das normais, têm numerosos receptores de ácido fólico em sua superfície. Revestindo os nanotubos com essa substância, eles foram atraídos pelas células doentes e, após a ativação do laser sobre elas, rapidamente as mataram.

O Dr. Dai explica que o folato é apenas uma opção experimental. Outras substâncias, como determinados anticorpos presentes em certos tipos de câncer, podem ser usadas para que os nanotubos ajam contra um tumor específico. Experiências com um rato com tumor linfático já começaram a ser feitas.

Para saber mais:

KAM, N. W. S. et al. “Carbon nanotubes as multifunctional biological transporters and near-infrared agents for selective cancer cell destruction”. *Proceedings of the National Academy of the United States of America*, v. 102, n. 33, 16 ago. 2005. Disponível em [www.pnas.org/cgi/content/full/102/33/11600](http://www.pnas.org/cgi/content/full/102/33/11600)

SHWARTZ, M. “Scientists develop nanotech-laser treatment that kills cancer cells without harming healthy tis”. *Stanford News Service (press release)*, 27 jul. 2005. Disponível em [www.stanford.edu/dept/news/pr/2005/nanotube-08105.html](http://www.stanford.edu/dept/news/pr/2005/nanotube-08105.html)

## Terapias alternativas

Não é a primeira vez que a nanotecnologia é usada em terapias experimentais de combate ao câncer. Recentemente, a Universidade de Rice fez uma experiência em que um tumor com “nanocascas” revestidas de ouro foi eliminado depois de submetido à radiação NIR. Nanoglóbulos magnéticos e nanopartículas com medicamentos também foram usados em experiências realizadas, respectivamente, nas universidades de Chungman, Coreia do Sul, e de Michigan, Estados Unidos.



## Universidade de Stanford

A Leland Stanford Junior University foi fundada em 1891 por Leland Stanford, magnata das estradas de ferro, membro do Partido Republicano e governador da Califórnia entre os anos de 1861 e 1863. O nome é uma homenagem a seu único filho, morto aos 16 anos de idade, em 1884, após contrair febre tifóide em uma viagem à Itália.

A universidade demorou seis anos para ser construída e nasceu na fazenda de cavalos da família na cidade de Palo Alto, no coração do Vale do Silício – região em que se encontram os quartéis-generais de gigantes da tecnologia, como Microsoft, Apple e HP –, razão pela qual seus estudantes se referem a ela como “The Farm”.

Atualmente, a Stanford University tem um campus de pouco mais de 33 km<sup>2</sup>, um dos maiores do mundo, mais de 6,5 mil estudantes de graduação e cerca de 8 mil estudantes graduados.

Stanford é a sexta instituição mais disputada nos Estados Unidos, depois de MIT (Massachusetts Institute of Technology), Princeton, Yale e Harvard.

De seu campus, saíram notáveis como Vinton Cerf, pioneiro da Internet, o jornalista Daniel Pearl, morto por terroristas paquistaneses em 2002, e a atriz Sigourney Weaver, além de um time invejável de intelectuais, artistas, executivos e até astronautas.

# Seguuro Enfermagem

Por Grazielle Marronato

## Profissionais de enfermagem têm atuação fundamental nas Festas de Peão de Boiadeiro

Com o sucesso da novela América da rede Globo, a “moda dos rodeios” parece ter ressuscitado e pipocam na imprensa matérias sobre cowboys, vendas de cabeças de gado e cavalos, além da moda country de chapéus, botas e fivelão. O folhetim da autora Glória Perez, que se transformou na segunda novela mais vista dos últimos anos, também levantou a discussão sobre os maus tratos que muitos touros sofrem e a posição de veterinários sobre o assunto. **Mas, o que poucos lembram é da importância de se garantir a integridade física dos cowboys que montam estes “tours bravos” e também do público das Festas de Peão de todo o país, o que só acontece graças às equipes de médicos e de profissionais da enfermagem especializados.**

Uma das maiores Festas de Peão do Brasil, a de Barretos, que completou 50 anos de existência em 2005, contou com uma enorme infra-estrutura de atendimento dentro do Parque do Peão – área inaugurada em 1985 especialmente para abrigar a festa, com arena (lugar onde acontecem as competições) projetada por Oscar Niemeyer. Segundo a Assessoria de Imprensa da Festa de Peão de Barretos, toda a assistência médica é fornecida aos participantes. Este ano havia dois ambulatórios para o público (um pediátrico e outro adulto). Na arena havia uma sala especial nos fundos em que uma equipe mista de médicos, enfermeiros e motoristas das UTIs móveis estava de plantão para atender possíveis acidentes. No total, eram seis ambulâncias: duas na arena, uma na hípica, uma no Berrantão e outras duas nos bretes (local de onde saem os bois para o campeonato), além de 68 funcionários, entre equipe de enfermagem, médicos, motoristas e pessoal de apoio. Toda essa assistência foi garantida 24 horas e casos mais graves eram encaminhados à Santa Casa da cidade.

Contudo, não são todas as Festas de Peão que contam com

tamanha infra-estrutura. O auxiliar de enfermagem Enéas de Oliveira Gregório, que também foi candidato a vereador de Barretos afirmou que em campeonatos menores as equipes de enfermagem costumam ser consideravelmente menores. Gregório já trabalhou como auxiliar na Festa de Barretos de 1986 a 1990, mas também atuou como técnico de enfermagem em campeonatos menos conhecidos como o de Jaguariúna (em 2000 e 2001), e também na Festa do Peão de Colina (em 2002). Lá, segundo ele, havia uma equipe reduzida nos bretes formada por um médico, dois profissionais de enfermagem e o motorista da ambulância. E é exatamente nestes casos que a atuação segura e concisa de toda a equipe é essencial. **Gregório afirmou que “o risco é muito grande” para os peões e por isso há sempre um enfermeiro responsável e um auxiliar ou técnico de enfermagem nos bretes**, os quais geralmente são homens fortes para retirar prontamente o peão da arena. As mulheres profissionais de enfermagem costumam ficar no atendimento ao público, que invariavelmente se excede no consumo de cerveja fartamente vendida nos rodeios. Não só o trabalho dos profissionais de saúde é fundamental para a segurança dos cowboys. A assessora Luciana da Festa de Barretos confirma que sem a equipe de apoio na arena – os famosos palhaços que distraem os bois – o trabalho dos enfermeiros nos bretes seria impossível.

Ou seja, muitas vezes, **os enfermeiros e sua equipe expõem em risco suas próprias vidas para salvar outras.** Em contrapartida, os cowboys ficam tão agradecidos que se cria um folclore popular sobre bonificações recebidas por profissionais de enfermagem que cuidam de fissuras, lesões expostas das estrelas das arenas. O caso mais conhecido é de Tião Procópio, ex-peão e atualmente juiz de rodeios, que se acidentou durante uma apresentação e dentre outras lesões sofreu uma perfuração de pulmão. Tião não admite, mas conta-se que depois de curado deu uma gratificação tão grande para o enfermeiro que cuidara dele que este pôde comprar uma casa.

Apesar de toda a estrutura que é oferecida nas Festas de Peão, dentro do Estado de São Paulo e pelo Brasil, não há uma legislação específica ou estatuto sobre o atendimento de saúde que deve ser prestado nestes locais. Há apenas o art. 16.III, da Lei n.10.671, de 15 de maio de 2003 do **Estatuto do Torcedor**, em que consta que é dever da entidade responsável pela organização da competição disponibilizar **um médico e dois enfermeiros para cada dez mil torcedores presentes.** A lei é empregada nos rodeios que tem o caráter de competição.



Foto: Danilo Borges

# ÚLTIMAS NOTÍCIAS

.....

## Governo financia 41 pesquisas com células-tronco

Os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia vão financiar 41 projetos de pesquisa com células-tronco adultas - derivadas da medula óssea, do cordão umbilical e de outros tecidos - e embrionárias. Todas as propostas selecionadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) estão no site:

[www.saude.gov.br/sctie/decit](http://www.saude.gov.br/sctie/decit).

## Lista de Denominações Comuns Brasileiras é atualizada

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulga a primeira atualização da lista de Denominações Comuns Brasileiras 2004 (DCB 2004), por meio da resolução RDC nº 235/2005. O documento padroniza a nomenclatura e a tradução de termos relacionados a fármacos (princípio ativo) e excipientes, usados em medicamentos. Também revisa os números CAS, código de registro usado mundialmente como referência, atribuído às substâncias químicas pelo Chemical Abstracts Service (CAS). A lista pode ser encontrada em:

[www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/index.htm).

## Proibido uso de Lidocaína em forma líquida e spray sem dosador

A Anvisa determinou, em 30 de agosto, a proibição do uso, em todo o país, do medicamento Lidocaína, nas formas líquidas (solução oral) para uso interno e na forma spray, sem o uso do aplicador que garanta a exatidão da dose aplicada.



### Expediente do COREN-SP

#### Presidente

Ruth Miranda

#### Vice Presidente

Akiko Kanazawa

#### Primeira-secretária

Maria Antonia de Andrade Dias

#### Segunda-secretária

Vanderli de Oliveira Dutra

#### Primeira-tesoureira

Rita de Cássia Chamma

#### Segunda-tesoureira

Aldafza Carvalho dos Reis

#### Presidente da Comissão de

#### Tomada de Contas (CTC)

Maria Aparecida Mastroantonio

#### Membros da CTC

Tomiko Kemoti Abe

Wilson Florêncio Ribeiro

#### Conselheiros efetivos

Anézia Fernandes, Francinete de

Lima Oliveira, Guiomar Jerônimo

de Oliveira, Líndaura Ruas

Chaves, Magdália Pereira de

Sousa, Sérgio Luz, Sônia Regina

Delestro Matos, Terezinha

Aparecida dos Santos

Menegueço

### Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Rua Dona Veridiana, 298 - Higienópolis - São Paulo - SP - CEP 01238-010

Fone: (11) 3225-6300 - [www.corensp.org.br](http://www.corensp.org.br)



# Cartas

Parabéns ao COREN-SP pelos 30 anos e pela revista de aniversário, pois me senti muito orgulhosa de fazer parte desse Conselho de pessoas batalhadoras e profissionais brilhantes. Parabéns a toda a equipe.  
Vania Maria de Souza Galhardo Dias - Santos

É com muita satisfação que escrevo novamente para a redação da nossa tão querida revista, que vem sempre nos surpreendendo com suas maravilhosas matérias e assuntos que muito tem nos ajudado no nosso dia-a-dia. A última edição (58) que retrata e relata sobre os 30 anos de lutas do COREN-SP me induziu a uma viagem no tempo e mesmo sem ter participado, ou melhor nem ter nascido quando tudo começou, posso imaginar como foi difícil legalizar e fazer ser reconhecida a nossa profissão.  
Altair Vicente Alves - Mocóca

Com grande alegria e orgulho quero parabenizar o COREN-SP pelos seus 30 anos de existência, pelo calor humano que nos recebe e cuida de nossa categoria. Parabéns a Sra. Ruth Miranda e equipe.  
Pedro de Oliveira - Carapicuíba

A revista dos 30 anos do COREN-SP está demais. Matérias interessantes, valorizando a profissão.  
Ademar R Oliveira - São Bernardo do Campo

Como foi relatado na edição anterior há exatos 30 anos inicia-se a edificação do que hoje é o COREN-SP, onde participaram desta edificação homens e mulheres que deram e ainda continuam dando a importância, valores, respeito e organização a Enfermagem. Graças a tais homens e mulheres tivemos e temos conquistas e vitórias. Que esse trabalho sublime, de dedicação, competência e profissionalismo não se apague em nossos corações.  
Anderson Camacho Silva - Santo André.

Gostaria de parabenizar a todos por fazer um excelente trabalho de reportagem sobre nossa profissão.  
Izabel Haila Silva Cardeal - Itapeva

### Agradecimentos

Agradecemos a Enfª Patricia Torretesi, a Enfª Vera Aquino e os Auxiliares de Enfermagem Anderson Ramos, Maurício Matos Tomé e Helber Frago. Agradecemos aos profissionais de enfermagem da UTI Cardiovascular do Hospital Nove de Julho, ao atendimento prestado a meu pai.  
Maria Angélica G. Guglielmi - São Paulo

Agradecemos a participação de todos em nossa seção de cartas:  
Alicia de Souza Barreto, Artur de Almeida Costa, Débora Barbosa Edilma Barbosa, Leila Maria do Nascimento Rodrigues, Osias Lacerda da Silva, Priscila Sposito de Souza, Regina Maria Martins, Silvia Santos de Souza.  
Escreva para: [dpd1@corensp.org.br](mailto:dpd1@corensp.org.br)

**Publicação:** Demais Editoração e Publicação Ltda

Fone: (11) 5042-3428 - [comunica@artein.com.br](mailto:comunica@artein.com.br)

**Redação e revisão:** João Marinho, Mônica Farias, Grazielle Noronha e Daniela Sartorato

**Projeto Gráfico:** Arte in Comunicação e Marketing

Publicação oficial bimestral do COREN-SP • Reg. Nº 24.929 • 4º registro • 260 mil exemplares • distribuição gratuita dirigida

# Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Santa Marcelina

Muito mais pelo seu valor profissional



# mais

**Você tem sempre mais nos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FASM.**

Com salas de aula com 50 alunos, a atenção dispensada pelos professores é fundamental para garantir o seu melhor aproveitamento e desempenho durante o curso. Além disso, ambos visam a inserção, a manutenção e a projeção no mercado de trabalho, obtidos através da incorporação de novas práticas de melhoria das metas e de resultados, tanto individuais como de equipe.

Faça sua inscrição no Campus Itaquera ou acesse [www.fasmit.edu.br](http://www.fasmit.edu.br).

O Programa de Pós-Graduação atende às exigências da Resolução CNE/CES 01/2001 de 03/04/2001.

▪ **Graduação em Enfermagem**  
Inscrições para o Processo Seletivo de 17/out/05 a 30/nov/05

▪ **Pós-graduação Lato Sensu**  
Inscrições para o Processo Seletivo de 01/dez/05 a 27/jan/06

- Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem;
- Enfermagem Obstétrica;
- Enfermagem Pediátrica;
- Enfermagem no Controle da Dor;
- Enfermagem Neonatológica;
- Educação e Formação em Saúde;
- Saúde Coletiva;
- Saúde da Família;
- Gestão Econômico-Financeira de Empresas;
- Gestão de Qualidade.



Faculdade Santa Marcelina

**Campus Itaquera**  
**11 6525.0058**