enfermagemRevista

Publicação oficial do COREN-SP – nº 5 – Julho-Agosto-Setembro de 2013

Mala Direta Postal

9912218160 - DR/SPM
COREN - SP

CORREIOS

DEVOLUÇÃO GARANTIDA

CORREIOS

# Atendimento psiquiátrico ou manicomial?

Pag. 20

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

# Terminal de Autoatendimento ao Profissional de Enfermagem

**Com ele você poderá:**

- Atualizar seu cadastro
- Imprimir certidões
- Fazer acordos e gerar Boletos
- Ter acesso aos Pareceres Técnicos
- Acessar o Código de Ética
- Ter acesso ao Portal do COREN-SP
- Ter acesso ao Portal do COFEN
- Utilizar o Fale Conosco

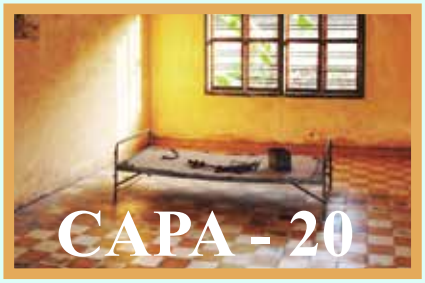
## Fácil de usar!

Mais comodidade para o profissional de Enfermagem

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

*Unir, participar e avançar*

enfermagemRevista
nº 5, Julho-Agosto-Setembro de 2013



## Nesta edição

20 **Atuação conjunta para qualidade de vida**
A luta antimanicomial das últimas décadas mostra que o esforço de equipe multiprofissional, família e paciente, juntos, é mais eficiente para garantir a qualidade de vida. **PSIQUIATRIA**

14 **Problemas além dos muros da escola**
Crescimento desenfreado do número de cursos e fraca formação no ensino básico são algumas das causas das fragilidades na formação em Enfermagem. **FORMAÇÃO**

32 **Nós produzimos saúde**
O profissional de Enfermagem atuante no SUS dedica seus esforços para evitar o adoecimento e melhorar a qualidade de vida da população. **SERVIÇO PÚBLICO**

42 **Consumido por dentro**
Síndrome de todo o sistema de trabalho, burnout vitima profissionais da saúde e costuma ser confundida com depressão. **SAÚDE OCUPACIONAL**

46 **Estímulo contínuo**
Conheça formas e projetos de incentivo à amamentação e a relação da Enfermagem com a prática. **ALEITAMENTO MATERNO**

50 **Protocolos para monitoramento e prevenção de danos na assistência**
Pelo menos um a cada 10 pacientes sofre "eventos adversos" no Brasil, sendo que 73% das ocorrências são evitáveis com o estabelecimento de procedimentos preventivos. **SEGURANÇA DO PACIENTE**

### Veja também

28 **Reflexão sobre as doenças ocupacionais**
Ética

39 **Cuidados prolongados**
Internação domiciliar

54 **Como fazer a inscrição remida**
Tira dúvidas

56 **O papel do defensor dativo**
Processo ético-disciplinar

59 **Atuação que faz a diferença**
Fiscalização

60 **Terminais de autoatendimento**
Internet

66 **Grandes detalhes**
UTI Neonatal

### Seções

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

Foto: Comunicação COREN-SP

Nesta edição, foram abordados temas de extrema relevância para o desenvolvimento das atividades diárias em áreas diversas do conhecimento. São temas voltados à análise coletiva da competência técnica, que culminam para o reconhecimento da identidade profissional.

A formação dos profissonais de Enfermagem foi por muito tempo direcionada a uma abordagem hospitalocêntrica com enfoque na formação generalista, todavia, a tecnologia e as políticas públicas de saúde alteraram este *status*, indicando cada vez mais a necessidade da especialização constante e permanente.

Portanto, faz-se necessário conhecimento específico para cumprimento das diretrizes mínimas de atendimento baseados nos princípios da universalidade e multidisciplinariedade, basilares não só do SUS, como também para possibilitar o exercício do respeito a autonomia profissional que muitas vezes não se consegue visualizar e compreender nos atendimentos realizados pela equipe de Enfermagem.

Ainda, não há como dissociarmos o atendimento realizado pela equipe de Enfermagem dos princípios insculpidos no Código de Ética, dentre eles o acesso à justiça e à não-malevolência, como pressupostos mínimos para o exercício da profissão.

Desta forma, esta edição aborda várias matérias voltadas a demonstrar a necessidade iminente de associação entre a teoria e a prática, com a apresentação pelos próprios profissionais que a vivenciam, relatando suas experiências, seja na formação profissional na saúde mental, na saúde coletiva ou no papel de defensor dativo.

Desejamos boa leitura, e que nas próximas edições sua história e seu conhecimento sejam compartilhados por todos nós!

Fabíola de Campos Braga Mattozinho
Vice-presidente do COREN-SP

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

**Presidente**
Mauro Antônio Pires Dias da Silva
**Vice-presidente**
Fabíola de Campos Braga Mattozinho
**Primeiro-secretário**
Donato José Medeiros
**Segundo-secretário**
Marcus Vinicius de Lima Oliveira
**Primeira-tesoureira**
Danielle Cristine Ginsicke
**Segundo-tesoureiro**
Rosalvo Rozendo de Souza
**Comissão de Tomada de Contas**
Presidente: Vagner Urias
Membros: Adrilani Cristina Belchior e Luciano da Silva (suplentes); Silvia Ferreira Bueno e Andrea Bernardinelli Stornioli (titulares).

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

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

enfermagemRevista
edição nº5

**Gerente/jornalista responsável:** Fátima Martins (MTb 15278)

**Assessor de comunicação estratégica:** Fabio Venturini (MTb 31191)

**Assessor de projetos gráficos:** Luiz Vilarinho

**Estagiários**: André Paulo Loducca Guerreiro, Mariel Rechulski (jornalismo), Victor Mello, Gabriela Martins (design gráfico).

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

**Impressão e Acabamento:** Gráfica Esdeva
**Tiragem desta Edição:** 387.632 exemplares

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

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

**Capa da revista nº 4**
**Abril/Maio/Junho de 2013**

**Acompanhe o COREN-SP nas redes sociais:**
facebook.com/corensaopaulo
twitter.com/corensaopaulo
br.linkedin.com/in/corensaopaulo
google.com/+corensp

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

Envie sua opinião para:
**revista@coren-sp.gov.br**
ou
Gerência de Comunicação/ COREN-SP
**Al. Ribeirão Preto, 82**
**Bela Vista**
**São Paulo-SP – CEP 01331-000**

**"Recebi minha primeira edição da revista do Coren -SP e adorei. Li por inteiro no mesmo dia. Achei muito interessante a matéria sobre a Epidermólise bolhosa. Torço para que achem um jeito de melhorar a vida desses pacientes. Temos que saber sobre mais doenças não muito conhecidas por nós para que possamos aprimorar nossos conhecimentos. Gostei também da edição especial pelos 40 anos do Conselho Regional de Enfermagem SP. Parabéns! Que venham mais e mais anos."**
Débora da Silva
Auxiliar de Enfermagem - COREN-SP 718457

**eR**: *Ficamos lisonjeados com a mensagem e com o interesse. Estamos sempre em busca de disseminar mais informações para aprimorar o conhecimento. E que os próximos anos sejam cada vez mais produtivos para todos da Enfermagem.*

**"Gostaria de elogiar o trabalho que foi realizado na publicação da revista de nº 4, que relata a luta da enfermagem pelo PL 2295/2000, que é muito importante para categoria. Demonstra que nossa categoria esta indo em busca de melhorias na qualidade de assistência ao doente."**
Fernando Batista Leite
Técnico de Enfermagem - COREN-SP 761290
Auxiliar de Enfermagem - COREN-SP 608275

**eR**: *Agradecemos a mensagem e a preocupação. A gestão 2012-2014 está empenhada incondicionalmente na luta pelas 30 horas semanais.*

**"Agradeço pela disponibilidade do espaço para a divulgação das vagas. Foi a melhor fonte de captação que experimentei até hoje. Com a ajuda de vocês, conseguimos contratar profissionais qualificados para nossas vagas."**
Fernando Trombetti de Moraes
Assistência médica domiciliar

**eR**: *Ficamos lisonjeados por termos contribuído para esse quadro. Profissionais de Enfermagem, fiquem sempre atentos à página de Oportunidades de Trabalho no site do COREN-SP: http://portal.coren-sp.gov.br/oportunidades-de-trabalho*

**Queria parabenizar a todos da Revista pela matéria sobre a Epidermólise Bolhosa. Uma doença que requer muitos cuidados e habilidade técnica dos enfermeiros para o seu tratamento. São publicações deste nível que irão retirar cada vez mais a ciência Enfermagem do anonimato popular.**
Elivelton Trindade
Enfermeiro - COREN-SP 375303

**eR**: *Concordamos. É importante disseminarmos cada vez mais conhecimentos, tanto para a classe da Enfermagem quanto para a população em geral.*

**"Gostaria de parabenizá-los pela revista, que a cada edição surpreende com ótimas reportagens. A reportagem da última capa, "Cuidados no Campo de Batalha", foi muito bem escrita e nos proporcionou um contato com a história de enfermeiras que marcaram a história."**
Conrado Augusto Ferreira de Oliveira
Enfermeiro - COREN-SP 304718

**eR**: *Concordamos sobre o resgate da história e agradecemos a opinião. É primordial relembrarmos os fatos importantes do passado de nossa profissão.*

# Cartilha orienta profissional de saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica

Foto: sxc.hu

A Faculdade de Medicina da USP criou um documento que faz parte do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde, que aborda o tema da violência doméstica contra a mulher. Além de informações, a cartilha "O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde da mulher em situações de violência doméstica" dá dicas para o profissional da saúde sobre como lidar com a vítima.

Na cartilha, que pode ser copiada gratuitamente no endereço www.fm.usp.br/gdc/docs/preventivaextensao_2_cartilhaviolencia.pdf, são apresentados os motivos pelos quais a mulher não conta que sofreu violência, e entre eles estão vergonha, culpa, temor pela sua segurança ou pela de seus entes queridos, entre outros. E também são citados os principais motivos pelos quais os profissionais da saúde não perguntam: acreditam que violência doméstica não é um problema da área da saúde, alguns acham que a mulher merece ou pede o abuso (caso contrário já teria se separado) acham que a violência é um problema pessoal e podem ofender a mulher caso perguntem, têm medo de represálias por parte do agressor etc.

A violência doméstica é a mais frequente forma de opressão sofrida pelas mulheres. Cerca de 30% delas em idade fértil são vítimas, porém, das que frequentam serviços de saúde em busca de tratamento ou ajuda, poucas têm seus casos notificados. Os profissionais da saúde que atendem vítimas e atestam casos ainda têm receio de denunciar.

Estudos científicos de universidades brasileiras apontam que, em média, seis em cada dez profissionais que identificam violações durante atendimento se omitem e não encaminham a denúncia aos órgãos competentes. O principal motivo é o medo de retaliação por parte dos agressores.

## Suspeitando do problema

Segundo a cartilha, alguns sintomas mostram-se consistentemente associados com a violência contra a mulher e podem servir de critério para identificar as possíveis vítimas:

- transtornos crônicos;
- entrada tardia no pré-natal;
- companheiro muito controlador, reage quando separado da mulher;
- infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- dor pélvica crônica;
- síndrome do intestino irritável;
- transtornos na sexualidade;
- complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;

- depressão;
- ansiedade;
- histórico de tentativa de suicídio;
- lesões físicas que não se explicam de forma adequada.

Quando houver algum destes sintomas, deve-se suspeitar do problema e introduzir ativamente o assunto. As perguntas abaixo podem ser feitas também a outras pessoas que por um motivo ou outro pareçam estar ou ter estado em situação de violência:

Perguntando indiretamente:

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você se sente humilhada ou agredida?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e seu marido (ou filho, pai ou familiar) brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

Perguntando diretamente:

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto já aconteceu alguma vez com você?
- Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto já aconteceu com você?
- Alguém bate em você?
- Você já foi forçada a ter relações com alguém?

Quando há a suspeita, diversos estudos sustentam que a pergunta, direta ou indireta, é a melhor estratégia. Se a pessoa não estiver nesta situação, ela responderá com tranquilidade e perceberá a importância da pergunta para o coletivo de mulheres, desde que suficientemente esclarecida. Se a mulher negar e você estiver convencido de que não é verdade, respeite! É bom que ela saiba que estamos dispostos a ajudá-la.

A queixa mais apresentada pelas mulheres que sofrem violência é a dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa. É a dor que não tem nome ou lugar.

# *Profissionais de Enfermagem não podem executar dispensação de medicamentos*

Em 12 de junho de 2013, por intermédio das Gerências de Fiscalização e Jurídica, o COREN-SP se reuniu com o Ministério Público do Estado de São Paulo e com o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo (CRF-SP) para discutir a dispensação de medicamentos na rede básica de saúde. Foram formuladas estratégias para a resolução das irregularidades apuradas por ambos os Conselhos de Fiscalização.

A questão se mostra problemática porque profissionais de Enfermagem vêm executando a dispensação de medicamentos em diversas Unidades Básicas de Saúde do Estado. Primeiramente, tal atribuição é privativa do farmacêutico e não pode ser delegada a qualquer outro profissional da área de Saúde, conforme dispõe a normativa aplicável à espécie. A desobediência a essa norma representa grande risco à saúde da população, uma vez que a dispensação de medicamentos exige conhecimentos técnicos que não se inserem no âmbito de atuação dos profissionais de Enfermagem.

Ademais, verificou-se que os profissionais de Enfermagem têm exercido essa atribuição sob a supervisão de farmacêutico. Tal procedimento viola o disposto na Lei nº 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem), a qual prevê expressamente, em seu artigo 15, ser obrigatório que o Enfermeiro oriente e supervisione as atividades praticadas pelo Técnico e pelo Auxiliar de Enfermagem. Com base no texto legal, é proibida a supervisão, pelo farmacêutico ou qualquer outro profissional, do trabalho desempenhado por profissionais de Enfermagem.

# Palestrantes internacionais falam sobre prolapso pélvico no COREN-SP Educação

Fotos: Comunicação/COREN-SP

*A Dra Jacqueline Cahil (esquerda) compartilhou as experiências da Fundação Canadense de Continência.*
*Prof. Diaa Rizk (direita) abordou a parte clínca.*

O COREN-SP Educação recebeu no último mês de junho representantes da Fundação Canadense de Continência para a Palestra Internacional sobre Incontinência e Prolapso de Órgãos Pélvicos. A Dra. Jacqueline Cahil apresentou as atividades da Fundação no atendimento a pacientes com incontinência, majoritariamente do sexo feminino, como a entidade se sustenta e compartilhou experiências para ampliação do conhecimento para a assistência nesta área no Brasil.

O Dr.Diaa Rizk, que também é professor de obstetrícia e ginecologia da universidade de Ain Shams, da Cidade do Cairo (Egito), falou sobre as causas prevenção e tratamento do prolapso pélvico em palestras divididas pelos temas: "a moderna classificação e avaliação de prolápso de órgãos pélvicos", "patogênese das disfunções do soalho pélvico relacionadas à gravidez e parto" e "incontinência urinária feminina em países em desenvolvimento: diferenças culturais na percepção e na experiência, barreiras e custos assistenciais".

Um dos pontos mais destacados pelos palestrantes foi que a forma de interpelar as pacientes pode fazer com que a incontinência não seja diagnosticada. Ambos revelaram que em boa parte dos casos o problema não é detectado porque os pacientes não sabem o significado da palavra incontinência. "Deve-se fazer perguntas indiretas que as pessoas compreendam facilmente, como se a pessoa tem vazamentos de urina quando espirra, tosse etc.", explicaram os palestrantes.

## Participação

O evento foi realizado pelo COREN-SP Educação, com coordenação científica da Dra. Beatriz Yamada , enfermeira do Centro de Estudos Norma Gill, Membro do Comitê de Enfermagem da International Continence Society, e moderado Dra. Maria Helena Baena, professora da Faculdade de Enfermagem da Unicamp.

Na plateia de aproximadamente 100 profissionais, enfermeiras e enfermeiros aproveitaram para levar as experiências de suas instituições. Helena Soares de Camargo Pantaroto, por exemplo, é enfermeira do Grupo de Assistência à Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí. "Todo enfermeiro deveria estar preparado para abordar o tema com qualquer paciente, em qualquer situação. Atendemos muitas mulheres obesas e diabéticas, que são um prato cheio para a incontinência. Quanto mais se ouve sobre o assunto, mais alerta fica para lidar com o paciente", acredita a enfermeira, que atua em estomaterapia e recebe pacientes da terceira idade, 50%, segundo ela, usuárias do forrinho para proteção contra vazamento de urina.

Claudia Dias Souza Abrantes atua em duas instituições: no Centro Obstétrico e Classificação de Risco do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes e no Centro de Parto Natural do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, ambas instituições em Santos. Segundo a enfermeira, a palestra foi interessante como auxílio para aplicar na prática pontos como a

orientação às pacientes no pré e pós-parto, além dos exercícios pélvicos para fortalecimento da musculatura da região. "O tema ainda é tratado superficialmente nas instituições de saúde e a gente tem que buscar o assunto a respeito", afirma.

Bárbara Tideman Sartorio ficou sabendo pela internet sobre a palestra e fez a inscrição no portal do COREN-SP (www.coren-sp.gov.br). Ela é enfermeira na empresa de consultoria em aleitamento materno e orientação pré-natal e pós-parto MenuMaterno SP. "Gostaria de trabalhar com parto e na assistência pré-natal e a prevenção do prolapso é muito eficaz", afirma.

Fotos: Comunicação/COREN-SP

*Helena Soares de Camargo Pantaroto*

*Claudia Dias Souza Abrantes*

*Barbara Tiderman Sartorio*

# 1ª reunião para Inclusão de Profissionais de Enfermagem com Deficiência em Serviços de Saúde

No dia 19 de setembro, às 10h, ocorreu a reunião de instalação do Grupo de Estudos para Inclusão de Profissionais de Enfermagem com Deficiência em Serviços de Saúde.

O encontro contou com a abertura do presidente do COREN-SP, Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva, e seguiu sob o comando do Primeiro Secretário Donato José Medeiros.

O referido Grupo de Estudos tem como principal finalidade elaborar uma Referência Técnica para definir os requisitos, critérios e condições necessárias para a inclusão dos profissionais de Enfermagem portadores de deficiências em Instituições de Saúde.

A reunião contou com a presença de representantes do NEPES, Secretaria de Saúde de SP, Ministério Público, SinsaúdeSP, Câmara Municipal de Taubaté, Hospital Sírio Libanês, SERT/PADEF, IEPAC/SECONCI-SP, SINDHOSP, SINDHOSFIL, EEUSP, ASSETESP, SESMT-HC FMUSP, SMPED, dentre outros. O próximo encontro está agendado para o o dia 28 de novembro às 10h, na sede do SindsaúdeSP, para dar continuidade aos objetivos propostos.

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Primeiro-secretário Donato José Medeiros (ao centro) e os participantes do grupo de estudos*

# Encontro reúne Sociedades, Associações e Organizações de Enfermagem

O COREN-SP reuniu sociedades, associações e organizações que congregam a Enfermagem no estado de São Paulo no último dia 18 de setembro com o intuito de integrar e apresentar a proposta do "1º Congresso Internacional do Conselho Regional de Enfermagem".

Representaram o COREN-SP no encontro o presidente do conselho, Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva, e a primeira-tesoureira, Danielle Cristine Ginsicke. Também participaram da reunião Ariadne Fonseca, membro da Comissão Científica do Congresso, Sirlene A. N. Glasenapp, membro da Comissão Administrativa do Congresso, e mais de vinte representantes de sociedades e associações de Enfermagem. A proposta teve apoio unânime e as instituições representativas da Enfermagem confirmaram sua participação no evento .

O "1º Congresso Internacional do Conselho Regional de Enfermagem" será realizado em São Paulo (SP) em abril de 2014 e seu tema será "O cuidar ético, responsável e competente da Enfermagem".

O evento receberá profissionais de Enfermagem brasileiros e estrangeiros para compor as mesas de discussão. O congresso também será aberto para a participação de profissionais de Enfermagem de outros estados. Mais informações sobre o local exato, datas e inscrições serão divulgadas pelo COREN-SP nos próximos meses através do site, das redes sociais e da newsletter.

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Presidente do Conselho Mauro Antônio Pires Dias da Silva apresenta a proposta do 1º Congresso aos presentes*

# *Suspenso edital que não previa profissionais de enfermagem em ambulâncias*

**O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e mais duas instituições apresentaram impugnação ao edital de licitação na modalidade de Pregão Presencial da Prefeitura Municipal de Suzano.**

**O Pregão objetivava a contratação de empresa especializada em locação de ambulâncias. Contudo, o edital não previa a figura do enfermeiro nas Ambulâncias de Suporte Básico – Classe "B".**

**O COREN-SP requereu a retificação do objeto contratual para que fosse incluído o profissional enfermeiro juntamente com o motorista e o técnico de enfermagem. O art. 15 da Lei 7.498/86 dispõe que as atividades de enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde somente poderão ser desempenhadas sob orientação e supervisão direta de enfermeiro.**

**Assim, é imprescindível a presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido e desconhecido, nos termos do art. 15, da Lei 7.498/86 e das Resoluções COFEN 375/11 e 379/11.**

**Em 30 de julho de 2013, a Prefeitura de Suzano suspendeu *sine die* o processo licitário.**

# *COREN-SP firma TACs para contratação de pessoal*

O Centro de Estudo do Hospital Monumento, através do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), pactuou com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) a contratação de profissionais de Enfermagem.

O enfermeiro Responsável Técnico, após as ações de fiscalização do Conselho, apresentou o Cálculo de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem, baseado na Resolução COFEN 293/04, o qual possibilitou estabelecer o quadro de profissionais necessários à prestação da assistência de Enfermagem de forma segura e livre de riscos.

A Instituição, atenta à melhoria da qualidade dos serviços prestados e comprometida tanto com seus colaboradores quanto com aqueles que recebem os cuidados de enfermagem, buscou a ampliação do quadro de profissionais, conforme o disposto no TAC.

Assim, no final do primeiro semestre de 2013, a instituição apresentou os documentos comprobatórios da complementação do quadro de profissionais de Enfermagem acordados no Termo.

O COREN-SP firmou também Termo de Ajustamento de Conduta com Mangerona Remoções Médicas. O objetivo do TAC é garantir a presença de Enfermeiros em qualquer tipo de unidade móvel destinada ao atendimento Pré-hospitalar e Inter-hospitalar, nos termos da Resolução COFEN 375/11, alterada pela Resolução COFEN 379/11.

A Mangerona Remoções Médicas comprometeu-se a contratar gradativamente profissionais enfermeiros, até atingir quantidade de profissionais suficientes para todas as ambulâncias tripuláveis da sua frota.

A presença de enfermeiros nas Unidades Móveis é uma importante medida que visa garantir o cumprimentoda Lei 7.498/86 e o decreto 94.406/87 para melhor qualidade na assistência de enfermagem em prol da sociedade.

# Pareceres da Câmara Técnica

Foto: sxc.hu

**O COREN-SP disponibiliza no site todos os pareceres técnicos para consulta. Acesse o link portal.coren-sp.gov.br/pareceres e leia detalhadamente cada um dos 58 relacionados abaixo, mais os 46 do ano de 2012, dentre outros.**

Parecer 58/2013 - Transcrição de medicamento para prontuário eletrônico e transcrição de receita médica vencida pelo Enfermeiro

Parecer 57/2013 - Realização de PCMSO por Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

Parecer 56/2013 - Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem

Parecer 55/2013 - Limpeza, desinfecção e esterilização de material odontológico: responsabilidades na execução e subordinação

Parecer 54/2013 - Telemedicina. Administração de medicamentos de emergência por ordem verbal de médico regulador do SAMU

Parecer 53/2013 - Competência para a retirada de drenos de diferentes tipos, troca do selo d'água e ordenha por profissionais de Enfermagem

Parecer 51/2013 - Competência para realização de sangria terapêutica

Parecer 50/2013 - Encaminhamento de paciente para outros profissionais pelo Enfermeiro

Parecer 49/2013 - Competência para retirada de cateter duplo J

Parecer 48/2013 - Administração de Penicilina por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Realização e leitura de Teste de Sensibilidade á Penicilina

Parecer 47/2013 - Administração de medicamento prescrito em outro estabelecimento de saúde

Parecer 46/2013 - Limpeza concorrente e terminal, responsabilidade e maneira de execução

Parecer 45/2013 - Punção de veia jugular por Enfermeiro

Parecer 44/2013 - Competência dos profissionais de Enfermagem para ações de acolhimento e triagem para o NASF de pacientes da atenção básica

Parecer 43/2013 - Passagem, cuidados e manutenção de PICC e cateterismo umbilical

Parecer 42/2013 - Competência do profissional de Enfermagem para punção de fístula arteriovenosa

Parecer 41/2013 - Passagem de plantão ao turno seguinte. Quando caracteriza-se abandono de plantão

Parecer 40/2013 - Dupla-checagem

Parecer 39/2013 - Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem

Parecer 38/2013 - Atuação do profissional de Enfermagem frente às condutas medicamentosas prévias à realização de exames diagnóstico terapêuticos

Parecer 37/2013 - Carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição

Parecer 36/2013 - Competência para aprazamento de prescrição médica

Parecer 35/2013 - Realização de dinâmica uterina, toque vaginal e acompanhamento do trabalho de parto por Enfermeiro

Parecer 34/2013 - Prontuário do paciente

Parecer 33/2013 - Administração do BCG Imunoterapêutico (vacina Onco-BCG)

Parecer 32/2013 - Realização de exame de campimetria.

Parecer 31/2013 - Realização de teste de gravidez e informação do resultado.

Parecer 30/2013 - Realização de glicemia capilar e aferição de pressão arterial.

Parecer 29/2013 - Desempenho de atividade profissional por portador de Hepatite tipo B e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Parecer 28/2013 - Assistência de enfermagem sem supervisão de Enfermeiro – Impossibilidade.

Parecer 27/2013 - Aferição de Pressão Arterial por leigos.

Parecer 26/2013 - Cardioversão, Desfibrilação e Uso do DEA.

Parecer 25/2013 - Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Parecer 24/2013 - Competência para aplicação e avaliação de escalas da dor.

Parecer 23/2013 - Procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.

Parecer 22/2013 - Negativa de atendimento a paciente.

Parecer 21/2013 - Indicação e prescrição pelo Enfermeiro de leite artificial e outras fórmulas.

Parecer 20/2013 - Prestação de socorro por equipe de enfermagem de UBS, ambulatórios e hospitais, em ambiente externo ao local de trabalho.

Parecer 19/2013 - Realização de exame físico e emissão de declaração ou atestado para liberação de uso de piscina.

Parecer 18/2013 - Mensuração e regularização da pressão do 'cuff' (balonete) de cânulas de entubação e traqueostomia por Enfermeiro

Parecer 17/2013 - Atendimento da Equipe de Saúde da Família fora da área de abrangência.

Parecer 16/2013 - Competência para o transporte de cilindros de gases medicinais e para troca de válvula reguladora dos mesmos.

Parecer 15/2013 - Competência para manipulação de paciente no pós-operatório imediato de cirurgia de prótese de quadril.

Parecer 14/2013 - Orientação, preparo e instalação de Nutrição Parenteral Prolongada (NPP).

Parecer 13/2013 - Atuação de Auxiliar de Enfermagem na função de Técnico de Enfermagem e realização de procedimentos sem prescrição médica

Parecer 12/2013 - Atuação de Enfermagem e administração de medicamentos em creches e escolas

Parecer 11/2013 - Lavagem de ouvido por profissional de enfermagem

Parecer 10/2013 - Avaliação para Prevenção de Incapacidade

Parecer 09/2013 - Serviço de Educação Continuada

Parecer 07/2013 - Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna

Parecer 06/2013 - Troca de Cânula de Traqueostomia por Enfermeiro

Parecer 05/2013 - Exame de mama e coleta de secreção realizada por profissional de Enfermagem

Parecer 04/2013 - Realização de Gasometria Arterial por profissional de Enfermagem

Parecer 03/2013 - Realização de consulta médica, administração de medicamentos e coleta de exames em menores de idade, desacompanhados de responsável legal

Parecer 02/2013 - Administração de metotrexato fora do ambiente hospitalar

Parecer 01/2013 - Manuseio de equipamento de fototerapia em dermatologia por Auxiliar de Enfermagem

Foto: ipoghost.ex.com

# Problemas além dos Muros da Escola

*Crescimento desenfreado do número de cursos, falta de controle do MEC e das secretarias de saúde e fraca formação no ensino básico são algumas das causas das fragilidades na formação em Enfermagem.*

Os processos éticos julgados nos últimos 18 meses apontam a ocorrência de danos induzidos por más condições de trabalho, cansaço pelas longas jornadas e conhecimento técnico-científico insuficiente, esses últimos relacionados à formação deficiente tanto em graduação quanto no nível médio. Sendo assim, a formação é sempre apontada com uma das fragilidades na profissão. De acordo com a lei 5.905/73, que dispõe sobre a criação do Sistema Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, os CORENs têm por finalidade fiscalizar o exercício profissional. Legalmente, são impossibilitados de fiscalizar formação profissional e qualidade de ensino, atribuição do Ministério da Educação, no caso de cursos superiores, e das Secretarias de Educação, quando se tratam dos cursos técnicos.

"Hoje, no estado de São Paulo há entre 200 e 300 instituições de ensino superior oferecendo cursos de Enfermagem. Existem faculdades com 150 alunos em uma turma e que formam mais de 500 enfermeiros por semestre. Outras escolas já oferecem disciplinas ou cursos a distância. As escolas que oferecem cursos de técnico de Enfermagem passam de 800 no estado. O aparelho formador o joga no mercado e surgem erros grosseiros", explica o presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Prof. Mauro Antônio Pires Dias da Silva.

Diante do descontrole das entidades responsáveis, o COREN-SP iniciou uma série de debates sobre avaliação de egressos de cursos de Enfermagem. No começo deste ano, uma amostragem de enfermeiros de São Paulo foi consultada com uma pergunta simples: "Você é favorável à aplicação de um exame pelo COREN-SP para avaliar se os recém-formados em cursos superiores de Enfermagem estão aptos a exercer a profissão?" Foram obtidas 8.765 respostas, sendo que 7.797 se declararam favoráveis (88, 96%), 949 disseram ser contra

(10,83%) e 19 (0,21%) não se posicionaram.

A viabilidade da avaliação em Enfermagem ainda não é clara. Segundo o presidente do COREN-SP, para enfermeiros seria relativamente fácil, pois se pode desenvolver um instrumento que verifique a cognição, o que não seria possível com técnicos e auxiliares devido às peculiaridades de suas funções.

A iniciativa já está sendo realizada pelos médicos paulistas. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) está trabalhando no sentido de avaliar os recém-formados. No entanto, existe outro movimento defendendo que é necessário avaliar outros profissionais de saúde. Tramita na Câmara dos Deputados o projeto de lei 559/2007, de autoria do deputado Joaquim Beltrão (PMDB-AL) e relatoria de Roberto Santiago (PSD-SP), que pode autorizar os conselhos de diversas áreas a exigirem a aplicação do exame de suficiência como requisito para a obtenção de registro profissional.

Em apresentação para presidentes de conselhos profissionais da área da saúde, realizado em abril deste ano no Cremesp, foi defendido que o tema não pode ser encarado com simplicidade e que o exame de proficiência deve ser instituído obrigatoriamente, levando em conta que os profissionais de saúde lidam com a vida de seres humanos e são responsáveis pelo atendimento de pacientes.

"As escolas de Medicina devem oferecer um curso de formação de qualidade e não podem passar impunes caso isso não aconteça", argumentou. Para o parlamentar, é preciso buscar solução para um conjunto de problemas, não responsabilizando apenas o aluno pelo mau resultado de sua avaliação profissional, atrelado à formação acadêmica deficiente.

## Panorama da graduação

Independentemente da natureza da instituição (pública ou particular), os cursos devem obedecer às Diretrizes Curriculares Nacionais, publicadas pelo Ministério da Educação em 2001, as quais estabelecem que o enfermeiro tenha "formação generalista, humanista, crítica e reflexiva", cuja qualificação o capacite para exercer a Enfermagem "com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos". As competências e habilidades que o concluinte deve apresentar para obter o diploma são a atenção à saúde (estar apto a promover ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual ou coletiva); capacidade de tomar decisões; comunicar-se estando acessível e mantendo confidencialidade de informações; liderança para o trabalho em equipe multiprofissional; realizar gerenciamento e administração de força de trabalho, dos recursos; e capacidade de aprender continuamente (educação permanente).

Ademais, a formação do enfermeiro deve, segundo as diretrizes, "atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar integralidade e a qualidade e humanização do atendimento". Todo curso tem um projeto pedagógico construído de acordo com tais diretrizes, mas a sua execução nem sempre garante que o profissional formado terá todas competências e habilidades exigidas. Em junho deste ano, o COREN-SP promoveu um encontro com docentes e coordenadores de curso para avaliar a graduação, potencialidades, causas de fragilidades e encaminhamentos para melhoria. Constatou-se que as principais causas apontadas por quem trabalha na formação podem ser encontradas tanto dentro quanto fora das instituições de ensino superior.

## Expansão desordenada

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professora Diná Monteiro da Cruz, diretora da EEUSP*

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/1996) estabeleceu autonomia política e administrativa das instituições de ensino superior. Desde então, as vagas passaram de 5 mil no final da década de 1990 para 35 mil no início dos anos 2000. Segundo a professora Diná Monteiro da Cruz, diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, existem hoje pelo menos 144 cursos de graduação na área em 283 municípios do estado de São Paulo.

"O movimento de expansão de vagas foi desordenado e descolado das necessidades sociais em saúde, das condições estruturais para o processo de formação e da capacidade de absorção dos novos profissionais. A inexistência de mecanismo regulatório para autorização, reconhecimento e renovação dos cursos gerou desequilíbrios regionais, tendo algumas localidades com poucas e outras com muitas vagas, e uma desproporção entre o ensino público e o particular, que cresce mais", avalia a diretora.

## Desequilíbrio público-particular

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professora Ariadne da Silva Fonseca, diretora de educação da ABEn-SP*

De acordo com a diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo, Ariadne da Silva Fonseca, houve uma privatização do ensino de graduação em enfermagem. "O crescimento de cursos privados foi superior aos de públicos em todos os anos entre 2001 e 2011 , chegando a uma relação de 4,16 cursos privados para cada curso público", revela.

Em 2013 já foram identificadas pela ABEn 888 Instituições de Ensino Superior oferecendo a graduação em todo o País. Os dados do último Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) mostram que dos mais de 500 cursos avaliados, 43% têm nota 1 ou 2 (a nota máxima é 5) e outros 36% obtiveram 3, nota mínima aceitável.

"Temos que repensar a expansão dos cursos avaliar como está acontecendo e propor um redimensionamento da oferta de vagas nos cursos, faculdades e escolas de Enfermagem, tomando-se como marco de referência as necessidades sociais em saúde da população, mercado de trabalho e oferta de espaços de formação clínica para os estudantes de enfermagem", defende a diretora da ABEn.

# Trabalhador que estuda

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Maria Tereza de Assis, coordenadora no Centro Universitário Anhanguera de Santo André.*

Até pouco tempo atrás os estudantes universitários eram economicamente avaliados apenas como estudantes ou estudantes que possuem um emprego ou estágio. Atualmente, boa parte dos alunos de faculdades particulares, que são a maioria absoluta, se formam realizando dupla jornada, dividindo os estudos com a atividade laboral necessária à garantia do próprio sustento.

"O meu aluno é um trabalhador que estuda, normalmente um auxiliar ou técnico de Enfermagem que trabalha numa instituição de Saúde e vem estudar no período matutino ou noturno. Recebo também alunos que vêm de supletivos que apresentam diversas dificuldades no contexto universitário, com as tecnologias da informação etc.", exemplifica a professora Maria Tereza de Assis, coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Anhanguera de Santo André.

# Atualização dos currículos

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professora Suzete Maria Fustinoni, Escola Paulista de Enfermagem/Unifesp*

Nos últimos anos, o enfermeiro foi engajado no Programa de Saúde de Família e tem atuado em atendimento domiciliar. Até os convênios da saúde suplementar também estão oferecendo atendimento e cuidados em domicílio. Por isso, os currículos devem procurar se engajar em manter um curso "adequado às mudanças pelas quais a sociedade vem passando, sem, contudo, deixar de priorizar a assistência sistematizada de enfermagem ao indivíduo, família e grupos de comunidade, por meio de ações integradas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, nas diferentes fases do ciclo-vital e do processo saúde-doença, que compreende como relação dinâmica, determinada por múltiplos fatores e pelo contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive".

A explicação da professora Suzete Maria Fustinoni, sobre a atualização do projeto pedagógico realizado recentemente na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, aponta para que o curso de Enfermagem tenha como objetivo o de formar enfermeiros capazes de analisar e atuar criticamente, com competência nos diferentes contextos do processo saúde-doença-cuidado, tendo por referências os preceitos humanitários, éticos e científicos norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)".

## Cursos técnicos

O curso técnico em Enfermagem é elaborado com base nas Diretrizes Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação e integra a área da Saúde como um campo que "compreende ações integradas de proteção, prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde, com base em um modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar".

Com estes princípios, as escolas constroem seus planos de curso para formar profissionais com competências gerais na área da Saúde, estabelecidas nas diretrizes, assim como funciona na construção de cursos de biodiagnóstico, radiologia, diagnósticos por imagem, radiologia, nutrição, farmácia, estética etc.

O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) do Ministério da Educação publica e atualiza regularmente um Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, estabelece a carga horária mínima de 1.200 horas e mais 50% (600 horas) de estágio, totalizando 1.800 horas, e estabelece as características do técnico que orientam a construção do plano de curso específico para o ensino da Enfermagem em nível médio.

Este profissional deve ser preparado para trabalhar em hospitais, clínicas, postos de saúde, empresas e domicílios, de acordo com as atividades permitidas pela legislação da enfermagem, com competências para:

- Atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos da saúde-doença.
- Colaborar com o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e comunidade, em todas as faixas etárias.
- Promover ações de orientação e preparo do paciente para exames.
- Realizar cuidados de enfermagem, tais como curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais, entre outros.
- Prestar assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos.

A cartilha também estabelece que as instituições de ensino técnico de nível médio devam abordar nos cursos de Enfermagem os temas: processos de Saúde-doença e seus condicionantes; políticas de Saúde; anatomia, fisiologia, nutrição, farmacologia, microbiologia e parasitologia; processo de trabalho, humanização, ética e legislação profissional; fundamentos da Enfermagem; Enfermagem neonatológica, obstétrica, neuropsiquiátrica e UTI; suporte básico à vida; e biossegurança.

As escolas devem possuir obrigatoriamente em sua estrutura básica, de acordo com a cartilha do Pronatec, uma biblioteca com acervo específico e atualizado, laboratório de anatomia humana, laboratório de informática com programas específicos e laboratório didático de unidades de enfermagem.

Após o cumprimento de uma carga horária mínima de 1110 horas, entre aulas teórico-práticas e estágio, o aluno já recebe um certificado de auxiliar de Enfermagem e pode trabalhar nas instituições de Saúde enquanto conclui o curso técnico. As escolas que formam apenas auxiliares ainda existem no Estado de São Paulo, mas em número regressivo.

## Problemas semelhantes à graduação

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professor Ben Hezed dos Santos, diretor da Escola de Enfermagem da Santa Casa de São Paulo*

Na prática, os cursos técnicos também sofrem com problemas na formação do aluno no ensino básico. "O perfil do aluno que chega para a gente no curso técnico é muito semelhante ao do aluno da graduação. Ele tem dificuldades em ortografia, visão reduzida da sociedade e da vida e com as quatro operações matemáticas básicas", afirma o professor Ben Hezed dos Santos, diretor da Escola de Enfermagem da Santa Casa de São Paulo. Segundo o diretor, a Santa Casa, que forma em média 80 técnicos por semestre, realiza um trabalho de nivelamento com aulas gratuitas de Língua Portuguesa (voltada principalmente à linguagem textual) e Matemática, oferecidas antes dos turnos do curso técnico e aos finais de semana.
"Não podemos fechar os olhos para o que fizeram antes com estes alunos e temos que nos preocupar com o que será feito após o seu ingresso no curso técnico. Se aceitássemos somente quem demonstrasse os conhecimentos mínimos necessários para entrar direto na formação em Enfermagem, não conseguiríamos montar uma turma com 10 alunos", lamenta.

## Abertura controlada de cursos

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professora Ana Maria Pianucci, gestora dos cursos de Enfermagem do Senac-SP, em apresentação no XI Encontro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Inrad (Imagine, 2013, em março deste ano em São Paulo)*

O Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) oferece cursos de Enfermagem em nível técnico e de especialização de nível médio em 35 unidades no estado de São Paulo.
Para a gestora dos cursos da instituição, professora Ana Maria Pianucci, a oferta é controlada de acordo com a capacidade de absorção dos profissionais das regiões em que essas escolas estão inseridas. "Não podemos formar desempregados com base em modismos", sentencia.
O perfil de formação defendido pela gestora é de profissionais que atuem em todos os níveis de atenção à saúde, em todos os graus de complexidade. "O técnico tem que entender desde uma competência mais simples até uma complexidade maior, e em todo o ciclo vital. Às vezes a gente percebe que a criança, o idoso, a mulher ou o homem ficam de lado. O técnico deve permear todo o ciclo vital e a gente vê essa triangulação na formação dele: paciente-humanização-postura profissional", finaliza.

# Atuação conjunta pela qualidade de vida

***Os manicômios, além de obsoletos e desumanos se mostraram historicamente incapazes de tratar com sucesso pacientes com distúrbios mentais. A luta antimanicomial das últimas décadas mostra que o esforço de equipe multiprofissional, família e paciente, juntos, é mais eficiente para garantir a qualidade de vida.***

Foto: sxc.hu

O psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) foi um dos pioneiros na luta antimanicomial. Segundo o médico italiano, os manicômios possuem uma "lógica infame" de internar pessoas não produtivas numa sociedade que se baseia na produtividade. Um encarceramento com as mesmas funções institucionais das prisões para criminosos. "Se elas continuavam doentes, era pela mesma razão, porque eram improdutivas, inúteis para um sistema social como o nosso", defendia.

No Brasil, a reforma psiquiátrica, derivada de movimentos sociais, tem pretensões de modificar a assistência nesta área em todo o País. Foi iniciada ao final dos anos 1970 e começo dos 1980, paralelamente à eclosão da crise da assistência centrada em hospícios, conforme documento do Ministério da Saúde (MS). A partir de acordos firmados pelo Brasil, como a assinatura da Declaração de Caracas e a realização das conferências nacionais de saúde mental, o processo se fortaleceu no princípio da década de 1990. Desta feita, o governo começou a promulgar normas a fim de regulamentar a implementação das alterações.

De acordo com o Ministério, entre as principais metas, estão "a ampla mudança do atendimento público em saúde mental", "o atendimento feito em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência", "as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS 24 horas", e"os hospitais de grande porte vão sendo progressivamente substituídos".

Décadas após o início da reforma, o professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) João Fernando Marcolan, com 30 anos de experiência no setor psiquiátrico, analisa a história e o saldo dos anos de processo. "Creio que sequer houve uma reforma, pois não ocorreu uma mudança de todo o sistema. De forma geral, a assistência era centralizada somente em hospitais psiquiátricos até a década de 1980, e eles traziam sofrimento e agravavam os transtornos da maioria dos pacientes".

"Tínhamos um modelo baseado em hospital, centrado em médicos e em remédios, e isso continua existindo, mas com menos hospitais e com algumas mudanças de estrutura. O modelo não avançou em termos de ter uma rede integrada e estruturada de assistência. Hoje, temos um sistema híbrido: 40% da assistência ainda são prestados na rede hospitalar e 60% na rede extra-hospitalar, quando já deveríamos ter extinguido os hospitais psiquiátricos e ter somente a rede extra-hospitalar e manter a internação psiquiátrica somente nos hospitais gerais", garante o especialista.

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Professor João Fernando Marcolan*

Segundo o professor, da mesma forma que os hospitais gerais têm áreas como ginecologia e pediatria, deveria haver uma área destinada à psiquiatria, contudo, poucos contam com isso. Como demonstrada pela última Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos do Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde ao final de 2011, de maneira geral a situação estrutural dos hospitais psiquiátricos no Brasil é muito precária. Algumas das principais conclusões do estudo revelam que:

- Das 189 instituições analisadas, 81% apresentaram insuficiência na proporção de profissionais de saúde para pacientes, conforme rege a Portaria 251/2002 do Ministério da Saúde.

- De todos hospitais avaliados, 58% estão impróprios quanto a área física, armazenamento de alimentos e rotina de trabalho.
- 124 hospitais (66%) expuseram inadequações quanto aos recursos assistenciais.
- O estado de São Paulo concentra 29% dos hospitais psiquiátricos do País.
- 20% das instituições possuem problemas no controle de qualidade da água e tratamento do lixo.
- 79% demonstraram algum tipo de falha em relação às ações de vacinação e controle de doenças transmissíveis.
- Houve 1.250 mortes, entre janeiro de 2010 e junho de 2011, em 176 hospitais psiquiátricos. Em 50,3% das certidões de óbito constava "causas mal definidas" como motivo das mortes.
- 187 instituições (99%) mostram algum tipo de inadequação na avaliação de estrutura física, mobiliário e vestuário.
- Em 50% das unidades, as farmácias não estavam em conformidade com o padrão do MS quanto à área física, armazenamento de medicamentos e rotinas de trabalho. Doze destes hospitais não adotam dose individualizada de medicação.
- Quanto ao projeto terapêutico individual, que define atividades multiprofissionais voltadas para a qualidade da assistência e trabalho para alta hospitalar, 58% dos hospitais apresentam alguma inadequação.
- 75% estão impróprios quanto aos prontuários feitos pelos profissionais de saúde.
- Metade dos hospitais evidenciaram insuficiência em atividades fundamentais que qualificam a assistência, contemplando a preparação para o retorno do usuário ao convívio social por reuniões com familiares, licenças terapêuticas e atividades extra-hospitalares.

## Estrutura e relações

Além dos elementos físicos típicos das instituições manicomiais, há a herança das relações opressivas e hierárquicas dentro das mesmas. Consistem em "tratamentos abusivos, castigos, dominação, submissão, relação autoritária não terapêutica, relação profissional não afetiva, ou seja, que não respeita a subjetividade da pessoa", conforme define Marcolan. Uma das estratégias encontradas pelos governos para desinstitucionalizar o paciente de hospital foi criar residências terapêuticas, destinadas a pacientes internados há mais de cinco anos em hospitais psiquiátricos. O Estado transfere, para essas casas, pessoas que têm certa autonomia e podem cuidar de si mesmas. A prefeitura local paga o aluguel da casa e um profissional de saúde verifica diariamente os moradores.

> **"Tratamentos abusivos, castigos, dominação, submissão, relação autoritária não terapêutica, relação profissional não afetiva, ou seja, que não respeita a subjetividade da pessoa."**
>
> (João Fernando Marcolan)

O principal formato de atendimento adotado atualmente é o de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPs podem ser administrados pelo Estado ou geridos por Organização Social de Saúde (OSS). O critério para a sua implantação leva em conta a quantidade de população da região e eles podem ser cinco tipos:

I – Serviço com horário de funcionamento durante o dia prestado para cidades de pequeno porte, com a incumbência de dar cobertura para toda população com transtornos mentais severos (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

II – Destinado a cidades de médio porte, para atendimento adulto no período diurno.

III – Serviços 24h com internação, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem a pacientes adultos.

IV – Destinado a crianças e adolescentes, em cidades de médio e grande porte. Tem funcionamento durante o dia.

AD – Serviço para pessoas dependentes de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte, com funcionamento durante o dia.

## Tratamento extra-hospitalar

Como institui o Ministério da Saúde, "todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular".

Para Marcolan, as relações continuam sendo manicomiais nas unidades básicas de saúde, no serviço residencial terapêutico e, inclusive, nos CAPS. "Dessa maneira, podemos ter um manicômio dentro de uma unidade extra-hopitalar, não necessariamente em um hospital psiquiátrico. Se as instituições respeitassem as normas, o paciênte teria que ter disponibilidade de ligar para quem quisesse, pedir habeas corpus e sair do hospital", explica o professor.

Para comparar e aprofundar a teoria (Lei 10.261 de 2011) com a prática (experiências na atenção psiquiátrica), a EnfermagemRevista foi ouvir o que os profissionais que atuam ou atuaram na área tem a dizer.

O especialista da área Ricardo Moreira (nome fictício para proteger a fonte) foi enfermeiro da psiquiatria de um grande hospital geral de São Paulo por pouco mais de 1 ano e pôde analisar como é a assistência prestada na instituição. "Comecei a trabalhar lá logo após a minha graduação e pude constatar uma estrutura manicomial. Não há investimento, os pacientes não podem sair, não há privacidade, as janelas têm grades. O profissional que trabalha na psiquiatria é o profissional que não se adaptou aos outros setores do hospital, é uma espécie de castigo, por isso a relação dos profissionais com os pacientes era conturbada, agitada e autoritária. Não havia profissionais capacitados para lidar com esse tipo de paciente, além do mais o quadro era insuficiente. Fiquei cansado de fazer parte de algo que não tinha chance de mudar, então deixei o emprego".

Márcio Sampaio (nome fictício para proteger a fonte) é enfermeiro também com especialização em psiquiatria e trabalhou

Foto: Doação à Comunicação/COREN-SP

*Ala psiquiátrica de hospital*

8 meses em um antigo hospital psiquiátrico que passou a ser um Centro de Atenção Integral em Saúde Mental; 8 meses na enfermaria psiquiátrica de um hospital público; e 4 meses em uma unidade do CAPS III. Dessas experiências, Sampaio conta que teve a impressão de ter parado no tempo diante de estruturas físicas velhas e precárias, pacientes crônicos que iam e voltavam para internações, profissionais desatualizados e despreparados para o novo modelo de assistência e residências terapêuticas funcionando dentro de complexo hospitalar, onde, por exemplo, havia uma senhora internada há mais de 30 anos.

O enfermeiro pós-graduado em enfermagem psiquiátrica Luis Soares (nome fictício para proteção da fonte) já atuou na cidade de São Paulo no CAPS II Adulto – coordenado pelo Estado – e atualmente trabalha no CAPS III AD – administrado por OSS.

"O CAPS II não possuía estrutura manicomial, era organizado. Conseguíamos prestar uma boa assistência, próxima da qualidade ideal. Estudávamos cada caso em equipe formada por psiquiatra, assistente social, artistas de teatro, psicólogos,

terapeutas ocupacionais, auxiliares administrativos. Todos participavam da reunião para direcionar o tratamento e para montar o projeto terapêutico" alega Soares.

A respeito do CAPS III AD, Soares declara que "o local tem a estrutura de uma casa, mas funciona como manicômio. Quando comecei, a equipe acompanhava o paciente. Se ele ia tomar banho, o profissional ficava na porta. Era uma relação de vigilância, uma relação manicomial. A ideologia é 'portas abertas', ou seja, o paciente pode sair e entrar quando quiser, mas isso não ocorre. Numa ocasião, um paciente quis sair e parte da equipe fez um paredão humano para impedir; fora as restrições de circulação feitas dentro do próprio CAPS. Se é para vigiar que estamos lá, eles não deveriam contratar enfermeiros, esse não é nosso papel, não servimos para isso".

"No AD, só os casos mais leves são internados. Os que realmente necessitam de internação e são considerados os mais graves são enviados ao pronto-socorro mais próximo. Fazem isso porque não tem profissionais capacitados e preparados para o atendimento" completa o enfermeiro.

## Luz no fim do túnel

O CAPS Mandaqui, na Zona Norte de São Paulo, por exemplo, é considerado uma referência no atendimento extra-hospitalar. No local, a equipe multiprofissional se reúne diariamente para discutir os casos e conta com médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionista, farmacêuticos, assistente social, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e oficineiras (ajudantes das atividades, como artesanato, plantações, recreação).

Além de o centro estar bem localizado, próximo a hospitais, unidades básicas de saúde, pronto socorro psiquiátrico e parques, o que colabora para o tratamento, o atendimento e as medicações são individualizados e ajustáveis, diferentemente de como funcionam hospitais psiquiátricos. "No que eu trabalhei e nos que conheci, colocavam pessoas com todos os tipos de transtornos para conviver juntamente, e também com dependentes químicos. Eram pouquíssimos profissionais para atendê-los. E era um tratamento coletivo, mesma medicação e procedimento pa-

Fotos: Comunicação/COREN-SP

*Espaço de convivência no CAPS Mandaqui*

drão a todos. Nesses casos a evolução é zero. Eles saem piores do que entram", relata a enfermeira Salua Ilza de Andrade, do CAPS Mandaqui.

A valorização do vínculo com o paciente é tratada como de suma importância em momentos críticos. "Dessa forma, conseguimos perceber os pacientes que não estão bem e dão indícios de que terão surtos, pois os conhecemos. E quem tiver mais proximidade, amizade com eles, conversa para tentar amenizar a situação. Caso, mesmo assim, haja o surto, utilizamos a contensão mecânica somente em último caso, apenas quando eles estiverem se colocando em risco ou colocando os outros em risco", explica a enfermeira Sheila Cristina Silva de Andrade.

Tratando-se de um CAPS 24 horas, segundo as enfermeiras há internações somente para acolhida noturna. "Eles apenas ficam aqui com o consentimento. Normalmente é uma procura do usuário quando sente que não está bem e somente podemos sugerir que ele fique. Caso queira ir embora, procuramos avisar a família e reduzir os riscos no deslocamento. Caso não tenha família e considerarmos que o paciente, caso saia, estará em risco e pode se ferir ou ferir outros, tentamos medicar, conversar ou até o encaminhamos ao pronto-socorro psiquiátrico", esclarece Sheila.

Segundo Salua e Sheila, ambas pós-graduadas em Saúde Mental, melhorias ainda são necessárias para alcançar a assistência ideal. "Faltam algumas salas para atendimentos. E temos dificuldade de ampliar nossa equipe profissional, pois há muita burocracia nas contratações. Assim, aumenta o número de pacientes, porém a estrutura e a equipe profissional não acompanham como deveriam", explicam.

O CAPS Mandaqui também possui acompanhamento e visitas domiciliares para acompanhamento da família do paciente, a qual, em muitos casos pode agravar ou garantir o sucesso do tratamento, colaborando com a qualidade de vida. "Temos apenas seis leitos porque a ideia é que a pessoa viva sua vida. É necessário evoluir o atendimento para realmente conseguirmos inserir o paciente na comunidade, no trabalho, mas para isso a sociedade inteira precisa de informação, de conhecimento", defende Salua.

*Enfermeira Sheila Cristina Silva de Andrade*

*Enfermeira Salua Ilza de Andrade*

## Experiência manicomial

Uma mulher que não quis se identificar ficou internada em abril de 2012 em um hospital psiquiátrico da Grande São Paulo. Depois de quatro dias, ao receber a primeira visita e relatar o que se passava na instituição, foi retirada pelo marido. Ambos afirmam: "quem é internado lá, piora sua situação, não há como alguém melhorar naquele lugar".

"No dia em que cheguei, já quiseram me forçar a colocar a roupa do hospital mas como eu não quis, me amarraram numa cama em um quarto escuro, com outras seis pessoas amarradas gemendo e chorando a noite toda. Fiquei muito assustada e não consegui dormir. Ao final da noite, consegui chamar uma enfermeira e pedi que ela me ajudasse. Ela me soltou e me levou até o quarto das enfermeiras."

"Pela manhã, a enfermeira me levou ao alojamento dos pacientes para eu assistir à televisão. Mas ela trancou a porta e disse que eu só poderia sair de lá depois de ter alta, o que demoraria por volta de 15 dias. Fiquei desesperada, pois estava vendo que os pacientes eram maltratados. E os quartos tinham três ou quatro camas, não eram individuais como eu esperava."

"Havia poucos profissionais e que eram muito mal educados, rudes, parecia que não gostavam do que estavam fazendo. A médica que foi me visitar me tratou com muito desdém, não ligou para o meu sofrimento. Eu disse a ela que não estava tomando meus medicamentos e ela disse que eu não iria tomá-los e sim os do hospital, mesmo meu médico tendo recomendado que eu continuasse com os remédios indicados por ele. Éramos obrigados a levantar todos os dias às 5h30 da manhã para sermos medicados."

"[A instituição] tem uma estrutura bem deprimente. Os banheiros não têm porta, não há privacidade, não havia telefones acessíveis. O hospital tem uma área grande fora dos alojamentos e não deixaram a gente sair nenhuma vez enquanto estive lá. Disseram que somente depois de dez dias que começavam a deixar as pessoas saírem, se estivessem se comportando bem."

"Não havia controle ou organização. Eu não queria ficar no quarto, pois tinha uma paciente gritando que não me deixava dormir. Fui pedir para a enfermeira me trocar de quarto e ela me disse que eu poderia mudar, era só pegar minhas coisas e ir para outro leito. Eu fui. E ninguém ficou sabendo ou registrou a mudança. Esse foi um dos motivos que me fizeram achar que todos tomavam a mesma medicação, pois parecia que não havia controle de quem era quem e quem estava em qual leito."

## Conclusão

A estrutura da maioria das instituições psiquiátricas é um grande desafio a ser vencido para que se possa obter reais melhorias e tratamentos eficazes para o paciente. Ao mesmo tempo que se demonstra temerário o quadro do atendimento psiquiátrico, cresce uma corrente filosófica e evolutiva entre alguns profissionais de Enfermagem que buscam na profissão especialização na área, com a intenção de reduzir o estigma contra o doente mental, melhorando sensivelmente o atendimento.

Isto leva a uma reflexão sobre a necessidade de acabar com os "caminhos tortos" que persistem e existem camufladamente, encarcerando o paciente e tirando-lhe o direito de decidir os rumos da própria vida, assim como sua dignidade.

## São direitos da pessoa portadora de transtorno mental

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos

invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os [seus] direitos.

Trechos da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 – Principal legislação norteadora da Reforma Psiquiátrica.

## Fiscalização

No último ano, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo já fiscalizou todas as instituições de saúde do estado e atestou que a grande maioria dos hospitais psiquiátricos está com problemas relativos à Enfermagem. A Resolução do COFEN 293 de 2004, que versa sobre o dimensionamento da Enfermagem, é base do roteiro de fiscalização praticado pelo Conselho e é desrespeitada frequentemente.

Foram fiscalizadas 40 instituições psiquiátricas no estado de São Paulo até o momento. Uma delas não possuía problemas e outra sanou as irregularidades após a fiscalização. Trinta e oito apresentaram irregularidades como inadequação na identificação dos profissionais nos registros de Enfermagem, inexistência ou inadequação do processo de Enfermagem, ausência de cálculo de dimensionamento, ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas ações de Enfermagem, enfermeiro na instituição sem anotação de responsabilidade técnica junto ao Conselho, inexistência de enfermeiro no atendimento pré e inter-hospitalar.

Segundo Viviane Santos, gerente da fiscalização do COREN-SP, a maioria dessas ocorrências se deve ao fato de a maior parcela dessas instituições seguir a Portaria 251 de 2002 do Ministério da Saúde, que possui diretrizes em desconformidade com a resolução do COFEN. São seguidas regras como, por exemplo, a de que hospitais especializados (em psiquiatria) devem conter, no mínimo, um enfermeiro para cada 240 leitos das 7 às 19h. Outro dos artigos da Portaria rege que deve haver "quatro auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas", o que possibilita mais de uma interpretação. Essa portaria ainda estabelece que um médico clínico geral é suficiente para atender 120 pacientes psiquiátricos.

A fiscalização do COREN-SP notifica essas instituições a estarem em harmonia com a Resolução 293/04 quanto aos procedimentos de Enfermagem e, caso não providenciem tais modificações, entra com uma ação judicial contra a instituição. Atualmente, as 38 instituições irregulares (95% das fiscalizadas) estão sendo acompanhadas pela Gerência Jurídica do Conselho.

O COREN-SP frisa que é obrigação do profissional de Enfermagem denunciar agressões, maus tratos e práticas abusivas ao Conselho. Em caso de omissão, ele está sujeito a processo ético-disciplinar por ter sido conivente com a situação irregular. Qualquer pessoa que julgue ter presenciado falha, erro ou mau atendimento por parte de profissionais de Enfermagem ou instituição de saúde deve encaminhar uma denúncia ao COREN-SP, que pode ser feita por carta ou pessoalmente na sede e nas subseções. Mais detalhes a respeito do formato da denúncia estão no site do COREN-SP (seção Ética).

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Mauro Antônio Pires Dias da Silva*

# Reflexão sobre as Doenças Ocupacionais

*Por Mauro Antônio Pires Dias da Silva*
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e professor de Ética na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

*Transcrição feita da palestra realizada no HC/FMUSP em 2013

**"O indivíduo não realiza procedimentos fora de atribuições previstas em normas, leis e regulamentos pelo receio das censuras externas, de censura de outras pessoas: medo de errar, de ser denunciado, processado e sofrer sanções. Principalmente o medo da punição determina a ação ou a omissão do indivíduo frente ato de enfermagem."**

Os conselhos profissionais zelam pela ética profissional em suas respectivas áreas. Quando se aborda o tema ética, com qualquer trabalhador, de todas as profissões da saúde, são normalmente utilizadas duas perspectivas: quando se faz ou deixa de fazer algo porque a consciência individual assim determina, trata-se da ética pautada pela moral. Quando a opção do profissional é motivada pela possibilidade de uma punição, trata-se de ética pautada pela lei.

No caso da ética da moral; na qual o fazer ou não fazer algo se dá em função da construção da própria consciência, ou seja, a pessoa não deixa de agir por medo do rigor da lei, mas sim por pagar um preço interior em função de violentar a própria consciência. Na abordagem legal, o indivíduo não realiza procedimentos fora de atribuições previstas em normas, leis e regulamentos pelo receio das censuras externas, de censura de outras pessoas: medo de errar, de ser denunciado, ser processado e sofrer sanções. Principalmente o medo da punição determina a ação ou a omissão do indivíduo frente ato de Enfermagem.

Em seus trabalhos sobre a divisão técnica do trabalho na Saúde, Cecília Puntel de Almeida afirma que há uma divisão técnica e social do trabalho. Como as classes sociais mais abastadas se apropriam das ações que lhes dão prestígio, profissões historicamente consolidadas, a Medicina, por exemplo, é

quem se apropriou de ações da saúde que lhe dão mais prestígio. Na Enfermagem, o enfermeiro assume o papel de maior relevância técnica e delega as demais ações aos técnicos e auxiliares de Enfermagem. A divisão de classe social provoca uma divisão social e técnica de trabalho. Nessa fragmentação interna se dão as principais questões que envolvem moral e ética, e a fragmentação do trabalho da enfermagem. Vale a pena ler os trabalhos de Denise Pires, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, estudiosa do tema.

A sensação de fazer atos de forma incorreta, de que não se consegue transformar o estado das coisas, causa muitos malefícios. Se a consciência humana for a encarregada de decidir o que é certo ou errado, ela será influenciada por vários interesses postos nesta divisão de classe e social do trabalho. Envolve interesses financeiros, de poder e de família. A justiça, o aparato legal, é uma forma que a humanidade encontrou para tentar compensar as grandes diferenças sociais (existem outros fatores que abordaremos em outros momentos).

Numa realidade de trabalho com diversas classes sociais e com múltiplos interesses permeando essas mesmas classes e culminando com construções de consciência diversificadas, um determinado fenômeno pode ter várias interpretações sobre o que é certo e o errado em função da construção da consciência de cada classe. Na Enfermagem, na qual temos três categorias, existe o mesmo fenômeno de interpretações díspares ou paradoxais. No geral, nestas divergências as pessoas defendem um ponto de vista justificando uma série de fatores, quando se faz necessário encontrar um ponto comum para trabalhar na Enfermagem. Consideramos aqui também as várias diferenças que permeiam a formação dos profissionais, a qual aumentou em quantidade, mas que não foi acompanhada pela qualidade.

> **“A vida humana se tornou apenas um elemento que vale muito menos do que todas as coisas que o próprio ser humano criou. São tantas incoerências que para muitos surgem pensamentos de que é vantajoso ser mau e desonesto.”**

## Limites do certo universal

O princípio máximo da ética é preservar a vida humana. Portanto, é errado matar. Contudo são criadas exceções nas construções de consciência dentro das classes sociais, gerando exceções. Por exemplo, defende-se que se o sujeito matou alguém, podemos em alguns casos matá-lo, dando legitimidade à pena de morte. Se o sujeito é estuprador, podemos simplesmente matá-lo rapidamente ou até matá-lo vagarosamente, por exemplo, encarcernado-o com maus tratos e sem alimentação para que tenha uma morte lenta, talvez fazê-lo sofrer para expiar os seus pecados.

Teóricos da ética defendem que quem se voltar contra a vida humana perde todos os valores humanos. Se a vida humana perde o valor, pode-se matar por qualquer motivo. Alguns até pensarão “eu vou soltar uma bomba, exterminar o mundo dos homens e recomeçar do zero”, mas o princípio ético é que todo ser humano é valioso, então se deve preservar a vida universalmente, pois ao abrirmos exceções negamos a preservação da vida humana.

Embora a ética trabalhe com a moral e com a construção da consciência, tudo isso é relativo em função de quem olha para o todo. Os nazistas desenvolveram um mecanismo para alcançar uma raça pura, pois acreditavam que a culpa pelos males do mundo era das “raças impuras” ou “inferiores”. Somente entre os judeus mataram seis milhões, tudo sob o manto de uma falsa moral.

Se perguntamos individualmente: “matar alguém é ético?”, a maioria responderá não. Mas sempre haverá alguém defendendo que em determinadas situações a pessoa merece a morte. Mas cabe o questionamento: será que os critérios para estabelecer se uma pessoa merece a morte são uniformes? Será que não é possível criar critérios seletivos dentro de uma determinada consciência de classe social, mas que não são universais?

A única saída, neste caso, é colocar "nas mãos de Deus". Como não se consegue criar critérios uniformes e justos, a Justiça Divina será incumbida de resolver. Remete-se para Deus, para o mundo teológico (por isso, muitas vezes a ética é aproximada da religião). Ao escarafunchar questões de consciência no plano individual, chega-se a determinados impasses impossíveis de se resolver como ser humano. Somente com uma crença além do mundo físico é possível "desatar tais nós". Ser ateu é fácil. Acreditar numa força Divina que vai ser realmente justa em todos esses movimentos injustos é um pensamento bem mais complexo e que exige uma perseverança nas reflexões e busca de ações justas e amplas.

## Contradição

Em geral, quem é da área da Saúde, mas não da Enfermagem, possui mais identificações com as questões técnicas do que com a reflexão moral. É uma técnica dura, porque se relaciona com papéis, instrumentos, mas ao mesmo tempo se relaciona com o humano. Surge o problema de associar o aspecto técnico com o humano. Isso exige aprofundamentos em reflexões e ações mais conscientes.

A tendência do ser humano do nosso tempo é de se tornar cada vez mais duro, descrente na humanidade. Ninguém é punido pelos erros. Quando um rico é preso, recebe tratamento diferente. Uma pessoa "comum" não vale mais do que um par de tênis ou um relógio de marca importante. A vida humana se tornou apenas um elemento que vale muito menos do que todas as coisas que o próprio ser humano criou. São tantas incoerências que, para muitos, surgem os pensamentos de que é vantajoso ser mau e desonesto.

Nesta reflexão sobre a moral, entra em evidência a contradição. Por exemplo, algumas pessoas dão tudo o que podem para os filhos, com um sincero sentimento de amor, mas estão ao mesmo tempo construindo uma criança frouxa, frágil, sem iniciativa. Ao tentar oferecer ao filho aquilo que ele próprio não teve, o pai ou mãe não dão ao mesmo tempo as condições com as quais se deparou quando construiu a própria personalidade. O amor contraditoriamente pode causar malefícios, pois não forma um indivíduo preparado para buscar as próprias condições para viver.

Numa hipótese em sentido oposto: um gestor, convivendo com uma assessora que, embora competente no que faz, não goza do seu apreço, demite o desafeto. Ela não se deixa abater e obtém em novos desafios de sua vida um sucesso que não teria naquele local do qual foi removida a contragosto. Poderia agradecer ao ex-chefe pela sua maldade, sem a qual não teria obtido a grande conquista. Ou seja, um ato mal pode levar contraditoriamente a uma ação boa. Nem sempre quem é bom faz apenas coisas boas, nem sempre quem é mau só faz coisas ruins. Na ética, bondade e maldade não são construções lineares em que, seguindo uma sequência de atos, o resultado é o esperado.

> **"A punição é uma forma incompleta de educar, pois não tem complementação pedagógica. O erro não necessita de punição, mas deve servir como base para a educação e a prevenção de novas falhas."**

O ser humano não é linear, tem contradições internas em todas as suas ações, trabalhadas pela construção da identidade. Quando se fala em doença ocupacional, aquela decorrente do trabalho nas atividades profissionais, entramos numa seara onde cada profissão valoriza suas atividades e suas ações. Hoje uma das maiores questões ocupacionais é a saúde mental. Somos exigidos o tempo todo por coisas que não temos como fornecer uma resposta. A nossa expectativa é muito maior do que aquilo que podemos fazer. E isso sempre nos dá uma sensação de que nada estamos fazendo ou de não estarmos agindo corretamente. Geralmente o caminho é a depressão.

Cada vez se trabalha mais, exige-se mais e sempre há alguém cobrando algo não feito. Nunca sabemos qual é o nosso máximo, alguém precisa apertar para sabermos, pois temos a tendência de nos acomodarmos. Por outro lado, surge para o

gestor a questão do assédio moral, acompanhada por diversas indagações: como gestor, quando exijo algo da pessoa em função da sua potencialidade de trabalho é assédio? Quando o funcionário está fazendo "corpo mole" e peço mais dedicação, ele pode entrar com uma ação legal. É assédio. Mas quando deixa de ser assédio?

A resposta ética é: quando existe uma política clara e transparente do trabalho. Significa que as coisas devem ser resolvidas em coletivo. Um dos grandes problemas do Brasil atualmente é que as pessoas não acreditam nas ações de muitos, para muitos e depositam suas convicções nas ações individuais. Temos mais chance de resolver problemas unidos, porém, é algo difícil porque as entidades representativas estão fechando por falta de associados e com poucos recursos financeiros. Perdeu-se o espírito de coletividade. Isso é bom para alguém que não somos nós.

## Mente e saúde

O apelo de consumo feito nos meios de comunicação de massa faz com que as pessoas de todas as profissões e classes comprem bens desnecessários, por compulsão. Deseja-se o "ter", não o "ser". A consciência de consumidor se constrói com a associação da busca da felicidade com o "ter". Há quem pense que comprando o carro mais novo será feliz. Compromete-se com 60 prestações e trabalha à exaustão para pagar, com objetivo de mostrar aos outros que tem e que é feliz.

A necessidade pelo dinheiro gera tensões, estresse. O individualismo, o consumismo, heranças do capitalismo e que geram doenças na atualidade.

Há alguns anos, vivi em um condomínio onde uma mulher me via passar de branco e sempre perguntava se eu era médico ou dentista. Quando disse que era enfermeiro, ela olhou como se eu não fosse digno de morar ali. Preconceito social contra a profissão. Para o senso comum, ser enfermeiro é ter cara de pobre. É algo a ser desconstruído e reconstruído, porém, que deve começar por dentro, pelos valores nos quais acreditamos.

A própria Enfermagem tem um problema de identidade que necessita ser modificado. É uma luta de muitos anos, como a que Florence Nightingale travou no século XIX. Há profissionais de enfermagem que não gostam do que fazem. O resultado será uma doença ocupacional. Pela ética hedonista, quando se faz algo de forma prazerosa, não se sente o tempo passar e, logo, há a sensação de felicidade por conta dessa sintonia, da maneira harmônica com a vida e as ações.

O envolvimento com o trabalho gera perspectiva, vontade de mudar, construir. O cotidiano sem prazer construirá a dor, a frustração, o sofrimento, a doença. A enfermidade desenvolvida no ofício se origina também de esforços repetidos, mas há boa parte que se apresenta como consequência da própria consciência, da classe social e dos problemas de identidade da profissão.

Algumas pessoas sequer têm a opção de pensar no seu trabalho e vivem em classes sociais que as transformaram praticamente em autômatos. Elas precisam se libertar disso. A escola tem que ser libertadora, mas não dá conta, porque foi construída para gerar lucro e a isso leva mostrar-se incompetente para a tarefa. Nem todas religiões libertam (muitas pelo contrário, aprisionam). A família nuclear está se desestruturando. Isto é bom? Mau? O tempo dirá.

O ser do nosso tempo está amarrado aos interesses das classes sociais, reproduz dor e sofrimento. Quanto mais dor e sofrimento, mais algumas classes se beneficiam, pois isso gera mais lucro. É triste, mas é assim. Karl Marx dizia que o ser humano é a única espécie que explora o seu semelhante. A ética é, portanto, só do ser humano porque ele é o único que pode racionalmente optar por valores e mudar a sua realidade. Mas nós temos realmente oportunidade de optar com liberdade diante das amarras que são construídas desde a infância nas classes sociais, enfim, na sociedade em que vivemos?

Podemos transformar a ética em uma reflexão da moral para recuperação do ser humano. A punição é uma forma incompleta de educar, pois não tem complementação pedagógica. O erro não necessita de punição, mas deve servir como base para a educação e para a prevenção de novas falhas.

Obrigado.

# Nós produzimos saúde

*O profissional de enfermagem atuante no SUS dedica seus esforços para evitar o adoecimento e melhorar a qualidade de vida da população, tendo também um importante papel social na Estratégia de Saúde da Família*

*Equipe de enfermagem da UBS Jardim Farina, de São Bernardo do Campo*

No artigo 198, a Constituição Federal determinou em 1988 a unificação de todos os sistemas públicos de saúde até então dispersos pelo território nacional e sem integração. A partir de então se iniciou um processo histórico de formação de um sistema único tendo como diretrizes "a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade".

Em 1990, o então presidente Fernando Collor decretou a lei 8080, que regulamentou o artigo 190 da Constituição com a criação do Sistema Único de Saúde, cujos objetivos são: "a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde"; "a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social" e "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas".

A reforma do sistema começou a ganhar formas concretas em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que consistia na contratação de pessoas do bairro para dar apoio ao serviço público na promoção

Foto: Comunicação/COREN-SP

da saúde em sua vizinhança. Em 1994, com a criação de Programas de Saúde da Família, tendo como referência o modelo cubano.

O modelo assistencial do diagnóstico e cura de doenças (que continuam acontecendo) começou a ser substituído para uma estratégia de promoção da saúde. Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Saúde da Família como sua estratégia prioritária na atenção primária, sendo que a implantação, organizada pelas Secretarias Municipais de Saúde, tem velocidade variável em função dos planos de governo dos gestores nas cidades.

Para tanto, são constituídas localmente equipes multiprofissionais generalistas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos etc. A composição é definida pelo gestor público municipal de acordo com as necessidades de sua cidade.

Os NASFs apoiam as Equipes de Saúde da Família (ESF) que atendem regiões dos municípios, também delimitadas pelas prefeituras. As ESFs são formadas por pelo menos um médico e um enfermeiro, generalistas ou especializados em saúde da família, apoiados por técnicos ou auxiliares de Enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde.

A cidade de São Bernardo do Campo, por exemplo, iniciou em 2009 a reestruturação da atenção básica para universalizar a promoção da saúde com a ESF. Com uma população de aproximadamente 765 mil habitantes, conta com 100 equipes de saúde da família espalhadas por 32 Unidades Básicas de Saúde, o que dá atualmente cobertura para 51% de sua população.

"A proposta é cobrir 100% da população com a ESF até o ano de 2016, com 191 equipes. A projeção é que até o final deste ano se constituam 150 equipes", explica a enfermeira Simone Oliveira Sierra, coordenadora da rede de Unidades de Saúde de São Bernardo do Campo.

Para os casos de maior complexidade ou emergenciais, o município mantém Unidades de Pronto Atendimento, três hospitais municipais, sendo um de urgência e emergência e uma rede de especialidades de ambulatórios espalhados pelas regiões da cidade e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de álcool e drogas adulto, álcool e drogas infantil.

## Enfermagem produzindo saúde

No atendimento hospitalar e na rede de especialidades é realizado o modelo tradicional clínico. Nas Unidades Básicas de Saúde, onde estão alocadas as equipes de saúde da família (uma para 4.000 habitantes), a proposta é cuidar da família onde ela vive, definindo as linhas de tratamento e cuidados a partir de informações fornecidas pelo agente comunitário de saúde e das visitas feitas pelos médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de Enfermagem.

Na Enfermagem, a primeira visita é do enfermeiro, que estabelece a linha de cuidados e orientação a cuidadores e familiares. Dependendo da complexidade, as demais visitas são realizadas pelos técnicos ou auxiliares. Os profissionais possuem agendas de atendimento nas casas e também na própria UBS. Para tanto, são formados linhas de cuidado em todos os ciclos de vida: gestantes/puérperas, recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

"O enfermeiro, o médico e o técnico não precisam viver na comunidade, mas deve saber quem é esta população e ter perfil para atendê-la. Quando a pessoa escolhe atenção básica tem que gostar desse contato, do subir e descer morro, sujar o sapato de barro, entrar em residências onde se vive mal. Entramos nestas casas para ajudar a transformar as vidas destas", afirma Sierra.

A coordenadora das UBS explica ainda que o profissional de enfermagem sempre foi o mais próximo do usuário do serviço de saúde. "Ele é quem passa a maior parte do tempo atendendo, fazendo contato com a população, a qual reconhece o seu valor. Não se limita a tratar doença, mas a fazer saúde, a falar de saúde com a população. Para o en-

> **“O profissional de enfermagem é quem passa a maior parte do tempo atendendo, fazendo contato com a população, a qual reconhece o seu valor.”**
>
> (enfª Simone Oliveira Sierra)

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Simone Oliveira Sierra (esquerda) e Mariada Conceição dos Santos Oliveira (direita), de São Bernardo do Campo*

fermeiro, em todas as suas áreas de atuação, na Estratégia de Saúde da Família é onde ele tem mais proximidade com a população e maior reconhecimento”, defende.

A UBS Jardim Farina cobre uma área com características díspares. Enquanto uma parte da população com atenção básica sob sua responsabilidade vive em morros de grande densidade demogfráfica e situação de vulnerabilidade social, há uma outra parte com casas e condomínios de classe média. Na parte pobre, a população é definida como “susdependente”. Do outro lado, “é uma população em que 60 a 70% não usam o SUS, mas também têm atendimento de saúde da família, se procurarem ou se o aceitarem”, explica a enfermeira Maria da Conceição dos Santos Oliveira, coordenadora da UBS Jardim Farina.

A coordenadora da UBS explica que nas áreas de vulnerabilidade a população recebe a equipe de saúde da família sem impor barreiras, com a mediação do agente comunitário. Mesmo em áreas controladas pelo crime não há qualquer tipo de resistência ou ameaças à segurança da equipe, especialmente devido à mediação promovida pelo agente comunitário. Na parte de classe média, no entanto, existe dificuldade para que os moradores aceitem a visita.

“Não conseguíamos entrar nos condomínios. Fizemos várias reuniões com os síndicos e moradores para explicar o programa. Inicialmente não querem nos receber alegando que não usam o SUS, mas quando há complexidades que os convênios não cobrem somos procurados. Aconteceu de atendermos acamados com câncer ou após um AVC em local onde fomos impedidos de entrar para acompanhar sinais vitais e prevenir as situações que ocorreram pela falta de prevenção”, revela Oliveira.

Segundo Sierra e Oliveira, os serviços do SUS mais procurados pela população possuidora de convênios são medicamentos gratuitos, exames e atendimentos não incluídos nas apólices e as vacinas a que todo cidadão tem direito. “Não são todos os planos que fazem acompanhamento, orientação multiprofissional e atividade física de hipertensos e diabéticos, por exemplo. Este trabalho que realizamos no SUS, de um modo geral, consegue melhoras mais significativas na saúde da população ‘susdependente’ do que a saúde suplementar faz com a população que usa mais o convênio”, avalia Simone Oliveira Sierra.

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Sueli de Moraes Silva, chefe da divisão técnica de coordenação da atenção básica do município de Guarulhos*

## População habituada à saúde pública

A cultura de uso do serviço público pode fazer com que o atendimento público não seja rejeitado. A rede pública de Guarulhos, cidade com uma população superior a 1,2 milhão de habitantes, é responsável por 70% do atendimento da maioria da população. Por ter 100% de território de áreas urbanas, nas divisas com outros municípios recebe pacientes dos vizinhos, assim como tem pessoas que atravessam a divisa.

De acordo com a enfermeira  Sueli de Moraes Silva, chefe da divisão técnica de coordenação da atenção básica do município, por razões históricas, os usuários procuram habitualmente o serviço público, o qual está se reorganizando também no sentido de utilizar a saúde da família como estratégia da atenção básica. “A cidade tem uma rede suplementar recente e pequena em comparação com outros municípios. Mesmo quem tem a saúde suplementar também procura alguns serviços no SUS”, explica.

Guarulhos é dividida em quatro regiões de saúde, cada uma com uma população de aproximadamente 300 a 400 mil habitantes. Espalhadas por esta área estão 67 UBS, apoiadas por 9 NASF, uma Unidade de Pronto Atendimento, diversos hospitais com pronto-socorro e pronto atendimento e 17 centros de especialidades (seis deles são CAPS).

Reestruturando-se para a estratégia de saúde da família, o município atualmente se organiza a partir da atenção básica sem diferenciar saúde da família e modelo tradicional. Para a promoção da saúde da família, são 131 equipes: 83 são Equipes de Saúde da Família, alocadas nas unidades organizadas para tal estratégia, e as demais são Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), alocadas nas instituições tradicionais mas que atendem diretamente na comunidade.

> **“A enfermagem promove a saúde, previne doenças, recupera as pessoas. Trabalhamos a saúde, não a doença.”**
>
> (enfª Sueli de Moraes Silva)

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Enfermeira Rafaela Maria Rodrigues, da Unidade de Saúde da Família Cumbica – Mário Maccat*

“O ideal seria que todas fossem ESF, mas há falta de médicos e, por isso, não cumprem o mínimo exigido pelos protocolos do Ministério da Saúde para registro de uma equipe de saúde da família. No entanto, as EACS atendem a população até o limite do que se permite nos protocolos de atendimento e das regulamentações profissionais”, explica Sueli Moraes Silva.

As unidades tradicionais também têm área descrita para atenção, realizam geoprocessamento do seu território e o enfermeiro faz visitas domiciliares. De acordo com Silva, este contato faz com que até 90% dos profissionais de Enfermagem na saúde pública tenham sentimento de cumprimento de uma missão social. “O profissional de Enfermagem promove a saúde, previne doenças, recupera as pessoas. Trabalhamos a saúde, não a doença. Guarulhos tem tido um grande avanço no atendimento à saúde graças às equipes de Enfermagem, as quais têm trabalhado muito para que o SUS dê certo”, comemora.

Há quatro anos na Unidade de Saúde da Família Cumbica – Mário Macca, a enfermeira Rafaela Maria Rodrigues explica que para atuar na saúde pública, dentro da Estratégia de Saúde da Família é necessária uma consciência e uma formação social acrescidas à formação técnico-científica. “Tem que estar capacitado para se responsabilizar pelo atendimento de quatro a cinco mil pacientes, fazer trabalho educativo. Vai além da clínica, tem uma dimensão social muito importante”, acredita.

A enfermeira explica que no dia a dia é também necessário ter sensibilidade para escutar o paciente, entendê-lo para saber como cuidar. “As pessoas não contam para o profissional de saúde questões pessoais que interferem na saúde, como problemas pessoais, e o agente comunitário, por ser da região, fornece tais dados”, revela.

Na unidade de Cumbica, a equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de Enfermagem e seis agentes comunitários que realizam o trabalho preventivo e de produção de saúde. “Nosso bairro é pequeno em área,

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Equipe de Enfermagem da USF Cumbica – Mário Macca, de Guarulhos*

com 16 mil pessoas, mas é um desafio trabalhar em Cumbica, onde não há atrativos para os jovens. Até por isso a população desenvolveu um vínculo muito forte com a unidade", finaliza.

## Sistema único ainda fragmentado

Desde a criação legal do Sistema Único de Saúde, o SUS se desenvolveu tendo como princípios universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, o que implica, necessariamente, o trabalho multiprofissional. No mesmo período, os planos e seguros saúde, em expansão com auxílio de esforços governamentais, fundamentaram-se no mercado, centrado no atendimento clínico com a figura do médico no centro do diagnóstico e tratamento, complementado por análises e exames laboratoriais.

No âmbito do SUS, a reflexão a respeito da saúde da população e a organização da assistência se deu com o princípio da construção social de saúde e doença, ou seja, o perfil de adoecimento da população é em função dos modos de vida da sociedade. Se em boa parte do século XX o atendimento era voltado à cura de doenças infecto-contagiosas que se espalharam por fatores como a ocupação urbana desordenada, condições de higiene, alimentação insuficiente etc., nestas primeiras décadas do século XXI o indivíduo adoece mais por conta do estilo de vida, tornando hipertensão arterial, diabetes, obesidade e depressão as epidemias destes tempos.

Por sua vez, a rede privada suplementar cresceu tendo como fio condutor o mercado e a clínica para cura. Como o lucro é variável importante desta dinâmica, muitas apólices não cobrem serviços de alto custo. Os usuários desassistidos procuram o SUS, transformado, na prática, como suplementar à rede privada, o contrário da proposta registrada na legislação.

# Cuidados Prolongados

## *Projeto de desospitalização em Marília mostra resultados satisfatórios nos tratamentos*

Desde 1999, o município de Marília, região oeste do estado, conta com o Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID). A ação segue as diretrizes da Portaria 2416/98 do Ministério da Saúde, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

O PROIID foi implantado no município com uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, com a atuação de equipe multiprofissional e interdisciplinar, buscando possibilitar a desospitalização de pacientes e garantindo a continuidade de assistência no domicílio.

Fazem parte da equipe do PROIID profissionais de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Assistência Social, Psicologia e Fonoaudiologia, além de auxiliar de escrita, adolescente aprendiz e motoristas. Em reuniões semanais, são discutidas a educação permanente em serviço, a evolução dos pacientes no olhar de cada profissional e a conduta de alta ou prorrogação da internação é conjunta.

A enfermeira gerente-assistencial e coordenadora do PROIID desde 2011, Sonia Maria Leopize Takano, explica como funciona o programa

> **“Aprendemos a valorizar o prazer de compartilhar conhecimentos que não envolvem só a técnica, mas também a capacidade do ser humano de se adaptar às condições diversas”**
> **Sonia Maria Leopize Takano, coordenadora do PROIID”**

PROIID – Marília

*Equipe do PROIID de Marília acolhe o cuidador João Francisco Valente, que recebeu apoio do programa na atenção dada à sua esposa, Dona Celina*

eR: Quais as diferenças entre a atuação em ambiente hospitalar e ambiente domiciliar?

**Sonia:** No ambiente hospitalar, predomina a tecnologia dura e o usuário se adapta às rotinas do ambiente de trabalho e, por mais que o cuidado seja humanizado, elaboramos um planejamento de assistência sem conhecer o contexto domiciliar e o conjunto de necessidades advindo do ambiente, família e comunidade. Já no domicílio, a adaptação do profissional vai desde a estrutura física do domicílio até a escuta ampliada daqueles que nele convivem e participam do plano de cuidado, voltando o olhar para o cuidador e para a família também, para que o envolvimento seja estabelecido. Há também a diferença na exposição da equipe a diversos fatores de risco para acidentes de trabalho, como a exposição ao sol, animais peçonhentos, cachorro e outros.

eR: Quais as doenças mais comuns entre os pacientes internados em casa e quais as características dos tratamentos?

**Sonia:** De acordo com os indicadores do trimestre abril, maio e junho de 2013 [período em que ocorreram 20 internações], as doenças cerebrovasculares são as de maior incidência. Com elas vêm a questão da imobilidade, a necessidade da reabilitação motora, os cuidados com a pele, pensando que nossa maior população é de idosos que agregam comorbidades que dificultam o processo de restabelecimento. Portanto, temos o trabalho em equipe que apoia o cuidador e a família enfatizando o bem-estar do paciente e considerando todas as dificuldades e limitações a que estão impostos.

eR: Como é a relação entre os profissionais de Enfermagem e os familiares dos pacientes?

**Sonia:** O objetivo com todos os familiares é de uma relação franca e aberta, discutindo no dia-a-dia a evolução do paciente, elogiando a participação de cada um no processo de reabilitação. Todo planejamento de cuidado é descrito numa linguagem de entendimento do cuidador, que muitas vezes não é profissional de saúde.

eR: Qual o balanço que faz de sua atuação no PROIID?

**Sonia:** Sou graduada desde 1985 e havia atuado o somente em área hospitalar. A experiência que estou tendo nos últimos dois anos é única, inigualável e gratificante, pois nós, equipe, aprendemos a valorizar o prazer de compartilhar de conhecimentos que não envolvem só a técnica, mas também a capacidade do ser humano de se adaptar às condições diversas, ou seja, o cuidado além dos medicamentos e curativos.

Uma experiência marcante para todos os profissionais foi a história de uma paciente de 21 anos que desenvolveu um câncer de colo uterino e que evoluiu com metástases. Ela confiava muito na nossa equipe e se recusava a ir para o hospital. A dedicação da equipe foi exclusiva com visitas diárias de todos os profissionais. Percebemos não só a necessidade clínica de uma pessoa que não verbalizava e que nos contava com o olhar e atitudes o medo da proximidade do fim da vida. A equipe acompanhou a paciente até o seu falecimento, apoiando a família na condição da perda. O óbito aconteceu numa madrugada e a família nos avisou assim que iniciamos o trabalho pela manhã. A equipe completa foi ao velório e vimos no olhar da mãe a gratidão pelo nosso trabalho.

eR: Quais as atribuições dos profissionais de Enfermagem na internação domiciliar?

**Sonia:** São funções do enfermeiro realizar visitas domiciliares, gerenciar o fornecimento de oxigenioterapia domiciliar, planejar o roteiro de visitas de enfermagem e médicas, elaborar plano de cuidado para o cuidador, coordenar a reunião de equipe multiprofissional semanal e intersetorial mensal, participar de reuniões de colegiado na secretaria de saúde e da Faculdade de Medicina de Marília, participar de Educação Permanente de chefias da Famema, Capacitar enfermeiros e cuidadores, elaborar relatório de atividades do serviço, elaborar cronograma anual de grupo de cuidadores, realizar atendimento dos cuidadores via telefone, divulgar o PROIID para o município, manejo com port-a-cath, desbridamento de feridas, curativos, sondagem enteral e vesical, gasometria, infusão venosa, orientações de cuidados com a pele e com as sondas. Os auxiliares de enfermagem realizam curativos, coleta de exames, infusão venosa, orientação para o uso de medicamentos, aspiração orotraqueal, orientações de cuidados com a pele e com as sondas, orientações para o uso de aspiradores elétricos, acompanham a visita médica, realizam visitas domiciliares de admissão e solicitação de materiais e medicamentos à farmácia e almoxarifado.

## Principais diagnósticos de novos pacientes atendidos (abril-junho/2013)

| Situação | Incidência |
|---|---|
| Doenças cardiovasculares | 12 |
| Neoplasias | 3 |
| Outras afecções da pele e tecido subcutâneo | 3 |

## Visitas domiciliares dos profissionais da equipe (abril-junho/2013)

| Profissional | Quantidade de visitas |
|---|---|
| Assistente social | 64 |
| Auxiliares de Enfermagem | 628 |
| Enfermeira | 205 |
| Médico | 134 |
| Dentista | 66 |
| Fisioterapeuta | 130 |
| Fonoaudióloga | 16 |
| Nutricionista | 140 |
| Psicóloga | 165 |

## Altas de internação domiciliar (abril-junho/2013)

| Motivo | Quantidade de altas |
|---|---|
| Melhora | 64 |
| Transferência (Internação hospitalar) | 8 |
| Óbito | 4 |

*Fonte: PROIID*

# Consumido por Dentro

*Síndrome de todo o sistema de trabalho, burnout vitima profissionais da saúde e costuma ser confundida com depressão*

A síndrome do esgotamento profissional, conhecida como burnout, acomete trabalhadores de todas as profissões. A doença é causada por níveis excessivos e prolongados de tensão no ambiente de trabalho geradas por fatores emocionais e decorrentes de problemas crônicos nas relações interpessoais, até que o profissional chegue ao seu limite de energia. "É como um prédio que se incendeia inteiro por dentro e resta somente a casca", exemplifica Cláudio Alves de Lima Nascimento, diretor clínico do Hospital Cruz Azul e membro representante do estado de São Paulo na Comissão Nacional Permanente da NR-32.

A síndrome burnout é caracterizada por exaustão emocional (sentimentos de desgaste e esvaziamento afetivo), despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo das pessoas ou, no caso da área da Saúde, do público a quem deveria prestar serviços ou cuidados) e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho, com sentimentos de insucesso e de diminuição de competência.

Nascimento conta que acompanhou um hospital da capital paulista em que 60% dos médicos e enfermeiros estavam em burnout. "Em um ano, oito médicos residentes se mataram. A instituição nomeou um psiquiatra para a coordenação do se-

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Cláudio Alves de Lima Nascimento: é inaceitável que profissionais da Saúde estejam sujeitos à síndrome de burnout.*

Foto: Comunicação COREN-SP

*Da esquerda para a direita: Angela Petrosino, gerente de Enfermagem, Tadeu Anastácio de Farias, presidente da CEE, e Luci Meire Pivelli Usberco, superintendente operacional do Hospital Sepaco*

tor e estudar os motivos. Depois de um ano ele também cometeu suicídio. Os conselhos profissionais têm muitos processos de negligência em que o profissional indiciado apresentava síndrome de burnout, o que é inaceitável na área da saúde", revela.

De acordo com o médico, na pessoa com burnout, a depressão pode ser um dos sintomas, o que induz a diagnósticos limitados se não forem considerados na avaliação os sintomas também do ambiente de trabalho. "O esgotamento profissional é uma doença de todo o sistema de trabalho".

Além da depressão, a sintomatologia envolve sinais físicos-mentais, comportamentais e organizacionais. Por conta da mente surgem dores osteomusculares, insônia, alterações de memória e pensamento, labilidade emocional, baixa autoestima, impaciência, irritabilidade e consumo maior de álcool, tabaco ou drogas ilícitas. As alterações comportamentais incluem o distanciamento de família, amigos e atividades de lazer. Os sintomas compartilhados organizacionalmente são conflitos entre colegas, alta rotatividade, baixa produtividade, absenteísmo e presenteísmo (quando o indivíduo não desempenha suas funções nas condições de saúde ideais).

O burnout costuma atingir mais mulheres, trabalhadores com elevado nível de formação e pessoas sem companhia conjugal (solteiros, divorciados e viúvos). Algumas características pessoais também indicam maior risco, como a dificuldades em tolerar frustrações, pessimismo, perfeccionismo e a criação de grandes expectativas e/ou idealismo profissional.

## Tema para a Comissão de Ética de Enfermagem

A síndrome de burnout e sua relação com fatores de estresse em instituições de saúde foi um dos temas tratados no 1º Seminário de Ética de Enfermagem do Hospital Sepaco, realizado no último mês de agosto em São Paulo. O evento, organizado pela Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da instituição, teve como finalidade auxiliar na educação permanente e incentivar os profissionais a repensarem o seu papel no atendimento e elevar a autoestima do profissional.

"Seja por estresse, quantidade do trabalho, carga horária e múltiplas jornadas, o profissional de Enfermagem tem a autoestima baixa. Somos o maior contingente de funcionários dentro do hospital. Nossa forma de atuar tem um impacto muito grande na assistência direta com o paciente e na repercussão que isso pode ter em relação aos outros departamentos', explica o enfermeiro Tadeu Anastácio de Farias, presidente da Comissão.

A CEE do Sepaco atua também na consultoria para situações conflitantes para os profissionais e em sindicâncias para apuração de fatos que possam envolver profissionais de Enfermagem. "Desde a contratação, o profissional já recebe orientações da CEE, que leva a pensar eticamente nos problemas e dar uma interpretação mais verdadeira e mais fidedigna à luz das questões da ética profissional. É muito importante incorporar o código da profissão no dia a dia", avalia Angela Petrosino, gerente de enfermagem do Sepaco.

O 1º Seminário de Ética de Enfermagem do Hospital Sepaco contou ainda com apresentações sobre assédio moral, segurança do paciente, pesquisa, produção e administração de medicamentos, sustentabilidade e bioética, além da palestra "Responsabilidade ética e moral no manuseio do prontuário do paciente", feita pelo segundo secretário do COREN-SP, Marcus Vinicius de Lima Oliveira.

A atual Comissão de Ética de Enfermagem do Sepaco foi empossada no ano passado, em processo eleitoral acompanhado pelo COREN-SP, e tem mandato até 2015. O Conselho orienta nos processos de eleição e constituição das comissões próprias de instituições de saúde que ainda não possuem uma CEE. Mais informações podem ser obtidas pelo correio eletrônico cee@coren-sp.gov.br.

Foto: Comunicação/Sepaco

*2º secretário do COREN-SP, Marcus Vinicius de Lima Oliveira, palestrou sobre a responsabilidade ética e moral no manuseio do prontuário do paciente*

# Estímulo Contínuo

*Conheça formas e projetos de incentivo à amamentação e a relação da Enfermagem com a prática*

A amamentação deve ser cada vez mais estimulada pelos profissionais da Enfermagem nas maternidades em virtude dos benefícios que a prática fornece tanto para o bebê quanto para a mãe. Em instituições onde o aleitamento é incitado, as orientações são passadas pela equipe de Enfermagem desde o pré-natal até o nascimento, quando o bebê é colocado nos primeiros instantes para o contato pele a pele com a mãe.

Kelly Pereira Coca, enfermeira obstetra, mestre e doutora e especialista em amamentação, afirma que são poucas as instituições que estabelecem uma prática assistencial baseada em protocolos para incentivar, apoiar e oferecer informações do manejo básico do aleitamento materno. Quando presente, a prática consiste em formulários de registros de mamada e condutas ajudam no acompanhamento do binômio, bem como uma anamnese específica para identificar fatores de risco e possíveis dificuldades.

A enfermeira comenta que a equipe de Enfermagem atua no apoio às mães de crianças prematuras que necessitam

**“A orientação inclui cuidados com as mamas, técnica de amamentação, identificação de possíveis dificuldades, retirada e armazenamento corretos do leite materno e apoio para a adaptação do processo”**

coletar leite materno, na transição da alimentação por sonda para o peito na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e durante a permanência no hospital após o nascimento da criança.

A orientação inclui cuidados com as mamas, técnica de amamentação, identificação de possíveis dificuldades, retirada e armazenamento corretos do leite materno e apoio para a adaptação do processo. "Há também enfermeiros que oferecem serviço de consultoria em amamentação para assistir mulheres no processo de amamentação, que pode ser feito na gestação para preparar a mulher e avaliar os fatores de risco para as dificuldades", complementa Kelly.

Entre as ações de estímulo e à orientação do aleitamento materno, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em 1990. O principal objetivo da IHAC é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos dez passos para o sucesso do aleitamento e que geralmente são divulgados nos hospitais que aderiram ao projeto. Para que um hospital seja Amigo da Criança, devem ser seguidos procedimentos que envolvem desde uma autoavaliação das práticas adotadas pela instituição até uma visita de equipe do Unicef.

No Brasil, o estado de São Paulo é o que possui a maior quantidade de hospitais Amigos da Criança: um total de 37 (setembro de 2013). O Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, litoral paulista, foi o primeiro do estado e o segundo do País a obter o título, em 1993. No Sistema de Alojamento Conjunto do hospital, o vínculo entre mãe e bebê é fortalecido pelo contato constante. Caso seja necessária uma reinternação da puérpera, a criança também é levada para que o aleitamento não seja interrompido.

O Guilherme Álvaro também possui um banco de leite para consulta e doação de leite humano, denominado "Keiko Teruya", em referência à médica que trabalha no hospital e que foi uma das incentivadoras para o estabelecimento da IHAC no hospital e que faz parte do Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Ivete Losada Alves Trotti, enfermeira obstetra no hospital desde 1986 e especialista em Gestão Pública, destaca que o hospital também disponibiliza um ambulatório para crianças de baixo peso, que são acompanhadas até completarem um ano de idade corrigida. Com a alta hospitalar, as mães são orientadas a procurar a UBS (Unidade Básica de Saúde) de origem para fechamento do prontuário na consulta de puerpério e da pediatria.

A enfermeira ressalta que a atenção ao recém-nascido deve se caracterizar pela segurança técnica da atuação profissional aliada à suavidade do toque durante os cuidados prestados. No cotidiano profissional, ela também destaca a importância da equipe de Enfermagem do hospital. "Sem o engajamento de todos, não poderia haver bons resultados".

Com os princípios da humanização no parto, é possível o surgimento de uma relação mais estreita entre profissional e paciente. "Fazemos clientes amigas", comemora Ivete. "Em alguns casos, até colocam o nosso nome nos bebês, o que é uma grande honra. Fui ao INSS em Santos e encontrei uma senhora com a foto de uma menina de 18 anos chamada, segundo ela, 'Ivetinha'. Foi muito emocionante".

Foto: arquivo pessoal

*Enfermeira Kelly Pereira Coca: "A atuação preventiva e precoce do especialista em amamentação diminui os problemas decorrentes da fase"*

Foto: arquivo pessoal

*Enfermeira obstetra Ivete Losada Alves Trotti, que cuida de recém-nascidos há quase três décadas*

Outubro Rosa

# Dez passos para o sucesso na orientação ao aleitamento

1 Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

2 Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

3 Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

4 Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

5 Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

6 Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

7 Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8 Encorajar a amamentação sob livre demanda.

9 Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10 Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

*Fonte: Unicef*

Foto: Divulgação Centro de Parto Normal

*Paciente do Hospital Guilherme Álvaro, Denise dos Santos Nunes Lima, amamenta seu filho Samuel, em suas primeiras horas de vida*

Foto: shutterstock.com

# Protocolos para Monitoramento e Prevenção de Danos na Assistência

*Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, pelo menos um a cada 10 pacientes sofre "eventos adversos" no Brasil, sendo que 73% das ocorrências são evitáveis com o estabelecimento de procedimentos preventivos*

Desde o ano de 2011, 192 hospitais integrantes da Rede Sentinela, grupo de instituições que avalia serviços para o gerenciamento de riscos à saúde e que atua em conjunto com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), monitoraram 40 mil atendimentos diários em 60 mil leitos de todo o País. No acompanhamento, foi verificado que de cada 10 pacientes atendidos, pelo menos um sofria eventos adversos, tais como queda, administração incorreta de medicamentos, falhas de identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções e mau uso de dispositivos e equipamentos médicos.

Segundo avaliação sintetizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), até 73% das ocorrências poderiam ser evitadas com medidas preventivas. Por isso, o Ministério da Saúde criou no primeiro semestre deste ano o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que inclui três ações: a implementação de seis protocolos de segurança do paciente com base nos problemas mais recorrentes, uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que torna obrigatória a criação de núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde e a publicação de um edital de chamamento das empresas que atuam na saúde para elaborar propostas de medidas de segurança. O Comitê de Implementação e Monitoramento das ações foi formado por representantes do Ministério da Saúde e instituições de sua estrutura administrativa (Anvisa, Fiocruz, Agência Nacional de Saúde Suplementar etc.); dos Conselhos Federais de Enfermagem, de Farmácia, de Medicina e de Odontologia, como representantes dos profissionais da Saúde; da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e de pesquisadores na área de segurança do paciente.

Os trabalhos resultaram em seis protocolos para orientar os profissionais nos serviços de saúde publicados no último mês de julho e disponibilizados no endereço http://anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html, juntamente com orientações complementares (publicações, materiais de apoio, notificações, estatísticas, alertas, informes técnicos e legislação). Os protocolos também estão disponíveis no endereço www.saude.gov.br/segurancadopaciente.

**Confira a seguir um resumo das principais orientações que interferem diretamente no trabalho dos profissionais das instituições de saúde.**

## 1 Cirurgia segura

Os protocolos estruturam diversos passos em etapas de checagem de insumos e equipamentos antes da cirurgia, marcação do local com caneta dermográfica e conferência sobre se as compressas foram retiradas. Também se determinou o uso de padrões universais de segurança para as equipes cirúrgicas e atividades em sala de operação e a implementação da lista de verificação para cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde.

## 2 Prática de higiene das mãos em serviços de saúde

Para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência, deve ser realizada a higiene simples (com água e sabão), antisséptica e com produtos preparados com álcool, além do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) para procedimentos específicos. A higiene deve ser realizada:

- Antes e depois de tocar no paciente
- Antes de realizar procedimentos
- Após contato com fluidos corporais (sangue, secreções etc.)
- Após o contato com superfícies próximas ao paciente (mesas, bordas de cama)

## 3 Prevenção de úlceras por pressão

Neste ponto, os protocolos preveem cuidados com a posição do paciente para evitar a pressão na pele de internados, especialmente os de pouca mobilidade, assim como a avaliação diária do aparecimento e desenvolvimento de lesões e das macas e colchões.

## 4 Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados

Os principais pontos a serem observados são:

- Identificação visual do indivíduo com risco de queda
- Orientação aos pais para não deixarem crianças desacompanhadas em nenhum momento
- Intensificação dos pacientes em uso de sedativos, tranquilizantes e anti-hipertensivos
- Grande vigilância e agilidade no atendimento à campainha ou ao chamado do paciente

## 5 Identificação do paciente

Com a finalidade de evitar erros em diversos aspectos da assistência à saúde, os protocolos determinam a conferência dos dados do paciente (nome completo e data de nascimento) antes da administração de medicamentos, além de:

- Identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo de medicamentos ou hemocomponentes antes da administração
- Verificação rotineira da integridade das informações nos locais e nas identificações dos pacientes, tais como pulseiras e placas de leito
- Checagem das pulseiras de mãe e bebê antes da alta

## 6 Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

- As embalagens devem ser diferenciadas por etiquetas coloridas ou sinais de alerta
- A prescrição de drogas deve ser padronizada, sem abreviações ou uso de nome comercial
- Sempre é necessário checar duas vezes ao dispensar, preparar e administrar remédios.

Foto: Comunicação/COREN-SP

*Rafael Martiliano dos Santos, gerente de Atendimento ao Profissional do COREN-SP*

# Como fazer a Inscrição Remida

## *Modalidade isenta o profissional de Enfermagem do pagamento das anuidades*

*Por Rafael Martiliano dos Santos*

### Quem tem direito à inscrição remida?

De acordo com a Resolução COFEN nº 372/2010, tem direito à inscrição remida o profissional de Enfermagem aposentado ou que já tenha contribuído com o Sistema COFEN/CORENs por trinta anos e nunca tenha sofrido penalidade administrativa e/ou ética na sua trajetória profissional. Importante destacar que os requisitos são cumulativos.

### Profissionais que trabalharam e contribuíram com CORENs de outros Estados também têm direito?

Sim, pois neste caso será considerada a contribuição para todo o Sistema COFEN/CORENs. Caso o profissional tenha sido inscrito em outro Estado, basta apresentar, no momento da solicitação, uma certidão que comprove os trinta anos de contribuição e a ausência de penalidade administrativa e/ou ética em sua trajetória profissional.

### Quais são as vantagens?

A principal vantagem da inscrição remida é a isenção do pagamento das anuidades. Conforme a Resolução COFEN 372/2010, o profissional mantém o direito de exercer a profissão, bem como o de votar e ser votado nas eleições do Conselho. Todavia, cabe destacar que, embora esteja isento do pagamento das anuidades, após a concessão da inscrição remida, o profissional mantém seus deveres éticos e legais.

### A partir de quando o profissional portador de inscrição remida fica isento do pagamento das anuidades?

A isenção começa a valer a partir do ano seguinte ao pedido da inscrição remida. Isso porque a Resolução COFEN 372/2010, em seu art. 14º, estabelece que para solicitar a inscrição remida o profissional deverá estar quite com todas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional, inclusive quanto à anuidade do exercício vigente.

## *Qual o procedimento para solicitar a inscrição remida?*

O profissional deve se dirigir à Sede ou a uma das Subseções do COREN-SP, podendo agendar o atendimento no endereço www.coren-sp.gov.br, com a seguinte documentação:

- Original e cópia simples (preto e branco) do documento de comprovação da aposentadoria ou de 30 (trinta) anos de contribuição junto ao Sistema COFEN/CORENs;
- Original e cópia simples (preto e branco) da Carteira de Identidade Profissional do COREN-SP.
- Original e cópia simples (preto e branco) do Registro Geral (RG), ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou Registro Nacional de Estrangeiro (RNE, somente para estrangeiros residentes no Brasil).
- Original e cópia simples (preto e branco) do CPF.
- Original e cópia simples (preto e branco) do Título de Eleitor.
- Original e cópia simples (preto e branco) do comprovante de votação da última eleição (primeiro e segundo turnos). Nos casos de falta na eleição, justificativa eleitoral ou perda dos comprovantes de votação, deve-se apresentar Certidão de Quitação Eleitoral emitida pela Justiça Eleitoral.
- Original e cópia simples (preto e branco) da certidão de nascimento ou casamento com averbação (de separação, divórcio, óbito, etc.), quando houver.
- Original e cópia simples (preto e branco) da certidão ou comprovante de quitação com o serviço militar (obrigatório para o sexo masculino até 45 anos).
- Original e cópia simples (preto e branco) de 1 (um) comprovante de residência (com CEP) emitido nos últimos 6 (seis) meses.
- Duas fotos 3x4 coloridas, recentes, com fundo branco e sem uso anterior (anotar nome completo no verso)
- Valor da taxa de R$ 128,00 (válido para 2013, podendo ser alterado a cada ano).

Foto: Comunicação/COREN-SP

Tânia Barison

*Tânia Barison é advogada e enfermeira. Atua como gerente corporativa assistencial do Grupo Saúde Bandeirantes e como defensora dativa no COREN-SP.*

# O Papel do Defensor Dativo

***Quando o denunciado não apresenta defesa, o Conselho nomeia um defensor e contraditório a todos os profissionais da Enfermagem.***

O termo "defensor dativo" é utilizado para designar o profissional nomeado pelo Conselho Regional de Enfermagem para fazer a defesa dos enfermeiros, técnicos e auxiliares que, por alguma razão, não manifestaram a própria defesa após a instauração do processo ético-disciplinar, tendo decorrido o prazo legal para a manifestação.

Ou seja: quando o profissional de Enfermagem é denunciado e instaurado o processo ético, ele será citado, por carta registrada pelos Correios, para que manifeste a defesa no prazo de 10 dias úteis. No entanto, decorrido o prazo para a manifestação, o profissional que não apresentar a defesa por escrito é considerado revel e lhe é assegurado o direito ao defensor dativo.

**"Todas as pessoas têm o direito de contrapor e se defender de toda e qualquer acusação. Esse é o princípio do Contraditório e da Ampla Defesa, assegurado pelo artigo 5º, inciso LV da Constituição Federal e previsto pelo Código de Processo Ético-Disciplinar (artigo 24, § 1º)."**

## Quem é o defensor dativo?

O Código de Processo Ético de Enfermagem (artigo 24, § 1º) estabelece que o defensor dativo poderá ser profissional de Enfermagem de nível igual ou superior do denunciado. Tendo em vista que, não raras vezes, os denunciados são enfermeiros, obrigatoriamente o defensor dativo será um enfermeiro, desde que não exerça a função de conselheiro e que não seja funcionário do COREN. Portanto, o defensor dativo é um prestador de serviços ao Conselho Regional de Enfermagem.

## Por que é preciso nomear o defensor dativo para fazer a defesa do denunciado revel?

Todas as pessoas têm o direito de contrapor e se defender de toda e qualquer acusação. Esse é o princípio do Contraditório e da Ampla Defesa, assegurado pelo artigo 5º, inciso LV da Constituição Federal e previsto pelo Código de Processo Ético-Disciplinar (artigo 24, § 1º).

O princípio do contraditório, que é inerente ao direito de defesa, é decorrente da bilateralidade do processo: quando uma das partes alega algo, há de ser ouvida também a outra, dando-lhe a oportunidade de resposta.

A formação de um parecer conclusivo na sessão de julgamento segue a ordem de uma tríade lógica, tendo a acusação como tese, a defesa como antítese e a decisão, votada em plenária, como síntese. Portanto, ainda que o profissional denunciado não tenha se manifestado, por qualquer motivo, ele é declarado revel e lhe é assegurado o direito a defensor dativo para assumir a antítese da acusação.

No Direito, revel é a parte que, sendo citada, não comparece em juízo, nem por si nem por outrem para contestar a ação. É importante ressaltar que o denunciado revel poderá intervir em qualquer fase do processo ético-disciplinar e assumir a sua própria defesa (artigo 24 , § 2º) . Nestes casos, o defensor dativo deixa de representá-lo, visto que o denunciado, ao se manifestar, deixa de ser revel.

> **“O denunciado, quando é citado para apresentar a defesa prévia, tem o prazo de 10 dias úteis para se manifestar por escrito. Transcorrido este prazo, sem nenhuma manifestação, o denunciado é considerado revel e, nessa condição, lhe é assegurado o defensor dativo.”**

## Com base em que o defensor dativo realiza a defesa do denunciado revel?

A grande ferramenta utilizada pelo defensor dativo é o processo ético-disciplinar, que é composto por todos os documentos juntados aos autos, na fase de instrução do processo. Esses documentos são geralmente: prontuário do paciente, depoimentos dos envolvidos, escalas de trabalho, protocolos institucionais, diretrizes, manuais, documentos de treinamento e orientações, visitas de fiscalização do COREN, relatório da Comissão de Instrução, entre outros documentos capazes de demonstrar a verdade real dos fatos.

Além de se apoiar nos documentos anexados aos autos, a experiência pessoal do defensor dativo contribui na construção de defesas sólidas, coerentes e substanciadas em argumentação crível, séria e responsável. As defesas sempre buscam um ou mais elementos que possam convencer os conselheiros de que a parte denunciada é inocente. Afinal, o defensor dativo é nomeado para falar a favor ou defender os interesses de algumas pessoas e, ainda que não as conheça, é dever da defensoria defender o denunciado revel. Por isso a defesa deve ser realizada com máxima dedicação para que se comprove a inocência do revel ou que sua punição, quando for o caso, seja a mais justa possível.

## Quando o denunciado revel se apresenta, o defensor dativo continua a defendê-lo?

Sim. Transcorrido o prazo dos 10 dias o defensor dativo passa a assumir a defesa do revel, tendo em vista os princípios constitucionais já mencionados e também o fato de que o processo “não pode parar”, pela inércia de uma das partes. No entanto, como já explicado, o denunciado revel poderá intervir em qualquer fase do processo. Ao intervir, deixa de ser revel e, portanto, perde o direito ao defensor dativo. Nessas circunstâncias, o denunciado passa a assumir a própria defesa.

É importante ressaltar que estar na condição de revel não é mais cômodo e, tão pouco, mais seguro para o denunciado. Embora as defesas sejam elaboradas com a máxima responsabilidade, cuidado e sensatez; a figura do defensor dativo agilize o andamento dos processos éticos instaurados; o “traquejo” facilite na negociação da pena e, ainda muitos resultados da defensoria dativa tenham sido satisfatórios não há como negar que as melhores bases de consulta estão em posse daquele que vivenciou o acontecimento e essa vi-

vência, somente o denunciado poderá contar por si ou pela figura do advogado contratado. Portanto, ninguém melhor do que o próprio denunciado para contar a sua história e se defender legitimamente. Vale lembrar que o defensor dativo não estabelece nenhum contato com o denunciado, realiza a defesa com base em documentos.

## Defesas realizadas em 2012 e 2013

No ano de 2012 (março a dezembro), o COREN-SP analisou 772 denúncias contra 920 profissionais de Enfermagem. Deste total, 36,3% foram arquivadas por diferentes motivos. Ainda assim, 493 denúncias seguiram o trâmite do processo ético-disciplinar e envolveram aproximadamente 600 denunciados. Desse total, 61 profissionais da enfermagem não se manifestaram. Portanto, 10% dos denunciados tiveram assegurado o direito ao defensor dativo em alguma ou em todas as fases do processo ético-disciplinar.

No ano de 2013, foram declarados revéis, até o mês de julho, 55 denunciados, o que significa que até o final deste ano o quantitativo deverá ultrapassar o número de denunciados revéis de 2012.

É importante destacar que o COREN-SP não tem represado as denúncias. Ao contrário, tem analisado e encaminhado, com brevidade, para as Comissões de Instrução para que dêem seguimento imediato, garantindo, além da agilidade, o máximo respeito pelas pessoas envolvidas nos processos ético-disciplinares;

A defesa prévia sempre representa o maior quantitativo de peças elaboradas pela defensoria dativa, tendo em vista que, não raramente, o denunciado revel se apresenta, antes do prazo para as alegações finais e, nessa condição, ele passa a assumir a própria defesa e deixa de ser revel. No ano de 2012, embora 61 denunciados tenham sido declarados revéis, foram elaboradas 81 peças de defesa: 61 defesas prévias, 16 alegações finais e 4 defesas orais em julgamentos. No ano de 2013 foram elaboradas, até o mês de julho, 55 defesas prévias, 12 alegações finais e 6 defesas orais em julgamentos, num total de 73 peças.

## Quais são as principais infrações éticas?

As defesas versam sobre os mais diferentes tipos de acontecimentos, como erros de medicação, erros de procedimentos técnicos, exercício ilegal da profissão, falsificação de documentos, irregularidades administrativas, maus tratos, furtos, agressões físicas e os mais diferentes tipos de assédio.

> **“Não importam os fatos. Todos têm o direito de se defender e de contradizer o que se afirma na denúncia. O papel do defensor dativo é o de representante do denunciado revel e, nesta condição, elabora as defesas com o máximo de respeito pela pessoa ausente.”**

Não importam os fatos. Todos têm o direito de se defender e de contradizer o que se afirma na denúncia. O papel do defensor dativo é o de representante do denunciado revel e, nesta condição, elabora as defesas com o máximo de respeito pela pessoa ausente. O êxito das defesas está diretamente relacionado à gravidade do evento, às provas acostadas aos autos, aos depoimentos das testemunhas e também, porque não dizer, ao desempenho do defensor dativo na construção de uma defesa capaz de demonstrar e convencer a Comissão de Instrução que o denunciado revel é inocente ou, pelo menos, evidenciar elementos que possam minimizar com justiça as penalidades possivelmente aplicáveis ao caso.

Foto: Comunicação/COREN-SP

# Atuação que faz a diferença

***A fiscalização, uma das principais competências dos conselhos regionais de enfermagem, tem sido aprimorada nos últimos meses no COREN-SP***

*Viviane Santos, gerente de fiscalização do COREN-SP*

A Fiscalização do COREN-SP tem acumulado resultados positivos nos últimos 21 meses. A atual gestão, que assumiu em janeiro de 2012, já contabiliza mais de 11 mil ações de fiscalização, que abrangeram 5563 instituições no estado de São Paulo. Esses números incluem quase a totalidade dos hospitais do estado, das unidades básicas de saúde da capital paulista e também uma grande quantidade de unidades de atenção básica do interior do estado.

A previsão, até o final do ano, é de que todas as unidades de atenção básica de saúde do estado e outros diversos tipos de instituições de saúde sejam fiscalizados, atendendo à meta prevista no início da gestão 2012-2014.

Na gestão anterior (2009- 2011), em 36 meses, foram realizadas 10789 ações de fiscalização, número ultrapassado pela atual gestão, e com previsão de alcançar nos próximos 15 meses pelo menos mais 7 mil ações.

> **“A fiscalização do COREN-SP pauta sua prática no processo educativo, no fortalecimento dos princípios éticos e na valorização do processo de trabalho em Enfermagem.”**

Além do significativo aumento na quantidade de fiscalizações, é importante ressaltar a mudança no método utilizado para esse fim. A gerente de fiscalização do COREN-SP, Viviane Camargo Santos, destaca que as diretrizes do manual de fiscalização contribuíram para a melhoria do processo de trabalho e para a conquista dos resultados alcançados.

Viviane também comenta que essa mudança ocorreu pautada em um processo educativo, baseando-se em protocolos institucionais, por meio da implantação do processo administrativo, do monitoramento de indicadores da fiscalização e da efetiva parceria entre o departamento de fiscalização e jurídico.

“A fiscalização do COREN-SP pauta sua prática no processo educativo, no fortalecimento dos princípios éticos e na valorização do processo de trabalho em Enfermagem, visando precipuamente uma assistência de Enfermagem segura e livre de riscos para os cidadãos”, finaliza Viviane.

Outra ação realizada pela fiscalização do COREN-SP e que trouxe benefícios para a Enfermagem e para a população em geral foi a realização de termos de ajustamento de conduta (TAC), que vem possibilitando o estreitamento do diálogo entre as instituições de Saúde, os profissionais e o COREN-SP.

Assim, foram firmados TACs com diversas instituições de saúde no estado, o que representou a contratação, e consequente aumento do quantitativo de 44% de enfermeiros e 19% de profissionais de nível médio de Enfermagem no quadro geral, até a presente data.

A fiscalização também foi responsável, em conjunto ao COREN-SP Educação, pelas Oficinas de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem. O objetivo desta ação é instrumentalizar o enfermeiro responsável técnico para a realização do cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, baseado na Resolução COFEN nº 293/04.

Desde abril de 2013, foram realizadas 76 oficinas em cidades como São Paulo, Presidente Prudente, Araçatuba, Marília, Barretos, Pirassununga, Campinas, São José dos Campos, Penápolis, Fernandópolis, Araraquara, Jaguariúna, Mogi Mirim, Taubaté, Guaratinguetá, Ribeirão Preto, Sertãozinho, Santos e Lorena, atingindo mais de 900 participantes. A agenda das Oficinas e a ficha de inscrição podem ser consultadas no site do COREN-SP, na página http://portal.coren-sp.gov.br/oficinas-de-dimensionamento.

# Terminais de autoatendimento

*Equipamentos instalados em instituições de saúde poupam o tempo dos profissionais que precisam de atendimento do Conselho*

O COREN-SP iniciou em setembro de 2013 a instalação de 60 terminais de autoatendimento nas instituições de saúde com maior número de profissionais de enfermagem. Os Terminais de Autoatendimento são máquinas de simples uso que fornecem o acesso do profissional aos serviços de que necessitar, sem que para isso tenha que se deslocar até a sede ou a uma das subseções do Conselho.

*Tela de acesso*

*Serviços online*

*Fale conosco*

Para acessar as opções, será necessário informar o número do CPF e senha. Se não possuir senha, é possível cadastrar uma, informando o número de inscrição no COREN-SP, data de nascimento e e-mail.

Com o cadastro atualizado, o profissional pode imprimir certidões, extratos de débito, especializações e também fazer ou renovar acordos. Ainda é possível utilizar, sem a necessidade de senhas, o Código de Ética de Enfermagem, serviço de Fale Conosco, pareceres técnicos e também os portais do COREN e COFEN.

Na opção "Acordos/boletos", o profissional pode simular acordos, parcelar os débitos em até 3x e também visualizar ou imprimir boletos.

A opção Emissão de Certidões permite obter documentos referentes a cadastro, transferência, extrato de débito e certidão negativa de débitos, com opção para imprimir o documento.

A instalação dos 60 Terminais de Autoatendimento deve ser concluída até julho de 2014. Serão, ao todo, 30 aparelhos na Grande São Paulo e outros 30 espalhados pelo interior e pelo litoral do estado.

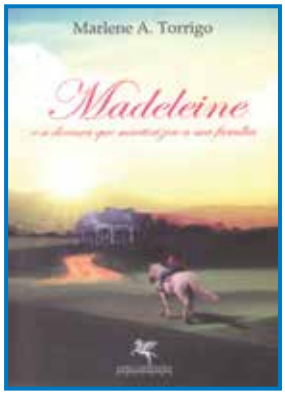
*Acesso aos portais do COREN e COFEN*

*Emissão de certidões*

*Impressão de boletos*

# Livros

*Indicações para enriquecer seus conhecimentos técnicos e conceituais*

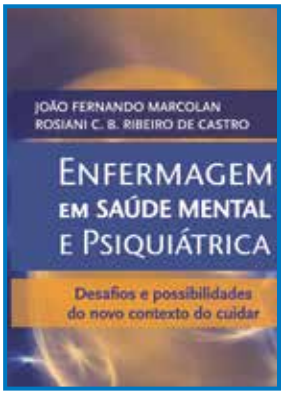



## Madeleine e a doença que martirizou sua família

*Marlene A. Torrigo*

*Livre Expressão – 2013*

O drama, escrito pela Auxiliar de Enfermagem inscrita no COREN-SP, é inspirado em fatos reais e narrado pela octogenária Madeleine a partir de *flashbacks* de sua infância feliz, até que sua família fosse dilacerada e desmembrada por uma das mais cruéis patologias que assombraram a humanidade no transcorrer de milênios.

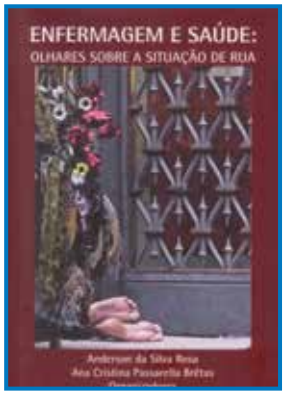



## Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

*João Fernando Marcolan e Rosiani C. B. R. de Castro*

*Elsevier – 2013*

A enfermagem brasileira vem construindo cotidianamente sua participação no amplo e complexo movimento de Reforma Psiquiátrica, tanto na prática dos enfermeiros nos novos equipamentos da rede assistencial nos diversos níveis de assistência, como no expressivo número de produções acadêmicas (muitos resultantes de teses e dissertações) que circulam nas revistas científicas com o tema Saúde Mental.

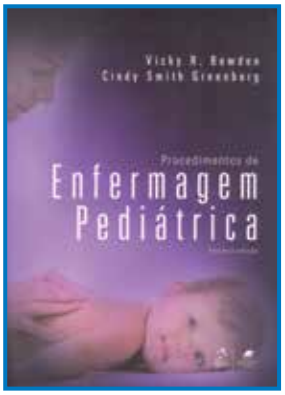



## Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

*Anderson da Silva Rosa e Ana Cristina Passarella Brêtas (org.)*

*Editora CRV – 2013*

Os temas que compõem a coletânea expressam questões cotidianas da vida de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo. A obra tem como eixo condutor o processo saúde-doença-cuidado ancorado nos preceitos da interdisciplinaridade e indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão universitária.




## Procedimentos de enfermagem pediátrica

*Vicky R. Bowden e Cindy Smith Greenberg (tradução de Mariângela Vidal Sampaio Fernandes e outros)*

*Guanabara Koogan, 2013*

O livro é uma fonte de dados baseada em evidências para os profissionais de Enfermagem e para outros profissionais da área da Saúde que trabalham em unidades pediátricas, tanto hospitalares como ambulatoriais. O objetivo principal da obra é oferecer uma referência rápida dos procedimentos de enfermagem essenciais, além das diretrizes de atuação na área da pediatria.

## Energia contaminada: o uso consciente e eficaz da energia mudando nossas vidas

*Maria Cristina Andersen, Edna Maria Pereira da Silva, Alexander Lucinski e Adriana Zatta*

*Scortecci Editora – 2013*

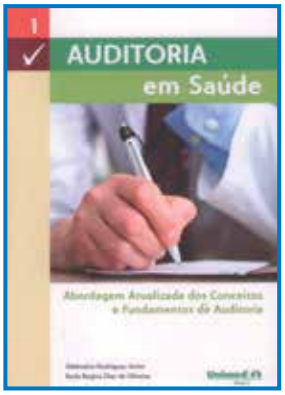
O livro é uma história de ficção e um curso que apresenta uma visão das interações energéticas e seus efeitos sobre a nossa saúde e disposição. Para isso, conta a história de Thiago, um jovem enfermeiro que, após muita luta, consegue trabalhar em um grande hospital, mas, com o passar do tempo, percebe que há dias em que seu cansaço não combina com a carga de trabalho que teve.

## Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos - Volumes 1 e 2

*Sharon L. Lewis e outros (tradução de Maiza Ritomy Ide e outros)*

*Elsevier – 2013*

Em sua 8ª edição, dividida em 2 volumes, a obra discute de modo atualizado e baseado em evidências os últimos avanços clínicos necessários para o oferecimento de atendimento excepcional nos ambientes clínicos em rápida mutação em que vivemos atualmente. Quadros, tabelas e o estilo simples de escrita fazem com que os conceitos sejam aprendidos facilmente.

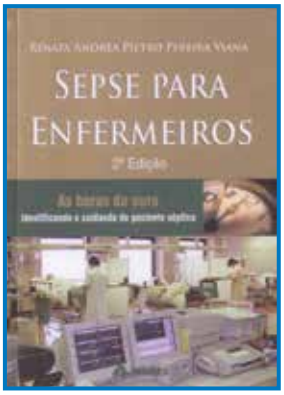



## Auditoria em saúde: abordagem atualizada dos conceitos e fundamentos de autoria

*Valdmário Rodrigues Júnior e Karla Regina Dias de Oliveira (org.)*

*Unimed do Brasil – 2012*

Sem a pretensão de esgotar o tema, mas sim de trazer novas informações sobre a área, contribuindo com o trabalho dos auditores no seu dia a dia. A produção foi organizada de maneira a facilitar o entendimento dos auditores e demais interessados, tratando dos temas mais relevantes e tópicos fundamentais para a melhoria da atividade.




## Sepse para enfermeiros: as horas de ouro - identificando e cuidando do paciente séptico

*Renata Andréa Pietro Pereira Viana*

*Editora Atheneu – 2013*

Em sua segunda edição, a obra posiciona os preceitos essenciais e os pontos nucleares da sepse, busca o desenvolvimento de estratégias especiais de maneira crítica e reflexiva — tendo em vista a identificação precoce — e se estende, por sua amplitude informativa, à motivação de campanhas a serem incorporadas à rotina do Enfermeiro e ao Sistema Único de Saúde.

# Cursos, congressos, simpósios

## 07 a 10/10/2013

***65º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn)***

Local: Centro de Convenções SulAmérica – Rio de Janeiro (RJ)

Realização: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) – Seção Rio de Janeiro

Informações: www.abeneventos.com.br/65cben

## 15 e 16/10/2013

***VIII Bienal de Enfermagem da UNESP***

Local: Salão Nobre da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP – Botucatu (SP)

Realização: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)

Informações: www.fmb.unesp.br/viiibienf

## 17 a 19/10/2013

***3º Congresso Internacional do Hospital São Camilo (Urgência e Emergência - Segurança do Paciente)***

Local: Sheraton São Paulo WTC Hotel – São Paulo (SP)

Organização: Hospital São Camilo

Informações: www.saocamilo.com/congresso

## 24 a 27/10/2013

***V Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente***

Local: Centro de Capacitação dos Profissionais de Educação Dra. Zilda Arns – São Caetano do Sul (SP)

Promoção: Centro de Estudos do Crescimento Humano, Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP e Laboratório de Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC

Informações: www.congressocdh.com.br

## 07 e 08/11/2013

***Evento Científico Inovações para a Enfermagem no Mundo em Mudanças***

Local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto (SP)

Organização: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP)

Informações: www.eerp.usp.br

## 14 a 17/11/2013

***VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde***

Local: UERJ – Rio de Janeiro (RJ)

Realização: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Informações: www.cienciassociaisesaude2013.com.br

## 22 e 23/11/2013

***II Encontro Brasileiro de CCIP/PICC / 1ª Jornada Paulista em Terapia Intravenosa.***

Local: Teatro do Hospital Santa Catarina – São Paulo (SP)

Realização: AMA Consultoria

Informações:www.amaconsultoria.com.br/eventos/2013/encontro-picc/

## 22 e 23/11/2013

***Simpósio Internacional de Segurança em Terapia Intensiva***

Local: Hotel Mercure – Santo André (SP)

Realização: Hospital e Maternidade Brasil e Instituto D'Or Pesquisa e Ensino

Informações: www.saoluizhospital.com.br/simposio/

## 25/10/2013

***Outubro Rosa***

Local: COREN-SP Educação

Palestrantes: Meire Miyuki Setoguti Rabelo e Enfª Simone Navarro Fortes

Informações: portal.coren-sp.gov.br/node/35785

# DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS DO COREN-SP

| | | | JUNHO Período 2012* | JUNHO Período 2013** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 100000 | RECEITAS CORRENTES | 53.721.137,41 | 68.869.123,18 |
| 2 | 200000 | RECEITAS DE CAPITAL | - | 51.508,86 |
| | | TOTAL RECEITAS | 53.721.137,41 | 68.920.632,04 |
| 3 | 300000 | DESPESAS CORRENTES | 33.459.311,71 | 42.652.169,15 |
| 3.1 | 310000 | DESPESAS DE CUSTEIO | 21.419.393,64 | 25.434.243,39 |
| 3.1.10.00 | 311000 | PESSOAL CIVIL | 14.631.598,15 | 17.030.681,28 |
| 3.1.10.01 | 311001 | VENCIMENTOS E VANTAGENS | 9.529.480,61 | 11.041.873,15 |
| 3.1.10.02 | 311002 | DESPESAS VARIAVEIS | 2.139.039,49 | 2.532.806,36 |
| 3.1.10.02.07 | 31100207 | Assistência Social | 1.883.784,17 | 2.084439,61 |
| 3.1.10.02.01 | 31100201 | Abono - 1/3 Constitucional | 203.877,39 | 172.562,24 |
| 3.1.10.02.02 | 31100202 | Diarias e Ajudas de Custo - Folha de | - | 38.870,24 |
| 3.1.10.02.03 | 31100203 | Horas Extras | 31.126,9 | 103.918,45 |
| 3.1.10.02.04 | 31100204 | Vale Transporte | 17.419,85 | 27.015,48 |
| 3.1.10.02.06 | 31100206 | Outras Despesas Variaveis | 2.831,18 | 106.000,34 |
| 3.1.10.03 | 311003 | OBRIGAÇÕES PATRONAIS | 2.963.078,05 | 3.456.001,77 |
| 3.1.20.00 | 312000 | MATERIAL DE CONSUMO | 254.578,76 | 240.557,68 |
| 3.1.30.00 | 313000 | SERVICOS DE TERCEIROS E ENCARGOS | 1.105.130,70 | 860.188,90 |
| 3.1.30.01 | 313001 | SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS FISICAS | 144.403,93 | 226.301,86 |
| 3.1.30.02 | 313002 | SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS JURIDICAS | 960.726,77 | 633.887,04 |
| 3.1.32.00 | 313200 | OUTROS SERVICOS E ENCARGOS | 4.671.021,15 | 6.824.190,01 |
| 3.1.32.01 | 313201 | ASSINATURAS E PERIÓDICOS | 990,00 | 9.218,60 |
| 3.1.32.02 | 313202 | LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS | - | 2.400,00 |
| 3.1.32.03 | 313203 | LOCAÇÃO DE VEÍCULOS | 377.156,59 | 428.246,64 |
| 3.1.32.04 | 313204 | SEGUROS EM GERAL | 348,99 | 26,34 |
| 3.1.32.05 | 313205 | SERVIÇOS DE HIGIENTE E DEDETIZAÇÃO | 3.236,00 | 277.023,05 |
| 3.1.32.06 | 313206 | SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL | 706.628,91 | 1.132.836,55 |
| 3.1.32.06.01 | 31320601 | Postagens | 318.452,05 | 819.556,9 |
| 3.1.32.06.02 | 31320602 | Telecomunicações | 388.176,86 | 313.279,65 |
| 3.1.32.07 | 313207 | SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA, ÁGUA E GAS | 371.154,26 | 326.561,15 |
| 3.1.32.08 | 313208 | PASSAGENS E TRANSPORTES | 136.813,65 | 133.301,09 |
| 3.1.32.09 | 313209 | REPAROS, ADAPTAÇÃO E CONSERV. DE BENS | 58.788,87 | 261.541,30 |
| 3.1.32.10 | 313210 | SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA | 773.548,98 | 1.833.928,55 |
| 3.1.32.11 | 313211 | SERVs SELEÇÃO, TREINAM. ORIENT | 14.249,15 | 6.990,00 |
| 3.1.32.32 | 313232 | DESPESAS C/REUNIÕES, REPRESENTAÇÕES | 1.398.137,50 | 1.395.575,00 |
| 3.1.32.33 | 313233 | CONGRESSOS, SEMINARIOS EVENTOS E | 41046,00 | 53.424,00 |
| 3.1.32.35 | 313235 | DESPESAS BANCARIAS | 788922,25 | 963117,74 |
| 3.1.33.00 | 313300 | DIVERSAS DESPESAS DE CUSTEIO | 757.064,88 | 478.625,52 |
| 3.2.00.00 | 320000 | TRANSFERENCIAS CORRENTES | 12039918,07 | 17.217.925,76 |
| 3.2.10.00 | 321000 | TRANSFERENCIAScNTRAGOVERNAMENTAIS | 11939148,62 | 17.101.303,5 |
| 3.2.80.00 | 328000 | CONTRIBUICAO PASEP | 100769,45 | 116.622,26 |
| 4.0.00.00 | 400000 | DESPESAS DE CAPITAL | 75256,32 | 14.639,98 |
| 4.1.00.00 | 410000 | INVESTIMENTOS | 75256,32 | 12.031 |
| 4.2.00.00 | 420000 | INVERSOES FINANCEIRAS | - | 2.608,98 |
| | | TOTAL DESPESAS | 33.534.568,03 | 42.666.809,13 |
| | | DESPESAS EXECUTADAS EM RELAÇÃO ÀS RECEITAS | 62% | 62% |

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

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

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

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

** 2012 - Janeiro até Março de 2012*
*** 2013 - Janeiro até Março de 2013*

Foto: Funfarme

*Grupo de enfermeiras da UTI Neonatal da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto com a gerente de enfermagem, Edna Castro*

# Grandes Detalhes

*Presença de enfermeiros especializados auxilia na redução de infecções e aumenta segurança nos procedimentos*

> **“O treinamento dos enfermeiros foi realizado por enfermeiros especialistas em neonatologia que atuavam na UTI Neonatal”**
>
> (Maria Regina Lourenço Jabur)

A Lei 7498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, estabelece que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Atendendo à legislação, a UTI Neonatal do Hospital de Base de São José do Rio Preto adotou um procedimento que visa especialização na atenção aos pacientes recém-nascidos. Desde 2009, iniciou-se um procedimento que preza pela participação majoritária de enfermeiros no setor.

O procedimento começou com a abertura de quatro vagas para enfermeiros assistenciais na UTI Neonatal. Maria Regina Lourenço Jabur, enfermeira e superintendente assistencial da Fundação Faculdade Regional de Medicina (Funfarme), entidade mantenedora do Hospital de Base, explica que esses profissionais seriam responsáveis pelos cuidados com os recém-nascidos mais complexos, cumprindo turnos diferentes. “O treinamento dos enfermeiros foi realizado por enfermeiros especialistas em neonatologia que atuavam na UTI Neonatal” afirma Maria Regina. Ela comenta que as primeiras vagas foram ocupadas por técnicos de Enfermagem que haviam concluído a graduação em Enfermagem e trabalhavam na instituição nas enfermarias dos setores de Pediatria.

A enfermeira comenta que a iniciativa partiu do tratamento adequado às complexidades dos recém-nascidos internados, cujo peso varia entre 400 e 1.500 gramas, e também devido às sequelas que podem advir de uma assistência não especializada. “No momento atual contamos com nove enfermeiros assistenciais, além dos enfermeiros clínicos e de supervisor da unidade totalizando quinze profissionais”.

Com a especialização no atendimento, Maria Regina destaca benefícios como redução de infecções, principalmente de corrente sanguínea, e maior segurança nos procedimentos. No que diz respeito ao acolhimento das famílias, a enfermeira ressalta “a orientação na sala de ordenha de aleitamento materno, a realização de grupos de orientação para o Método Canguru, para aleitamento materno, manipulação com o recém-nascido prematuro, vacinação e testes do pezinho, da orelhinha, de olhinho e de coração”.

# III Seminário de Comissão de Ética do COREN-SP

**Dias 09 e 10 de dezembro de 2013**
**local**: Hospital Israelita Albert Einstein

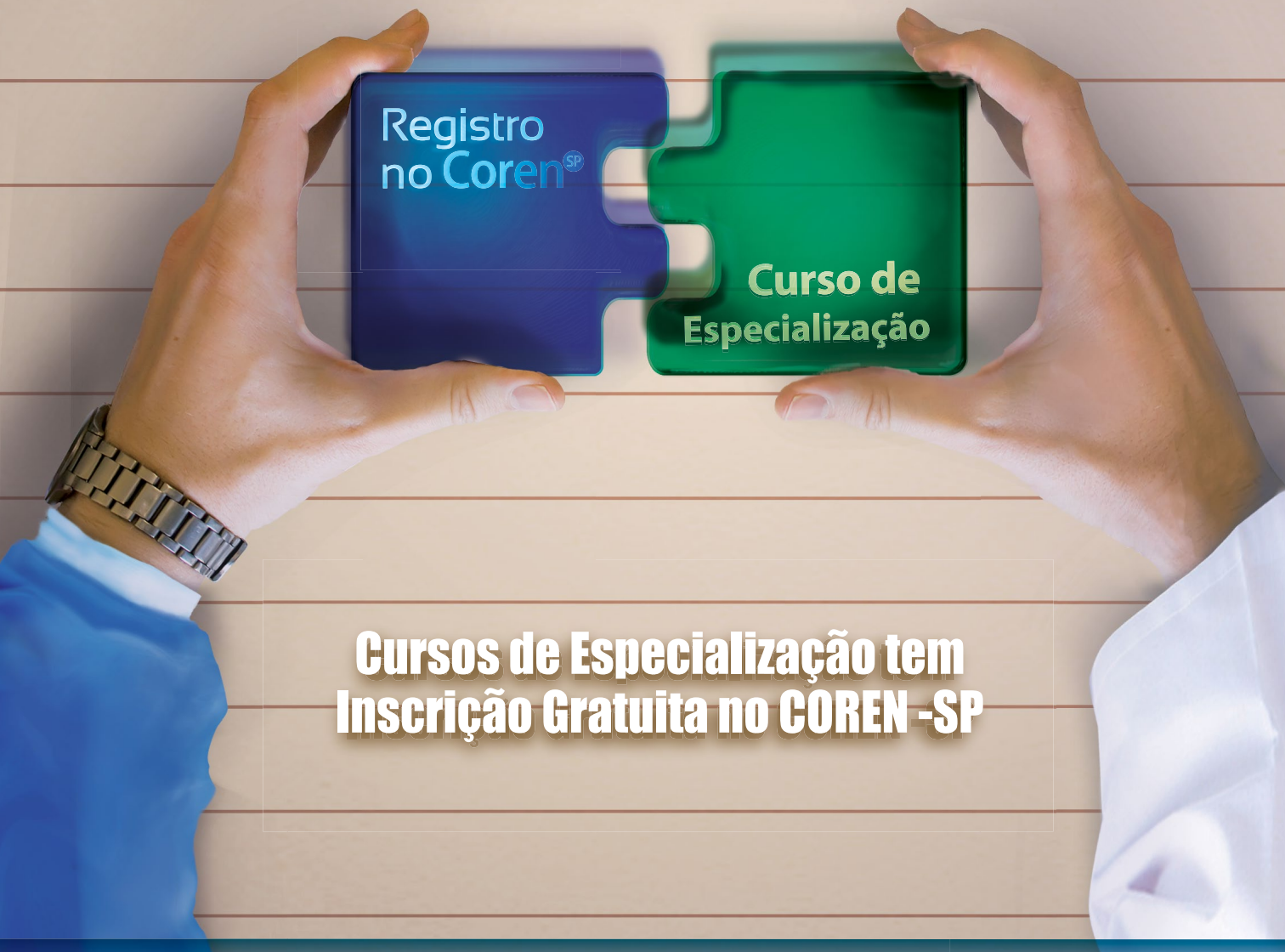
Maiores informações e
programação completa em breve
no site do Conselho

# Aguardem!

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

*Unir, participar e avançar*

# Maior credibilidade em sua formação sem gastar dinheiro




## Cursos de Especialização tem Inscrição Gratuita no COREN -SP

*Unir, participar e avançar*

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