enfermagemRevista

Publicação oficial do COREN-SP. nº2 Novembro de 2012

Enfermagem unida por um único objetivo.

Tráfego

SAMU revela como atende emergências em até 10 min na congestionada São Paulo. **P. 20**

Triagem

Sistemas de identificação por cores reduzem tempo de espera do paciente. **P. 26**

Ato médico

Por que um projeto de lei de regulamentação profissional causa tanta polêmica. **P. 42**

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

II REFIS
Programa e Recuperação Fiscal

Regularize sua situação no COREN-SP

O profissional em ***atraso*** com o sistema COFEN-CORENs pode regularizar sua situação financeira com o REFIS - Programa de Recuperação Fiscal de Enfermagem.
São oferecidos descontos nas multas e juros, que variam de 20 a 100% com parcelamentos em até 24 vezes nos débitos de ***anuidades vencidas até o dia 31 de dezembro de 2011 e parcelamentos anteriores que não foram integralmente quitados***.

Para aderir ao II REFIS basta comparecer à sede do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ou a alguma subseção, assinar o termo de adesão e se beneficiar com a opção que oferece melhor relação custo/benefício para o seu bolso.

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

Índice

Nesta edição

12 HÁ 57 ANOS ENFERMAGEM OUVE NÃO
Os projetos de lei que estabelecem a jornada semanal de 30 horas são barrados desde 1955. Mobilização ganhou força em 2009, mas ainda insuficiente para regulamentar a jornada.

20 PRESSA AMIGA DA PERFEIÇÃO
Em razão das proporções da capital paulista, a rapidez das ações para chegar aos locais dos acidentes são cruciais para que os serviços de urgência salvem vidas.

26 EMERGÊNCIAS SAEM DO PRETO E BRANCO
Evolução da triagem em prontos-socorros envolve a implantação de sistemas de cores para distinguir as prioridades de atendimento.

42 MÚLTIPLAS CONTESTAÇÕES
Projeto de regulamentação profissional recebe severas críticas por subordinar as outras 13 profissões da saúde à medicina e por contrariar princípios do Sistema Único de Saúde.

54 RENOVADO PARA APRIMORAMENTO DA ENFERMAGEM
CAPE se torna COREN-SP Educação, inova em projetos e expande atividades como aulas e oficinas de habilidades para as subseções.

Veja também

33 Recado para quem não votou nas eleições do COREN-SP de 2011
Justificativa eleitoral

37 Política de humanização no estado de São Paulo
Artigo

48 Tecnologia em benefício do cuidado
Informatização

50 Até 30% das denúncias são de âmbito interpessoal, administrativo ou judicial
Código de ética

53 Santos foi a primeira extensão do COREN-SP
Subseções

58 Portas abertas ao estudante
Ingressa COREN

60 Contas equilibradas para melhorar o atendimento ao profissional de Enfermagem
Transparência

64 Ponto de encontro – Portal da Escola Nacional de Saúde Pública
Internet

Seções

04 Editorial
05 Opinião do leitor
06 Notas & informações
52 Processos éticos
60 Transparência
63 Na estante
66 Agenda

Editorial

Caros profissionais,

A Enfermagem, como todos sabem, tem sido alvo constante da mídia e nem todas as notícias divulgadas até hoje falando sobre os "erros" tiveram como princípio o cuidado na apuração dos fatos antes de serem transmitidos.

Atribuo isso à falta de conhecimento e compreensão das reais responsabilidades e atribuições de nossa profissão, o que acaba contribuindo, muitas vezes, para uma reportagem com informações distorcidas que se misturam a outras formando uma opinião errônea entre a população abalando a confiança nos enfermeiros, técnicos e auxiliares, expondo a crise sem precedentes por que passa a Enfermagem hoje.

Essas matérias são na sua maioria flagrantes de um cotidiano muito pequeno e isolado – o cuidado e a dedicação dos mais de 400 mil profissionais de Enfermagem do estado, com seus pacientes, são atos diários de uma grande responsabilidade desempenhada em meio à condições inadequadas e carga horária excessiva de trabalho.

Ainda na mídia, desta vez publicitária e não jornalística, a Enfermagem foi mostrada de forma pejorativa na veiculação de um anúncio de TV sobre uma instituição de ensino superior.

Em ambos os casos o Conselho manifestou-se indignado através de ofícios enviados aos órgãos competentes e amplamente divulgados entre os profissionais através da nossa newsletter, site e redes sociais.

A luta pelas 30 horas já é bandeira hasteada pelo Conselho, com participação ativa de nossos conselheiros integrantes do CRI (Comissão de Relações Institucionais) nas reuniões do Fórum e manifestações por todo o estado e no Congresso Nacional.

O ano de 2012 não foi fácil, herdamos muitos problemas e trabalhamos em silêncio, porém empenhados em resolvê-los. Pretendemos a partir de 2013 começar o trabalho externamente e conjuntamente com todos vocês, realizando mais cursos no COREN-SP Educação (antigo CAPE), simpósios e seminários com o intuito de aprimorar conhecimentos, investir ainda mais na fiscalização e agilização no atendimento.

Que 2013 seja um ano produtivo e melhor para todos nós da Enfermagem.

Boas Festas!

Mauro Antônio Pires dias da Silva
Presidente

Coren SP
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Ubuntu, participação e compromisso

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

Conselheiros titulares
Adriana Machado, Ana Márcia Moreira Donnabella, Ana Maria Costa Carneiro, Anele Cristina Jaracevskis, Dorly Fernanda Gonçalves, Estevão Luis Silva Bassi, José Roberto Correia Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Maria Edith de Almeida, 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, Maria Silvia de Andrade Rosa Longo, 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 nº2

Gerente/jornalista responsável: Fátima Martins (MTb 15278)

Assessor de comunicação estratégica: Fabio Venturini (MTb 31191)

Assessor de projetos gráficos: Luiz Vilarinho

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

Relações Públicas:
Marcus Vinicius Bonfim (Conrerp 3486)
Secretaria de redação: Alexandre Moitinho.

Fotos: Arquivo COREN-SP Educação, Comunicação/ COREN-SP, Divulgação SAMU, Stock.XCHNG, Eliana Ribas

Impressão e Acabamento: Gráfica Posigraf
Tiragem desta Edição: 360.000 exemplares

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

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

Opinião do Leitor

Errata

O significado correto da sigla NIR é Núcleo Integrado de Recuperação, não Núcleo Integral de Recuperação de Pacientes Amputados, como veiculado na página 30 (matéria "Especialização e comunicação pela cicatrização") da edição de agosto/2012.

Também entre em contato através de nossas redes sociais:
twitter.com/corensaopaulo
facebook.com/corensaopaulo

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

"Parabenizo pelo belo trabalho realizado nas edições desta revista de classe. Eu também sinto falta de matérias que tratam sobre os procedimentos realizados pela Enfermagem em serviços de Urgência e Emergência em pronto socorro e sobre ATLS também".

Jaime Roberto de Mello, São Paulo
Técnico de Enfermagem, COREN-SP 338607

eR: *Agradecemos pelas dicas. A redação irá providenciar uma matéria sobre o assunto!*

"Parabéns à redação da revista. No último número pudemos encontrar várias matérias interessantes para o nosso dia a dia e não somente matérias focando a gestão do Conselho. Acho que o caminho é esse, sempre ajudar o profissional a ficar atualizado, pois nessa profissão precisamos estudar sempre".

Andrea Janaina de Andrade, São Paulo
Auxiliar de Enfermagem, COREN-SP 622635

eR: *Andrea, também acreditamos que este é o caminho. Acompanhe também nosso site (www.coren-sp.gov.br), nossos perfis nas redes sociais (twitter.com/corensaopaulo e facebook.com/corensaopaulo) e a agenda do CAPE.*

Confesso que fiquei fascinada com o item Offssore e Aquaviários. É realmente divina e ousada essa inusitada área de atendimento em Enfermagem.

Rosenilde Ferreira de Santana Angelo, Promissão
Auxiliar de Enfermagem, COREN-SP 662912

eR: *Esperamos que você goste também das matérias desta edição.*

"Gostaria de saber se vocês aceitam artigo de revisão de literatura para publicação".

Mey Fan Porfírio Wai, Ribeirão Preto
Enfermeira, COREN-SP 120283

eR: *A Enfermagem Revista não é uma publicação acadêmica. Revisões de literatura e relatos de pesquisas são mais adequados para revistas deste gênero. Aceitamos com todo prazer artigos de compartilhamento de experiências, como o que se inicia na página 37 desta edição, escrito por Eliana Ribas. Para mais detalhes entre em contato pelo email revista@coren-sp.gov.br.*

"Durante o 15º CBCEnf recebi no estande do COREN-SP a Enfermagem Revista e gostei muito. Gostaria de saber se há possibilidade de recebê-la no domicílio".

Fabiani Tenório, Maceió (AL)

eR: *Enviamos um exemplar impresso para cada profissional com inscrição ativa e regularizada no COREN-SP. Por isso alertamos para manter o endereço sempre atualizado. Você que é de outro estado, assim como qualquer pessoa, pode acessar a nossa versão digital no site 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

Fiscalização de cara nova

O Sistema de Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem tem como base uma concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em Enfermagem.

Após a reestruturação do setor, em setembro de 2012 foi implementado o novo modelo de fiscalização, tendo como finalidade sistematizar as ações, tornando-as dinâmicas, objetivas e com maior probabilidade de resultados positivos e imediatos.

Nos primeiros dois meses após a implantação do novo modelo foram fiscalizadas 1.904 instituições de saúde no Estado de São Paulo, sendo em sua maioria hospitais e unidades básicas de saúde. Nas instituições onde foram identificadas irregularidades foi lavrada a notificação jurídica com prazo para regularização da situação mantendo-se o acompanhamento das adequações no período determinado pela fiscalização do COREN-SP.

Marcelo Santos, gerente da fiscalização, e sua equipe

Nota de esclarecimento sobre o fim das inscrições provisórias

Seguindo as determinações do Conselho Federal de Enfermagem, conforme disposto na Resolução COFEN nº 372/2010, com vigência desde janeiro de 2011, os Conselhos Regionais de Enfermagem, nos 26 Estados e no Distrito Federal, deixaram de realizar o registro de inscrições provisórias para o exercício da profissão de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Assim, por determinação do COFEN, os 27 Conselhos Regionais de Enfermagem não podem emitir inscrição provisória desde fevereiro de 2012.

Os objetivos da decisão tomada pelo COFEN visam garantir as disposições legais expostas na Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regula o exercício da Enfermagem em todo o País, e não traz previsão sobre inscrição provisória.

Sobre a emissão de certificados e diplomas

O fim da inscrição provisória promovido pelo COFEN trouxe reflexos para o profissional da Enfermagem, uma vez que a inscrição definitiva – única possibilidade de inscrição após 31 de janeiro de 2012 – só é possível mediante apresentação do diploma (enfermeiros e técnicos) ou certificado (auxiliares). O problema da falta de documentos para se inscrever no Conselho foi sentido mais fortemente por recém-formados em cursos superiores de Enfermagem.

O COREN-SP esclarece que todo diploma, para ser expedido, deve ser registrado pela instituição de ensino. Cada uma delas tem processos burocráticos com maior ou menor agilidade. Os diplomas expedidos pelas universidades são por elas próprias registrados, enquanto aqueles conferidos por instituições não universitárias serão registrados em universidades indicadas pelo Conselho Nacional de Educação, conforme exigência feita na Resolução CNE/CES nº 12/2007.

Deste modo, o COREN-SP solicita aos profissionais que ainda possuem inscrição provisória que procurem o Conselho, na sede ou em uma das subseções, com antecedência mínima de 30 dias do vencimento da inscrição provisória para requerer sua inscrição definitiva.

Orientação aos formandos

O COREN-SP solicita aos estudantes concluintes do curso de Enfermagem em 2012 que, tão logo realizada a colação de grau, formulem requerimento para emissão do diploma na secretaria da sua instituição de ensino, com o fim de, assim que receber o seu diploma, requerer sua inscrição definitiva e obter a habilitação ao exercício da profissão.

Alerta: golpistas oferecem cursos e publicações em nome do Sistema COFEN/COREN

Piotr Bizior

Alguns profissionais de Enfermagem relataram que estão recebendo ligações telefônicas com o oferecimento de cursos de capacitação, aperfeiçoamento e atualização oferecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), principalmente após a veiculação de notícias de supostos erros cometidos por alguns profissionais e estudantes de enfermagem.

Dessa forma, o COFEN informa que não realiza contato telefônico ou por correio eletrônico oferecendo qualquer tipo de curso, devendo o profissional que receber tal ligação informar ao Conselho Regional de Enfermagem, para que se tomem as medidas necessárias.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo também recebeu denúncias de que há pelo menos uma empresa vendendo publicações e cursos em seu nome. Como autarquia de fiscalização do exercício profissional, o COREN-SP, assim como o COFEN, não vende publicações e não autoriza qualquer empresa a fazê-lo. Se você recebeu algum contato de vendas em nome do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, é golpe.

As pessoas que forem vítimas devem procurar a polícia civil e registrar um boletim de ocorrência, identificando nome da pessoa que entrou em contato, número de telefone e todas as outras informações que possuir. O COREN-SP solicita que em seguida envie uma cópia do boletim de ocorrência para o conselho afim de que, também como vítima desta situação, tome as medidas judiciais cabíveis.

Por email:
enivaldo.ferreira@coren-sp.gov.br

Pelo correio:
A/C Enivaldo da Gama Ferreira Junior
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Al. Ribeirão Preto, 82, Bela Vista,
CEP 01331-000 - São Paulo - SP

Nota esclarece a imprensa sobre os fatos noticiados envolvendo profissionais de Enfermagem

Mediante um grande número de solicitações de jornalistas de diversos veículos, o presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Mauro Antonio Pires Dias da Silva, enviou uma nota oficial sobre os fatos veiculados nos meios de comunicação envolvendo a categoria da Enfermagem e todo o setor da saúde no Brasil.

O objetivo foi esclarecer como são os processos éticos e alguns critérios nas análises. Com o interesse midiático e da opinião pública em apontar responsáveis rapidamente, o presidente também enfatizou que se deve alertar a população para as "péssimas condições de trabalho a que são, muitas vezes, submetidos os profissionais da enfermagem, nem sempre divulgadas, imputando sempre toda a responsabilidade do erro cometido ao auxiliar, técnico ou enfermeiro".

Abaixo segue a íntegra do comunicado:

Caro(a) jornalista,

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo informa que tem conhecimento sobre os fatos envolvendo a categoria da Enfermagem e todo o setor da saúde no Brasil. Mas também se sente no dever de alertar a população e a mídia

sobre as péssimas condições de trabalho a que são, muitas vezes, submetidos os profissionais da Enfermagem, nem sempre divulgadas, imputando sempre toda a responsabilidade do erro cometido ao auxiliar, técnico ou enfermeiro.

O Conselho Regional de Enfermagem fiscaliza sistematicamente o exercício da profissão e conhece muito bem os problemas enfrentados pela categoria com a falta de material adequado para procedimentos, dimensionamento incorreto de pessoal, baixíssima remuneração e jornadas excessivas e exaustivas de trabalho que contribuem para a indução ao erro.

Todas as denuncias feitas a este Conselho são investigadas, apuradas e analisadas em processo ético no qual se ouvem todos os envolvidos e o acusado tem direito a ampla defesa. Porém, se constatado erro, o profissional acusado é punido de acordo com o art. 118 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_4158.html).

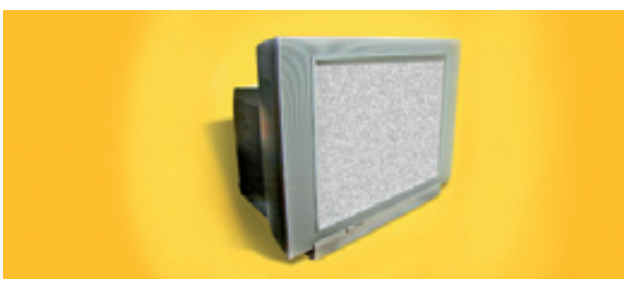
É importante ressaltar que dos mais de 400 mil profissionais no Estado de São Paulo inscritos no COREN, pouco mais de 300 mil praticam o exercício da profissão. As denuncias não representam 1% desse montante e esse menos de 1% nem sempre é condenado ou foi responsável direto pelo erro.

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do cidadão, da família e da coletividade. Os bons profissionais não podem pagar pelos maus e, por isso, merecem respeito. Portanto, as normas, resoluções e leis que regem o exercício profissional de Enfermagem devem ser obedecidas e seguidas tanto pelos profissionais quanto pelas instituições de saúde, garantindo desta forma a qualidade de atendimento e a segurança do paciente.

As escolas de Enfermagem também devem ser fiscalizadas com rigor pelos órgãos competentes responsáveis por esse setor, evitando colocar no mercado de trabalho pessoas despreparadas que comprometem toda uma categoria e colocam vidas em risco.

O Conselho Regional de Enfermagem está fazendo sua parte e empenhando-se nas ações fiscalizatórias para que a atuação seja mais eficaz, sempre com o objetivo de educar e evitar que erros aconteçam, com as punições aplicadas quando necessário.

Universidade pede desculpas a profissionais de Enfermagem por comercial de TV



Na noite de 1/10, os profissionais de Enfermagem em São Paulo foram surpreendidos por uma inserção publicitária em horário nobre da TV aberta, na qual uma enfermeira graduada em uma "faculdade baratinha" é retratada como pessoa frustrada, sem credibilidade no trabalho e cujo diploma é tão insignificante que chega a ser encoberto por uma fotografia.

O filme, elaborado pela agência Giovanni Draftfcb, contratada pela Universidade Cruzeiro do Sul, embora não aparente ter como propósito denegrir qualquer categoria profissional, provocou efeitos indiretos, entre os quais a conotação pejorativa não apenas de uma enfermeira, mas de todos os profissionais de Enfermagem, especialmente os que não cursaram esta instituição de ensino superior.

Imediatamente o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo recebeu diversas reclamações de profissionais, inclusive conselheiros, que se sentiram ofendidos pelo filme. "Existem hoje em todo o País milhares de enfermeiros e enfermeiras formados em outras instituições de ensino superior particulares que merecem o mesmo respeito dado aos graduados em qualquer outra instituição, seja pública ou privada", enfatizou Mauro Antonio Pires Dias da Silva, presidente do COREN-SP.

No dia seguinte à primeira veiculação, o Presidente do Conselho enviou uma carta à reitora da universidade solicitando que a campanha não fosse mais veiculada. Também foram tentados contatos adicionais por email e telefone. Como o COREN-SP

não obteve qualquer resposta, formalizou uma reclamação no Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar), que instaurou o processo ético nº 287/12.

Na semana do dia 15 de outubro o Conselho Regional de Enfermagem recebeu um ofício da Profª Drª Sueli Cristina Marquesi, reitora da Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul), com pedido de desculpas pela "situação desconfortável" causada pela campanha publicitária da instituição na TV visando o Vestibular de 2013.

A íntegra do ofício está disponível no site http://inter.coren-sp.gov.br/node/8664.

Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta - Hospital Sancta Maggiore, Unidade Paraíso

Em 14 de agosto de 2012, o Ministério Público do Estado de São Paulo firmou com a Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda – Hospital Sancta Maggiore, unidade Paraíso, um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta em Inquérito Civil, tendo por base os relatórios de fiscalização enviados pelo COREN-SP, no qual apontou diversas irregularidades.

A Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda se comprometeu a não impedir a realização de visitas fiscalizatórias do COREN-SP, fornecendo todas as informações necessárias que lhe forem solicitadas. E se comprometeu a sanar todas irregularidades constatadas na inspeção de 30 de agosto de 2012, quais sejam:

I - Adequação à RDC Anvisa 07/2010:

a. Providenciar coordenadora exclusiva para UTI;

b. Envio dos relatórios assistenciais e administrativos ao COREN/SP;

c. Correção das inadequações do "Protocolo de Atividades do Setor de Oncologia/Quimioterapia";

II - Elaboração e apresentação do estudo de dimensionamento profissional ao COREN/SP;

III - Regularizar o quantitativo dos profissionais de Enfermagem no Pronto Atendimento;

IV - Implantação da SAE – Sistematização de Assistência em Enfermagem;

V - Regularizar a rotulagem na farmácia, nos termos admitidos pelo CRF;

VI - Regularizar a atividade de oncologia, afastando os técnicos de Enfermagem das funções privativas de enfermeiro.

As adequações das irregularidades deverão ser realizadas no prazo de 180 dias, contados a partir da data da assinatura do TAC (até fevereiro de 2013). O descumprimento sujeitará a Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda ao pagamento de multa cominatória diária de R$ 1 mil.

Fixadas normas para criação de Comissões de Ética de Enfermagem em São Paulo

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e regimentais, fixou as normas para a criação das Comissões de Ética de Enfermagem, com atuação em todas as Instituições com quadro de pessoal formado por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, ou ainda exclusivamente por enfermeiros.

A decisão, referendada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2 de agosto de 2012, está disponível no endereço http://inter.coren-sp.gov.br/node/8716. Já o regulamento pode ser consultado no endereço http://inter.coren-sp.gov.br/node/3869.

Resolução sobre o estágio de estudantes de Enfermagem em revisão

Um Grupo de Trabalho com apoio da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa (CTEP) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) iniciou a revisão da Resolução COFEN nº 371/2010, que trata da participação do enfermeiro na supervisão do estágio de estudantes de Enfermagem. Além dos integrantes da Câmara Técnica, participam do GT três Conselheiros Federais: Ana Tânia Sampaio, Regina Maria dos Santos e Sebastião Duarte.

A reformulação está sendo discutida com base nas Resoluções CEB/CNE nº 6 e CNE/CES nº 3, que instituem as diretrizes curriculares do curso de Enfermagem e na Lei nº 11.788, que regulamenta o estágio supervisionado. A intenção do Grupo de Trabalho é atualizar a Resolução nº 371/2010, elaborando um documento mais claro e que evite divergências de interpretação.

Departamento de Enfermagem na Unicamp se torna Faculdade

A partir do dia 10 de outubro o Departamento de Enfermagem ganhou autonomia dentro da Universidade Estadual de Campinas. Anteriormente parte da Faculdade de Ciências Médicas, passou a ser a Faculdade de Enfermagem da Unicamp.

A criação desta Faculdade dentro da Universidade Estadual de Campinas está prevista desde a publicação da resolução nº 46/1966 do Conselho Estadual de Educação. Posteriormente, os estatutos e regimentos da universidade instituíram a Faculdade de Ciências Médicas, que abrigou também o curso de Medicina.

Além da graduação, em atividade desde 1981, a Faculdade de Enfermagem possui um programa de pós-graduação, criado em 1999. Ainda há a expectativa de se criar uma coordenação específica para a pós.

Cassado registro de Gilberto Linhares

A Assembleia dos Presidentes de CORENs, órgão do Conselho Federal de Enfermagem, confirmou no dia 27 de setembro, em Brasília, a cassação por dez anos do registro profissional do ex-presidente do COFEN, Gilberto Linhares. O parecer inicial foi emitido pelo Conselho Federal de Enfermagem em 13 de abril deste ano, numa decisão unânime da Assembleia de Presidentes.

O processo ético contra o ex-presidente foi movido por denúncias de irregularidades nas suas duas primeiras gestões, entre 1991 e 1997. Em 2005, em pleno exercício do quarto mandato, Linhares foi preso pela PF durante a Operação Predador, da Polícia Federal, sob acusação de peculato, formação de quadrilha, homicídio, fraude em licitações, lavagem de dinheiro, interceptação não autorizada de comunicação telefônica e falsidade ideológica. O ex-presidente conseguiu *habeas corpus* no Supremo Tribunal Federal (STF) e deixou a prisão em março de 2011.

Procura-se salva- vidas

Doar sangue não custa nada e pode salvar muita gente

Doe sangue e faça o bem

Acesse o site www.prosangue.sp.gov.br e saiba qual é o hemocentro mais próximo de você

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

Conselheiros do COREN-SP reunidos em apoio pelas 30 horas

30 Horas: há 57 anos Enfermagem ouve não

Os muitos projetos de lei que estabelecem a jornada semanal de 30 horas para enfermeiros técnicos e auxiliares são barrados desde 1955. Depois de 2009 a mobilização ganhou grande força, mas ainda não foi suficiente para regulamentar a carga horária

No dia 27 de junho de 2012, o presidente da Câmara Federal, deputado Marco Maia, entrou em acordo com líderes de partidos e colocou em pauta a votação do Projeto de Lei 2295 de 2000, que altera a regulamentação profissional na Enfermagem e fixa 30 horas por semana, sendo seis por dia, a carga horária máxima de trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares.

Nos bastidores uma comissão foi enviada pela presidente da República ao Congresso para retardar a análise do projeto e a votação não ocorreu por conta do fim da seção daquele dia. Na época, a ministra das Relações Institucionais, Ideli Salvatti afirmou em entrevista ao jornal O Estado de S. Paulo que a posição do governo era "muito clara de não votar matéria que tenha grande impacto por conta da crise [econômica internacional], que tudo leva a crer que será longa".

A ação desencadeou uma série de protestos das entidades integrantes do Fórum Nacional 30 Horas Já! A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) divulgou uma nota sobre o episódio na Câmara, resgatando um compromisso firmado em 11 de outubro de 2010 pela então candidata Dilma Roussef.

O documento teve trechos publicados na coluna Panorama Político, do jornal O Globo, do Rio de Janeiro. Nele, a então candidata Dilma se dirigiu aos "amigos e amigas da Enfermagem brasileira" garantindo assumir, "se eleita Presidente da República, o compromisso

1955 - Café Filho sancionou todo o projeto que regulamentava a profissão e vetou apenas o artigo que estabelecia a jornada de 30 horas.

1983 – O general João Baptista Figueiredo vetou alegando que não havia justificativas físicas, técnicas ou mentais para sancionar a lei.

1995 – Fernando Henrique Cardoso vetou porque o sistema 12x36 estava consolidado e não acreditava que cabia ao Estado o papel intervencionista nas representações de profissionais e empregadores.

2012 – Com um compromisso assinado em 2010 em favor das 30 horas, quando ainda era candidata, Dilma Rousseff se livrou da decisão de vetar o projeto ao articular que o PL 2295/2000 não fosse votado na Câmara.

"O impacto financeiro total da implantação da jornada de trabalho de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem corresponde, segundo o estudo do Dieese, a R$ 3,7 bilhões"

Marcia Krenpel, presidente do Conselho Federal de Enfermagem

“Os enfermeiros se programam para o descanso e, com o tempo, têm seu organismo adaptado às condições de trabalho”

Deputado Pedro Henry, relator da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público em 2000, sobre os turnos de 12x36 horas em voto contra as 30 horas

“ Você educa seu paciente para ter qualidade de vida, alimentar-se bem e praticar exercícios. As condições de trabalho com esta carga horária impede que façamos o que nós mesmos recomendamos”

Enfermeira Ana Marcia Moreira Donnabella, conselheira do COREN-SP

de apoiar a aprovação das iniciativas legislativas que garantam a jornada de trabalho de 30 horas semanais para o Projeto de Lei nº 2295/00 na Câmara dos Deputados”.

Naqueles dias uma série de reportagens abordaram os aumentos de gastos em caso de aprovação do projeto. A presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Marcia Krenpel, emitiu uma nota oficial contestando especificamente uma matéria da Folha de S. Paulo e outra do Jornal Nacional, que apresentaram estatísticas mostrando que a aprovação do projeto teria impacto de R$ 7 bilhões aos cofres públicos.

“O impacto financeiro total da implantação da jornada de trabalho de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem corresponde, segundo o estudo do DIEESE [Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos] a R$ 3,7 bilhões. Estudos do Ministério da Saúde apresentam impactos ainda menores se a redução for gradativa, chegando a R$ 331 milhões”, rebateu Krenpel.

Negado

Rejeitar a jornada de trabalho pretendida pela Enfermagem sem redução salarial não encontrou resistência somente no atual governo. Desde 1955, Presidentes da República de diferentes partidos, ideologias e sistemas de governo vetaram por motivos diversos os muitos projetos propostos para regulamentar as 30 horas semanais.

Em 1952 o deputado Cunha Bueno apresentou um projeto de lei que, depois de tramitar no Congresso, foi transformado na Lei nº 2604 em 17 de setembro de 1955. Quase todos os artigos de regulamentação profissional da Enfermagem propostos foram aceitos pelo então presidente, João Fernandes Campos Café Filho. Apenas um, o art. 10º, que estabelecia a carga de trabalho em 30 horas semanais, foi vetado no Poder Executivo.

A nova tentativa foi feita na década de 1980, com o Projeto de Lei nº 3225, apresentado pelo deputado Nilson Gibson, que estipulava as 30 horas semanais e piso de 10 salários mínimos. A justificativa do autor na apresentação do projeto era que, na equipe de saúde, o enfermeiro é o profissional mais sujeito a “desgastes físicos”, o que constituía uma grande injustiça não reduzir sua carga horária, uma vez que os médicos já tinham conquistado o limite de 20 horas semanais.

Esse projeto, que não incluía auxiliares e técnicos de Enfermagem, foi vetado pelo então presidente João Baptista Figueiredo, em novembro de 1983, por, segundo o general, não haver justificativas físicas, técnicas ou mentais para sancionar com a lei.

Oito anos depois, o deputado Jurandy Paixão apresentou um novo

projeto que resgatava o texto do artigo vetado pelo presidente Café Filho em 1955: "A jornada normal de trabalho para o exercício da enfermagem, em qualquer das modalidades aqui previstas, será de, no máximo, 30 (trinta) horas semanais".

No ano de 1995 o então presidente Fernando Henrique Cardoso vetou a lei, seguindo sugestões do Ministério do Trabalho, por considerar que o costume dos profissionais da saúde de realizarem turnos de 12 horas trabalhadas por 36 de descanso era prática consolidada. Também foi alegado que as relações entre empregado e empregador não devem receber intervenções do Estado, pois elas "se regem pela livre estipulação entre as representações profissionais econômicas", conforme consta no despacho publicado no Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 1995.

Uma bandeira que une a Enfermagem

O Projeto de Lei nº 2295, que está na Câmara desde 2000, passou pelo Senado, onde foi apresentado por Lúcio Alcântara. Na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara, o relator do processo, Pedro Henry, deu parecer desfavorável ao PL, resgatando em seu argumento a questão das jornadas de 12x36 horas. "Os enfermeiros se programam para o descanso e, com o tempo, têm seu organismo adaptado às condições de trabalho", afirmou o relator em seu parecer.

O deputado Jair Menegelli contra-argumentou que o sistema de revezamento "causa cansaço excessivo no profissional que tende a cometer erros banais no exercício da sua atividade. A comissão seguiu o relator e rejeitou a proposta em 23 de março de 2002 e permaneceu sem encaminhamentos. Ou seja: o processo parou.

Mas embora se buscasse regulamentação, a jornada de 30 horas já era uma prática no mundo da Enfermagem, mantendo-se a esperança de aprovação mediante articulações políticas das diversas entidades representativas. Em 2006 uma mudança administrativa no Complexo Hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) acendeu o debate onde os profissionais sentem os efeitos das carga horária semanal.

"O contrato de trabalho era formalmente de 40 horas semanais, mas desde 1986 havia um acordo verbal para os profissionais da saúde trabalharem 30. Depois de 20 anos a Unicamp fez valer o contrato que estava escrito mantendo o mesmo salário", relata a enfermeira Ana Márcia Moreira Donnabella, do Ambulatório de Assistência à Mulher do Complexo da Unicamp.

Segundo Donabella, conselheira integrante do CRI (comissão de relações institucionais) os impactos na qualidade de vida e de atendimento surgiram rapidamente. Na equipe, a sobrecarga de trabalho gerou faltas ao trabalho, especialmente por adoecimento de profissionais. Como consequência, aumentou também o tempo de espera dos

Comunicação/COREN-SP

Ana Márcia e Michel Temer (atual Vice-presidente da república) na ocasião de entrega de abaixo assinado pedindo aprovação do PL 2295/2000

pacientes por atendimento. O aumento da carga mantendo o rendimento reduziu a remuneração de profissionais, que também deixaram de realizar atividades de aprimoramento.

"Você educa seu paciente para ter qualidade de vida, alimentar-se bem e praticar exercícios. As condições de trabalho com o aumento da carga horária impede que façamos o que nós mesmos recomendamos", analisa a enfermeira. No mesmo ano ela decidiu montar uma comunidade na rede social Orkut e levantar o debate em torno da regulamentação da jornada de 30 horas semanais.

O tema era disperso e o debate coordenado por Donnabella ganhou corpo na internet até chegar ao mundo analógico. O ponto alto foi no dia 25 de março de 2009, quando entidades representativas e de fiscalização, como o Conselho Federal de Enfermagem, o movimento surgido na Unicamp e

o deputado Mauro Nazif se uniram para pedir que a Câmara retomasse o andamento dos trabalhos relativos ao PL 2295/2000.

No Distrito Federal os manifestantes entregaram ao presidente da Câmara, então deputado Michel Temer, atual vice-presidente da República, um abaixo assinado pedindo a aprovação do PL 2295/2000. "Somente de Campinas levamos cinco ônibus com profissionais para a manifestação. Também formei uma Comissão de Enfermagem dentro do Complexo Hospitalar da Unicamp", revela Donnabella.

Nova etapa de tramitação

A partir da movimentação de 25 de março, ainda em 2009 o projeto foi encaminhado para as outras comissões da Câmara para análise. Na Comissão de Seguridade Social e da Família, o relator, deputado Arnaldo Faria de Sá, recomendou a aprovação do PL por considerar que ajudaria a "garantir um bom desempenho na assistência aos enfermos" se os profissionais de Enfermagem gozarem de "pleno equilíbrio físico e mental".

O deputado André Zacharow declarou voto contra naquela comissão porque, segundo sua análise, a aprovação geraria aumento dos custos operacionais dos estabelecimentos de saúde. "Esse custo do aumento do valor da contratação de enfermeiros será suportado pelo setor privado e pela população, sendo que em nada contribuirá para melhorar as condições de trabalho", declarou o deputado em seu voto.

Zacharow também justificou a posição contrária ao projeto de lei porque, em sua visão, os profissionais que já trabalham em um segundo emprego nos momentos reservados à folga no sistema de 12 x 36 horas para complementar a renda, "certamente fariam quatro ou seis horas em outros estabelecimentos". A comissão seguiu a recomendação do relator, deputado Arnaldo Faria de Sá, e se declarou favorável ao projeto.

Os argumentos relativos aos custos foram desconstruídos na Comissão de Finanças e Tributação, na qual o relator, deputado Ilderli Cordeiro concluiu que o impacto no orçamento da União seria mínimo. "Estimativas recentes indicam que o impacto nos hospitais públicos com a mudança da jornada de 40 para 30 horas demanda a contratação de apenas 21.965 profissionais de enfermagem a um custo anual de R$ 259.479.632". Sem voto contrário algum, a Comissão de Finanças e Tributação seguiu o relator.

Na Câmara, para entrar em discussão e votação o projeto precisa ser incluído na pauta pelo presidente da casa. Desde 2009 foram feitos mais de 190 pedidos de inclusão do tema na ordem do dia. Somente entre julho e outubro (após a ação da comissão da presidência no Congresso) foram apresentados outros 12 requerimentos para que a Câmara coloque o projeto

em votação, todos eles não atendidos.

Enfermagem unida por um único objetivo

Os levantamentos sobre impacto financeiro da regulamentação da carga de 30 horas apresentados em 2009 foram realizados por Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), Confederação dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) e Confederação dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS), com base em dados do IBGE.

O esforço conjunto de diferentes instituições com linhas políticas diferentes ajudou no andamento do PL 2295/2000 na Câmara Federal. O movimento serviu de embrião para que em junho de 2011 fosse criado o "Fórum Nacional 30 Horas Já: Enfermagem Unida por um Objetivo". Participaram como fundadores a ABEn, o COFEN, a FNE e a CNTS. Posteriormente ingressaram, a Associação dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (Anaten), a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (Eneenf).

Em novembro de 2012, o Fórum iniciou uma mobilização permanente junto ao Congresso Nacional para ressaltar a importância para a profissão pela aprovação do PL 2.295/00, com divulgação de material sobre as razões da categoria e visitas a lideranças parlamentares. A coordenação do Fórum promove debates com os prestadores de serviços dos setores privado e filantrópico, que teriam impacto nos seus custos com a aprovação do projeto. As rodadas de discussão acerca do impacto financeiro avaliam encaminhamentos e definem estratégias para chegar ao consenso para aprovação do PL 2.295 na Câmara e a respectiva sanção presidencial.

Os levantamentos com base na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) do Ministério do Trabalho e Emprego mostram o impacto, mas não permitem contabilizar jornadas inferiores a 40 horas semanais. Ou seja: como há inúmeros acordos coletivos e leis estaduais e municipais que estabelecem jornadas de trabalho de 36, 32 e até 30 horas, as consequências financeiras da aprovação do PL 3225/2000 seriam menores do que a estimativa feita em 2009 pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara.

Após a posse da Gestão 2012-2014, a CRI do COREN-SP mapeou os municípios paulistas sobre as cargas horárias praticadas. Segundo a conselheira Lucinéa Mesquita, um dos membros da CRI, o Conselho paulista passou a ajudar em parceria a seção estadual do

Fórum 30 Horas Já! na promoção de seminários regionais. “Se tivéssemos começado a informar os profissionais lá em 2009, quando começou a maior repercussão, teríamos um envolvimento maior dos profissionais”, acredita a conselheira.

De acordo com o levantamento do COREN-SP, 9,5% dos municípios paulistas já praticam carga horária de 30 horas semanais para todos os profissionais de Enfermagem, enquanto 62,8% têm jornadas de 40 h/semana. Todos os demais têm cargas diferentes para enfermeiros, técnicos e auxiliares, variando entre a casa de 30 (normalmente 30, 32 e 36) até 40 a 44 horas. No geral, 178 cidades (27,6% do total) possuem jornadas de 30 horas semanais para pelo menos uma categoria dentro da enfermagem.

De volta a Campinas

No Complexo Hospitalar da Unicamp foi montado uma Comissão de Enfermagem que está discutindo a reimplantação da jornada de 30 horas. Segundo a conselheira Ana Márcia Moreira Donnabella, a proposta é bem aceita e pode ser viabilizada assim que se comprovar que não reacrescentarão custos operacionais.

Já a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas criou em 2004 uma comissão de estudos para reduzir a jornada de trabalho. Em 2011 os debates foram para a Câmara de Vereadores, que recomendou 30 horas semanais. Um projeto piloto de 90 dias começou a ser implantado em agosto de 2012, com funcionamento entre 17 de setembro a 14 de dezembro do mesmo ano em unidades de atenção básica.

Foram avaliados os impactos da carga horária no trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem e auxiliares de saúde pública/atendentes de Enfermagem. Estabeleceram-se também parâmetros de funcionamento para que fosse possível verificar a real viabilidade do projeto, tais como a proibição de horas-extras, o total equacionamento do número de funcionários, a manutenção do mesmo horário de atendimento e da oferta de serviços prestados pelas unidades escolhidas. Até o fechamento desta edição ainda não havia análises e resultados consolidados.

comunicação/coren-sp

Newsletter

Acenda essa ideia e compartilhe conhecimento

O COREN-SP envia diariamente para o seu email notícias sobre saúde, concursos, comunicados oficiais e toda informação que julgue pertinente à sua área de atuação

Cadastre-se e veja como é fácil ficar bem informado.

Acesse o site, clique em newsletter, digite o seu nome e email e depois confirme em OK.

www.coren-sp.gov.br

Coren SP
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

divulgação SAMU/SMS-SP

PRESSA AMIGA DA PERFEIÇÃO

Em razão das proporções da capital paulista, a rapidez das ações para chegar aos locais dos acidentes é crucial para que os serviços de urgência consigam salvar vidas.

Com uma frota de mais de sete milhões de veículos (dados de 2011 do Departamento Estadual de Trânsito), população de 11 milhões de habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e área de 1.550 km², São Paulo está entre as cinco maiores cidades do mundo. Nos horários em que o trânsito atinge seu pico (segunda a sexta-feira, entre 7h e 10h e das 17h às 20h), os acidentes chegam a ser considerados comuns.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foi criado no Brasil em 1979. Para aperfeiçoá-lo, o Ministério da Saúde usou a estrutura existente para criar, em 2003, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foram então uniformizados os atendimentos de urgência de acordo com as exigências de complexidade, organização e demanda do atendimento em áreas urbanas.

Na cidade de São Paulo, a média diária de acidentes de trânsito e transporte atendidos pelo SAMU aproxima-se de 100. Ao ser chamado em ocorrências com alguma gravidade, o SAMU envia uma equipe interdisciplinar que sempre conta com pelo menos um profissional de Enfermagem. Todos esses membros passam por um curso preparatório com carga horária de 170 horas para enfermeiros, 164 para médicos, 154 para auxiliares de enfermagem e 200 para condutores.

"Apresentamos a teoria mas valorizamos muito mais a parte prática durante a capacitação. Posteriormente, os profissionais ainda passam por alguns plantões com caráter de estágio para que se acostumem e aprendam mais", explica Denise Santos, coordenadora do Núcleo de Educação do SAMU.

divulgação SAMU/SMS-SP

Curso de capacitação do SAMU

> "Os chamados da classificação *echo* são atendidos no local do acidente, em média, em **10 minutos**"

Ao receber a ligação, o atendente faz uma série de perguntas para identificar o tipo de ocorrência e avaliar a gravidade do caso, seguindo os padrões da Academia Internacional de Despacho de Emergência. Com as informações analisadas, o atendente define o grau da prioridade e determina a ambulância a ser despachada. "Todos os atendentes passam pelo treinamento para vítima engasgada e para reanimação cardiopulmonar, para que eles possam auxiliar e orientar a pessoa que ligou. Isso pode salvar vidas", explica a coordenadora.

Velocidade e cautela

Segundo Denise Villela Santos, os protocolos e a prioridade de atendimento são definidos de acordo com a gravidade do caso. Os chamados *echo* ou *delta*, que são eventos mais sérios, requerem despacho imediato da ambulância. No caso dos *alfa* ou *bravo*, menos graves, é possível aguardar algum tempo se não houver pessoal e veículos disponíveis imediatamente.

"Os chamados da classificação *echo* são atendidos no local do acidente, em média, em 10 minutos. A agilidade é essencial para a eficiência, principalmente em casos de extrema urgência", avalia Ângela Oliveira, coordenadora de Enfermagem da Central de Operações.

No local de atendimento, a equipe do SAMU faz inicialmente uma avaliação dos possíveis riscos à sua própria segurança. Se necessário, solicita-se apoio da Polícia Militar ou do Corpo de Bombeiros.

Posteriormente, inicia-se a avaliação primária da vítima e verifica-se

a existência de risco de morte. Caso haja, a equipe busca estabilizar o estado clínico da pessoa e a partir de então se faz a avaliação secundária, que consiste em um exame físico mais detalhado para afastar quaisquer perigos que possam agravar o estado da vítima. Finalmente, é feita a imobilização e o acidentado é transportado ao hospital, se necessário.

No caminho das instalações hospitalares, os profissionais da saúde orientam o motorista a conduzir o veículo de acordo com a necessidade da vítima. A central do SAMU, que monitora ininterruptamente as ambulâncias, define o destino da equipe, de acordo com a proximidade, a estrutura e a disponibilidade dos hospitais.

"Ao chegarmos, entregamos o paciente ao médico responsável juntamente com uma ficha de atendimento, que contém as avaliações e os procedimentos realizados. Essa ficha já é anexada ao prontuário do paciente", complementa Denise Santos.

divulgação SAMU/SMS-SP

Enfermeira coordenadora Denise Villela com a equipe de Capacitação do SAMU

Cortando caminhos

Para aprimorar o serviço, o SAMU adotou algumas estratégias de descentralização do atendimento. A partir de análise das ocorrências, bases móveis são implantadas em aproximadamente dez dias em locais que estejam com alta incidência de chamados do serviço. Dessa maneira, "as bases móveis estarão mais próximas das ocorrências e quanto mais próxima à ocorrência, menor o tempo gasto para chegar ao local", afirma a enfermeira Ângela Oliveira. A equipe do SAMU pode também pedir auxílio do helicóptero Águia da Polícia Militar para realizar alguma remoção de extrema urgência. Neste caso, a equipe solicita apoio via rádio a um médico regulador, que contata o Centro de Operações Bombeiro Militares (Cobom), auxiliado por um oficial dos bombeiros que fica na central do SAMU.

As Unidades Rápidas de Atendimentos por Motocicleta (URAM) são utilizadas para chegar aos locais dos

Números do SAMU-SP

Médicos	Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem		Condutores
140	Enfermeiros 324	Auxiliares 1220	602

acidentes mais rapidamente do que as ambulâncias. As motolâncias são pilotadas por auxiliares de enfermagem e enfermeiros habilitados e treinados para dirigir no trânsito intenso.

Sempre em duplas, possuem materiais complementares que permitem a realização do atendimento básico. Se houver necessidade de atendimento avançado, os profissionais pedem apoio da ambulância. Assim é possível realizar os primeiros socorros enquanto o veículo mais equipado está em deslocamento.

Desde julho de 2008, a parceria do SAMU com o Resgate do Corpo de Bombeiros vai além. O Sistema Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar da Cidade de São Paulo (SIAPH), projeto que conta com uma ambulância em cada uma de 29 bases dos bombeiros (quase a totalidade das existentes na capital). "Um bombeiro 24 horas por dia na Central do SAMU, bem como um profissional do SAMU no Cobom, buscam uma maior interdisciplinaridade e melhorias nas condições do atendimento de urgência", conclui Denise Santos.

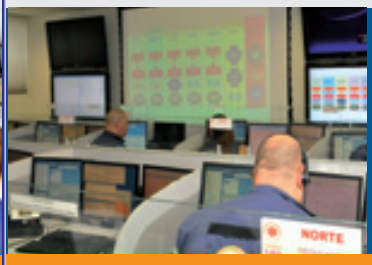
O SAMU também tem projetos para capacitar tecnicamente profissionais para apoiar o atendimento de urgência. Em parceria com a Defesa Civil, o projeto Primeiro no Local é direcionado aos trabalhadores assistenciais do SAMU, como agentes da Companhia de Engenharia de Tráfego, do Corpo de Bombeiros e da Guarda Civil Metropolitana, entre outros. Trata-se de um curso direcionado a esses profissionais para apoiar o SAMU da melhor forma no atendimento à vítima.

Também são realizados trabalhos em escolas públicas, como o "Amigos do SAMU" e o Samuzinho (veja matéria sobre este projeto na edição 1 de Enfermagem Revista). Ao educar crianças de escolas públicas e particulares a respeito da importância do serviço, o SAMU objetiva a redução de trotes recebidos, que são um entrave para o serviço.

"As bases móveis estarão mais próximas das ocorrências e quanto mais próxima à ocorrência, **menor o tempo gasto** para chegar ao local"

comunicação/COREN-SP

Ação: deslocamento da equipe do SAMU

Ambulâncias	Motolância	Atendentes	Postos de despacho
			
171	80	155	30

Bases SAMU

Norte

Almanara (PB)
Anhanguera
Brasilândia
Cachoeirinha
Casa Verde
Dumont Villares
Edu Chaves
Horto Florestal (PB)
Jaçanã
Jaraguá (PB)
Mandaqui
Parapuã
Parque Novo Mundo
Penteado
Perus
Pirituba (PB)
Santana
Taipas
Tucuruvi
Vila Iório
Vila Maria

Sudeste

Água Rasa
Artur Alvim
BR-S
Cangaíba
Cangaíba (PB)
Ceret
Conselheiro Carrão
Cursino
Ibirapuera
Ipiranga
Ipiranga (PB)
Jabaquara
Jabaquara (PB)
Jardim Iva
Sacomã (PB)
Sapopemba (PB)
Tatuapé
Tatuapé (PB)
TCM
Vila Esperança (PB)
Vila Formosa
Vila Formosa (PB)
Vila Mariana (PB)
Vila Nordeste

Leste

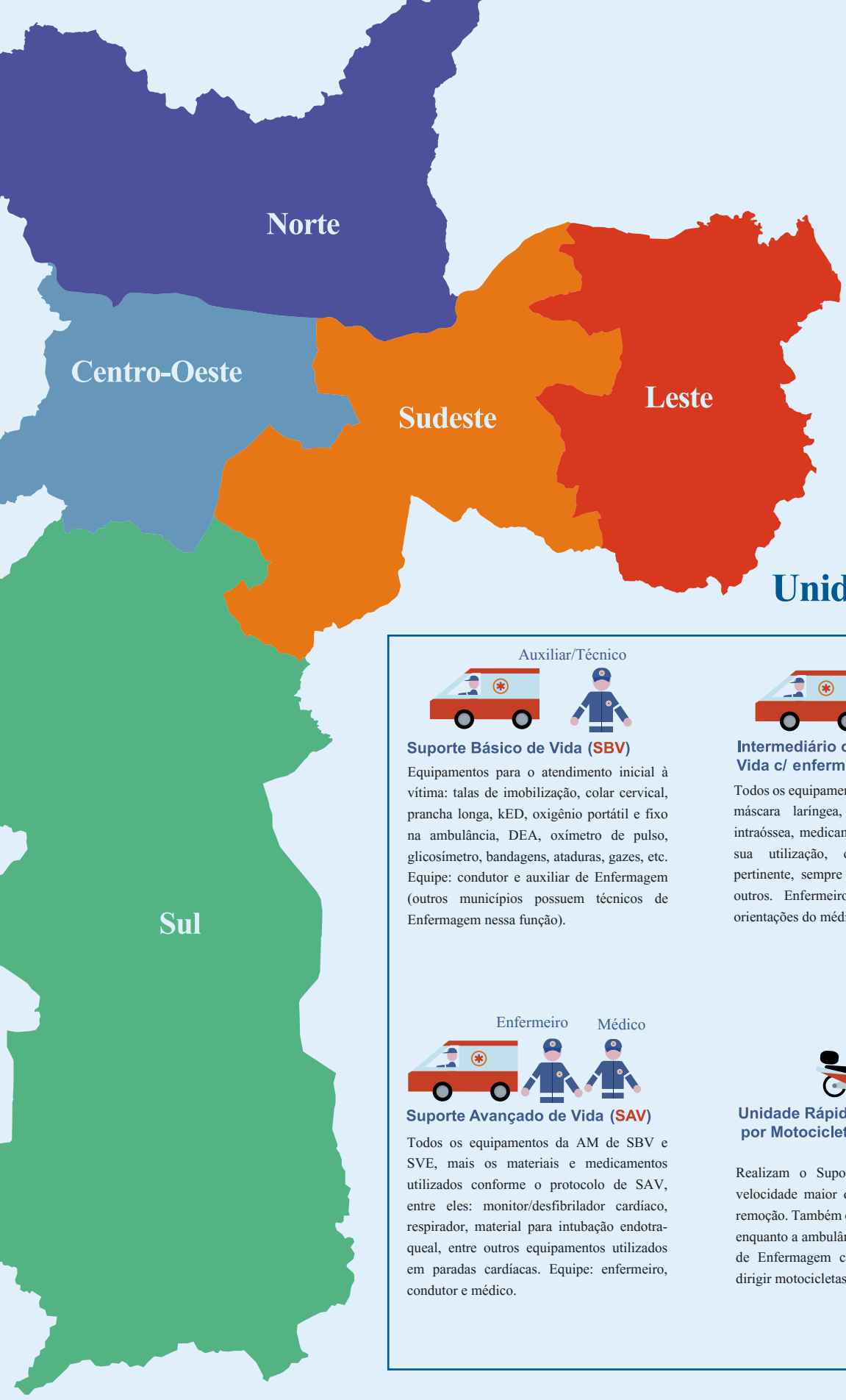
Bonifácio
Boturussu
Cidade Tiradentes (PB)
Curuçá
Guaianases
Guaianases (PB)
Itaim Paulista
Itaim Paulista (PB)
Itaquera
Itaquera (PB)
Jardim Helena
Lajeado
Marechal Tito
Ponte Rasa
São Mateus
São Miguel
São Miguel (PB)

Centro-Oeste

Alfredo Issa (PB)
Barra Funda
Bom Retiro
Campos Elíseos (PB)
Consolação (PB)
Jardim Sarah
Lapa
Nove de julho
Pinheiros (PB)
Politécnica
São Jorge
Sé (PB)
Villa-Lobos

Sul

Alvarenga
Balneário São José
Campo Belo (PB)
Capão Redondo (PB)
Cidade Ademar
Grajaú
Guarapiranga (PB)
Interlagos
Jardim Ângela
Jardim São luiz
Jardim Umarizal
M'Boi Mirim
Marsilac
Panambi
Parelheiros
Pirajussara
Santo Amaro (PB)
Teotônio Vilela (PB)
Vila Andrade
Washington Luís



Unidades Samu

Auxiliar/Técnico

Suporte Básico de Vida (SBV)

Equipamentos para o atendimento inicial à vítima: talas de imobilização, colar cervical, prancha longa, kED, oxigênio portátil e fixo na ambulância, DEA, oxímetro de pulso, glicosímetro, bandagens, ataduras, gazes, etc. Equipe: condutor e auxiliar de Enfermagem (outros municípios possuem técnicos de Enfermagem nessa função).

Enfermeiro

Intermediário ou Suporte de Vida c/ enfermeiro (SVE)

Todos os equipamentos da AM de SBV, mais máscara laríngea, material para punção intraóssea, medicamentos e materiais para a sua utilização, conforme o protocolo pertinente, sempre com telemedicina, entre outros. Enfermeiro e condutor (recebem orientações do médico da central).

Enfermeiro Médico

Suporte Avançado de Vida (SAV)

Todos os equipamentos da AM de SBV e SVE, mais os materiais e medicamentos utilizados conforme o protocolo de SAV, entre eles: monitor/desfibrilador cardíaco, respirador, material para intubação endotraqueal, entre outros equipamentos utilizados em paradas cardíacas. Equipe: enfermeiro, condutor e médico.

Auxiliar

Unidade Rápida de Atendimento por Motocicleta ou Motolancias (URAM)

Realizam o Suporte Básico de Vida com uma velocidade maior do que as ambulâncias mas sem remoção. Também é utilizada para primeiros socorros enquanto a ambulância não chega. Equipe: auxiliares de Enfermagem com treinamento específico para dirigir motocicletas.

Emergências saem do preto e branco

Evolução dos prontos-socorros envolve a implantação da triagem, que utiliza cores para distinguir as prioridades de atendimento

A complicada situação dos prontos-socorros do Brasil não é novidade. Principalmente em serviços públicos de saúde, a procura é elevada e normalmente os profissionais têm dificuldade em atender todas as pessoas. Além de melhor estrutura e maior contingente de trabalhadores na área da saúde, há a necessidade de melhorar e organizar o atendimento oferecido.

Um sistema de triagem busca avaliar o paciente logo na sua chegada, descongestionar o pronto-socorro, auxiliar na gestão do hospital e principalmente reduzir o tempo do atendimento. A classificação de risco pode ser considerada uma consulta de Enfermagem, pois nela se fazem verificações das queixas do paciente, um breve exame físico, aferição de sinais vitais, questionamento sobre medicamentos em uso e, dessa maneira, identifica-se a prioridade e direciona-se o paciente para o devido atendimento.

Na Inglaterra, o Grupo de Avaliação de Risco de Manchester foi criado em 1994 com o intuito de elaborar uma classificação para hierarquizar os atendimentos dos prontos-socorros por urgência, de maneira que quanto mais grave fosse a situação do paciente, menor seria o tempo de espera para o primeiro atendimento médico. Dessa forma, a ordem de atendimento se fundamenta nas queixas do paciente e em medições clínicas realizadas, não na ordem de chegada.

Assim, nasceu o Sistema de Triagem de Manchester que foi implantado em 1997 na cidade que lhe concede o nome. Trata-se de uma classificação de risco baseada em cores que determinam o grau de prioridade para o primeiro atendimento. As pulseiras identificadoras entregues aos pacientes são divididas por ordem crescente de gravidade em: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

O formato original do Protocolo de Manchester possui 52 fluxogramas. Ou seja, são 52 possibilidades pré-estabelecidas de entrada no pronto-socorro. Aplicado unicamente pelo enfermeiro, o qual identifica o problema e realiza perguntas específicas de acordo com o estabelecido no fluxograma. A partir das queixas do paciente e de um exame clínico básico, o profissional consegue definir o nível de prioridade de atendimento médico e classifica o paciente com uma das cores.

Amplamente difundido pelos países do Reino Unido (Escócia, Irlanda do Norte, Inglaterra e País de Gales), o Sistema de Triagem de Manchester foi e ainda é disseminado pelo resto do mundo. Diversos países como Holanda, Irlanda, Portugal, Espanha e Suécia, entre outros, adotaram ou estão adotando esse modelo de triagem.

No Brasil, a primeira tentativa de implantação de uma classificação de risco foi em Minas Gerais, em 2005. Com o apoio do Ministério da Saúde, o sistema foi implementado pioneiramente na busca por reorganizar e reestruturar o pronto socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Na Portaria nº 2048 de 2002, o Ministério da Saúde recomenda que os hospitais utilizem alguma classificação de risco em prontos-socorros. “Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer

avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes", redigiu o Ministério.

De acordo com a Portaria, o paciente que chegar ao pronto socorro deve ser submetido à triagem classificatória de risco. Tal procedimento deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos com o objetivo de avaliar as queixas e, assim, priorizar atendimento.

O Sistema de Triagem de Manchester foi difundido pelos hospitais brasileiros de diferentes modos. Seja pela estrutura, pela capacidade, pelo incentivo, cada hospital adapta o sistema à sua realidade.

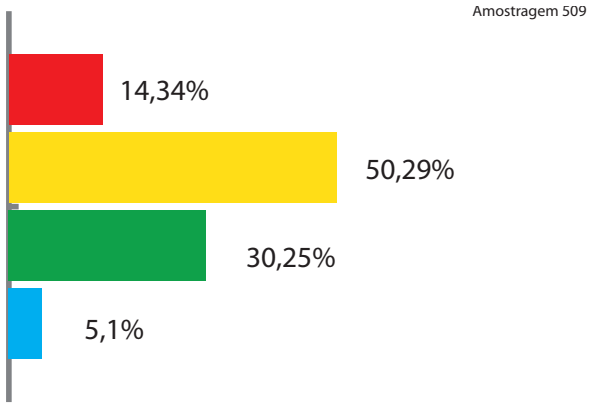
Experiências

O Hospital Vila Nova Cachoeirinha, na Zona Norte da cidade de São Paulo, adotou o Sistema de Triagem de Manchester no início de 2009 e o integrou ao sistema informatizado da entidade. "A triagem melhora muito o atendimento. Aqui ela é toda informatizada, não há a necessidade de o paciente receber as pulseiras coloridas. Nós o classificamos pelo sistema informatizado e os médicos já recebem a ficha do paciente em seus computadores juntamente com a cor da prioridade e eles mesmos realizam os atendimentos conforme as cores.", afirma Sandra Araujo, diretora de enfermagem do hospital.

Somente três cores são utilizadas no Hospital Vila Nova Cachoeirinha: o vermelho (atendimento imediato), o amarelo (até 15 minutos) e o verde (até 2 horas). "O nosso modelo de triagem foi sugerido pela Secretaria de Saúde e é baseado no Sistema de Triagem de Manchester. Mas ainda não conseguimos implantá-lo em sua plenitude. O ideal é que consigamos colocar em prática as cinco cores, e pretendemos fazer isso nos próximos anos", explica Sandra Araújo.

Outra meta do hospital para aprimorar o sistema é utilizar os 52 fluxogramas de entrada do pronto-socorro. De acordo com Maria da Penha Silva, diretora de saúde da área de internação do hospital, o paciente recebido é submetido a uma série de perguntas que somente auxiliam o direcionamento da área médica a qual ele será encaminhado, porém são perguntas gerais que não são baseadas nos fluxogramas do formato original do Sistema de Manchester.

Uma diferente maneira de implantação ocorreu no Complexo Hospitalar Irmã Dulce e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Charles Antunes Bechara, em Praia Grande, onde se utiliza a triagem de Manchester desde 2008. Nessa versão são aplicadas quatro das cinco cores. A vermelha requer atendimento imediato, a amarela permite

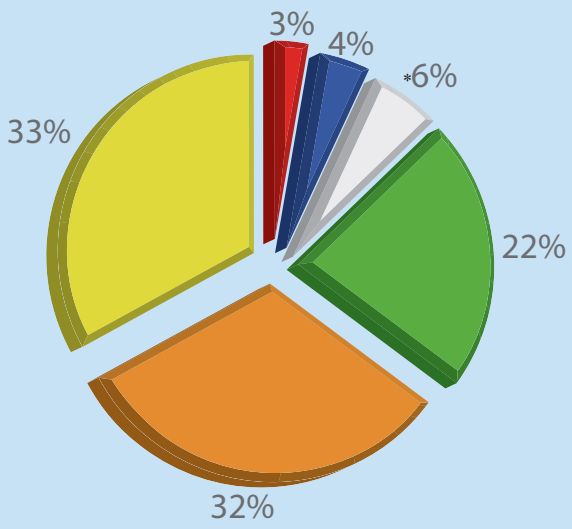


Estatística de atendimentos pela triagem da UPA de Setembro de 2012

Enfermeira Sonia Angelica Gonçalves, gerente de ensino e pesquisa em Enfermagem do Hospital Irmã Dulce e Hilda Maria Ferreira Jaguary Dias, enfermeira supervisora responsável técnica pela Cnetral de Regulação de Urgência e Emergência da prefeitura de Praia Grande - Foto: Maite Morelatto

até 30 minutos de espera, a verde até 120 e a azul até 240.

Ainda assim, o modelo obtém resultados satisfatórios. "Essa triagem nos permite reduzir o tempo de atendimento devido à agilidade e à segurança no serviço de urgência, proporcionando ao usuário um atendimento resolutivo e humanizado", comenta Hilda Maria Ferreira Jaguary Dias, enfermeira supervisora responsável técnica pela Central de Regulação de Urgência e Emergência da prefeitura de Praia Grande, que implantou a triagem na UPA e no Hospital.



Incidência dos atendimentos divididos por cores de julho a setembro no Hospital Santa Marcelina

**Branco: Medida do Hosp. Santa Marcelina para pacientes sem urgência que são encaminhados a outros setores do hospital*

No final de 2011, a Presidência da República e o Ministério da Saúde lançaram o SOS Emergência, um programa para melhorar a gestão e qualificar o atendimento nos prontos-socorros. Entre as principais medidas de melhoria da qualidade assistencial dos prontos-socorros, está a implantação completa do Sistema de Triagem de Manchester.

O Hospital Santa Marcelina participante do projeto localizado na Zona Leste da capital, implantou a triagem em 2012. Apesar de ainda não tê-la integrado ao sistema informatizado do hospital, a melhoria, para a gestão, já é perceptível. "Ela ajuda na gestão de todo o pronto-socorro, demonstrando onde necessitamos de profissionais, os

> "Ela ajuda na gestão de todo o pronto-socorro, demonstra onde precisamos de profissionais, os setores menos eficientes, as necessidades de área física. Os profissionais de Enfermagem ficam respaldados ao tomar a decisão de triar. O protocolo dá um suporte ao profissional"
>
> Irmã Carla Felix

Tempo de Atendimento

Triagem de Manchester

Emergência	Imediato
Muito Urgente	até10 minutos
Urgente	até 60 minutos
Pouco Urgente	até 120 minutos
Não Urgente	até 240 minutos

Triagem Canadense

Ressuscitação	Imediato
Emergência	15 minutos
Semi-urgência	30 minutos
Urgência	60 minutos
Não urgência	120 minutos

setores menos eficientes, necessidades de área física. Os profissionais de Enfermagem ficam respaldados ao tomar a decisão de triar. O protocolo dá um suporte ao profissional", avalia a Irmã Carla Rosimeire Félix, coordenadora e gestora do pronto-socorro do hospital. Anteriormente a triagem do hospital era deficitária, segundo a coordenadora. As classificações de risco eram divididas em alta, média e baixa, o que não oferecia uma boa análise ao paciente e também não dava segurança ao profissional. "É muito subjetivo, muito vago. E ainda há muitos hospitais que utilizam essa classificação precária. Afinal, no Brasil, a Triagem de Manchester é algo relativamente novo", esclarece.

Entretanto, na avaliação da gestora do Santa Marcelina, o Sistema de Triagem de Manchester tem suas falhas e deixa a desejar em alguns aspectos. "A queixa do paciente é superestimada muitas vezes. Ocorrem até alguns atritos entre médicos e enfermeiros, pois o médico realiza um diagnóstico que não condiz com a gravidade definida na triagem. Outra crítica é que ele não abrange todas as áreas da medicina como deveria. Por exemplo, a ginecologia possui somente um fluxograma, o de gravidez, e podemos ter outras ocorrências de ginecologia no pronto-socorro", alega.

Outros modos de classificar

Existem outros modelos além do criado em Manchester, como o holandês, o australiano, o estadunidense, o português e o canadense. Este último é utilizado no Brasil em alguns hospitais, normalmente particulares.

O Hospital Nove de Julho, na região central de São Paulo, utilizava o modelo de Manchester para triar os pacientes do pronto-socorro. Todavia, em 2009 passaram a usar o Sistema Canadense de Triagem, que contém cinco cores para definir as prioridades dos atendimento.

"Nossa triagem é informatizada e conforme as informações são inseridas no sistema, o paciente é classificado quanto ao nível de prioridade. Porém o enfermeiro pode intervir com seu julgamento clínico e participar da decisão do nível de gravidade. Essa é a grande diferença em relação ao modelo de Manchester, em que o enfermeiro não pode interferir na classificação", explica Adriana Alves Palmeira Liberato, gerente de Enferma-

Sobre o S.O.S Emergências

(Informações do Ministério da Saúde)

O QUE É O S.O.S EMERGÊNCIAS?

Programa lançado em novembro de 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) para melhorar o atendimento de emergência feito pelo SUS. Inicialmente a ação está sendo implantada nos 11 maiores serviços de emergência do País, número que deve chegar a 40 até 2014, segundo as pretensões do MS.

O QUE ESTÁ PREVISTO?

Reformas e novos equipamentos - A ação prevê inicialmente para cada hospital R$ 1 milhão para compra de equipamentos e R$ 2 milhões para reformas.

Aumento do custeio - R$ 300 mil mensais para hospitais de alta complexidade, maior remuneração para leitos do PS (praticamente dobram os valores pagos pelas diárias de leitos de internação e de UTI dedicados apenas a pacientes do PS).

Novos leitos de retaguarda - verbas específicas para a instalação de novos leitos de retaguarda internação e UTI.

Articulação entre estado, município e governo federal - Para fazer o diagnóstico dos problemas, decidir e implementar as ações, o S.O.S Emergências criou em cada unidade um Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) formado por representantes, equipe técnica e direção da unidade, das secretarias municipal e estadual de saúde, do Ministério da Saúde e de um hospital de referência, que prestará assessoria no que for necessário.

Melhorias na gestão - Os hospitais devem implantar ou aprimorar

- Sistema de Qualificação de Risco que garanta prioridade de atendimento aos casos mais graves.
- Protocolos clínicos: procedimentos padrão a serem adotados por cada profissional de acordo com o diagnóstico ou o conjunto de sintomas apresentados na chegada.
- Núcleo Interno de Regulação, que fará o controle informatizado do fluxo de pacientes desde a entrada no PS até sua transferência para outros setores ou outras unidades. A regulação permitirá controlar indicadores que possibilitarão identificar problemas e aprimorar cada etapa do atendimento.

OS HOSPITAIS INICIALMENTE CONTEMPLADOS:

Hospital Santa Marcelina e Santa Casa, em São Paulo; Miguel Couto e Albert Schweitzer, no Rio de Janeiro; Instituto Dr. José Frota Central, em Fortaleza; Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador; Hospital da Restauração, em Recife, Hospital de Urgências de Goiânia; Hospital de Base, em Brasília; Hospital João XXII, em Belo Horizonte e Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre.

gem do departamento de emergência do hospital.

De acordo com Adriana, além de uma triagem de alto nível como é a de Manchester e de trazer as mesmas melhorias, o modelo canadense desenvolve o julgamento clínico do enfermeiro, pois permite que ele participe mais ativamente da triagem e da definição da prioridade.

Sem triagem padronizada

Mas a realidade de uma grande parcela de hospitais do país ainda é precária em relação à diferenciação de prioridades do pronto-atendimento, por não possuírem ainda um sistema de triagem definido e padronizado. O reconhecido Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, popularmente chamado de Hospital do Campo Limpo, na Zona Sul da capital paulista, é um desses casos.

"Quando o paciente chega por demanda espontânea, entra pela recepção, faz a ficha de atendimento e é encaminhado à especialidade de acordo com a sua queixa. Quando trazido pelo SAMU, dá entrada direta para a emergência", explica Maria de Fátima Teixeira de Souza, enfermeira obstetriz e diretora de Enfermagem do Hospital do Campo Limpo.

"No nosso ponto de vista, esse método de priorização de atendimento não é o ideal. O paciente precisa ser ouvido e se sentir bem recebido. A triagem prévia e padronizada, como a de Manchester, realizada pelo enfermeiro proporcionaria esse atendimento, dando-lhe a devida valorização pela atenção às suas queixas, bem como facilitaria o atendimento médico, pois o enfermeiro pode relatar as principais queixas e principalmente os sinais de risco iminente", comenta a diretora.

Consciente da necessidade emergente de implantar um modelo de triagem no hospital, a entidade implantará nos próximos meses a Triagem de Manchester. "Os enfermeiros passarão pelo processo de capacitação e o sistema deverá ser implementado imediatamente. Escolhemos esse modelo pois o Protocolo de Manchester já funciona em outros serviços e tem bom resultados. É baseado em estudo científico e norteia o enfermeiro quanto às queixas do paciente. Entendemos ser o ideal para nossa realidade", finaliza Maria de Fátima.

divulgação Hospital Campo Limpo

Perfil da Enfermagem no Brasil

Responda a pesquisa

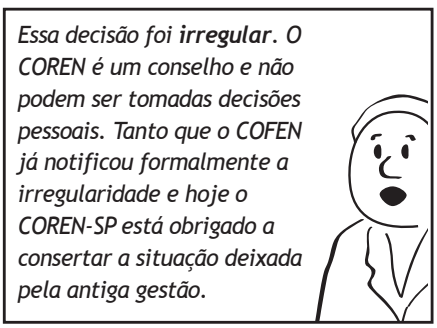
Sua participação é muito importante!

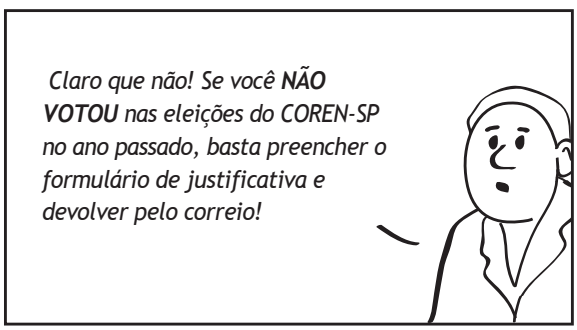
www.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem/

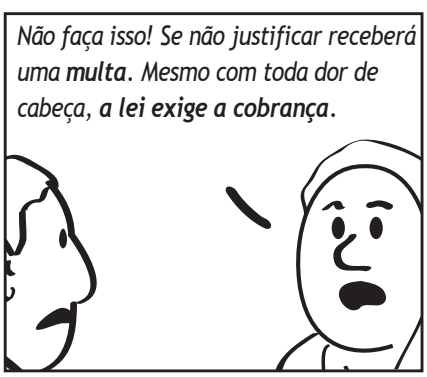
Se você recebeu em casa um questionário da pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil", foi um dos profissionais selecionados por critérios estatísticos para ajudar a traçar como está a profissão no País, considerando pontos como condições de trabalho, emprego e formação, desde os aspectos econômicos e sociais até os éticos e políticos.

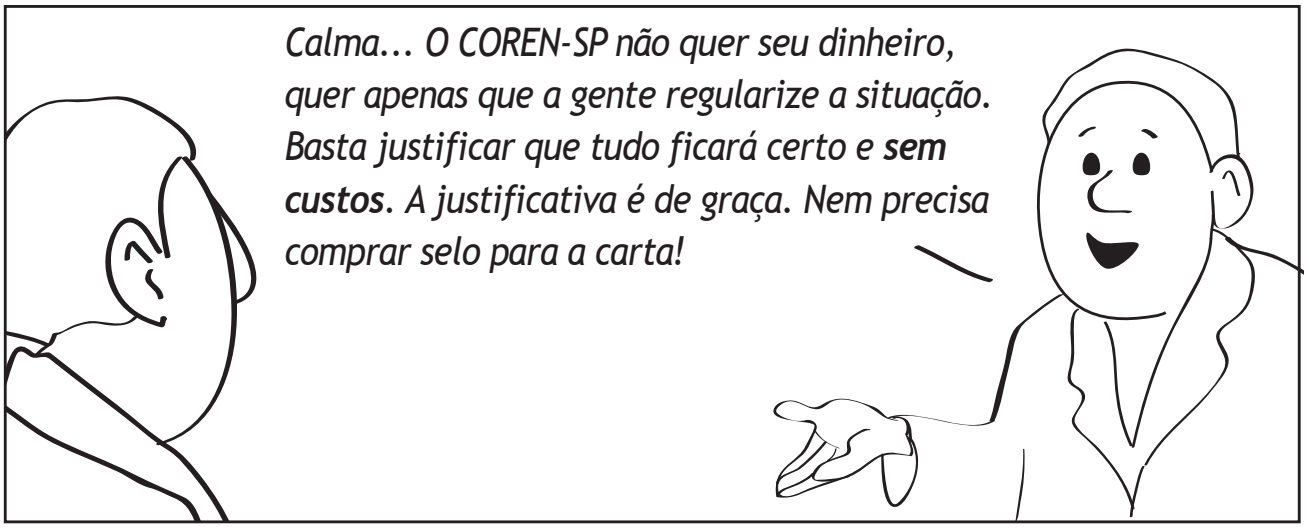
Os profissionais que receberam o questionário devem respondê-lo e devolver pelo correio em até 15 dias (não há custo ou necessidade de selar, pois a postagem é com porte pago). Também é possível responder voluntariamente pelo site www.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem/

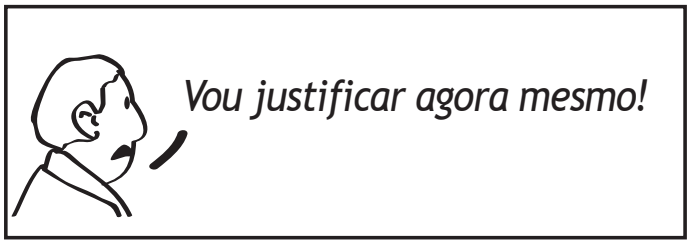
Recado para quem não votou ou não conseguiu votar nas eleições do COREN-SP no ano passado











Quem quiser mais rapidez pode justificar pela internet, no site do COREN-SP:

www.coren-sp.gov.br

Dúvidas ligue para
(11) 3225.6372

Prezado Profissional da Enfermagem,

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), todos os profissionais de Enfermagem que estavam obrigados a votar no dia 11/09/2011 e não o fizeram deverão justificar a ausência até o dia **31/12/2012**, nos termos da Resolução do COFEN Nº 430/2012.

Em vista da determinação acima, a atual gestão do COREN-SP (2012-2014) solicitou ao COFEN que os profissionais de São Paulo fossem desobrigados da apresentação da justificativa, tendo em vista a gestão anterior (2008-2011) ter dispensado os eleitores que não votaram nas eleições do dia 11/09/2012 da apresentação da justificativa, conforme comunicado veiculado, via site da instituição, no dia 12/09/2011.

Entretanto, o COFEN afirmou que a conduta da gestão anterior (2008-2011) foi IRREGULAR, pois compete exclusivamente ao ente federal, como órgão superior e gestor do sistema COFEN-CORENs, regular o processo eleitoral da autarquia (Art. 8°, IV, Lei n° 5.905/73 e art. 22, V, Regimento Interno do COFEN), sendo, portanto, a dispensa do dever de justificar a não votação, ato privativo do Plenário do COFEN, configurando vício de competência o ato praticado pela gestão anterior (2008-2011) do COREN-SP.

A Resolução do COFEN N° 355/2009 estabelece em seu artigo 29 que "ao eleitor que deixar de votar sem justa causa incorrerá multa na quantia equivalente ao valor atualizado de uma anuidade de seu nível profissional". O §1º estabelece que, "ocorrendo motivo justificável, o profissional comprovará suas razões ao COREN de sua jurisdição, no prazo de até 120 dias a contar da realização do pleito, prorrogável por igual período". E o §3º dispõe que se "considera justa causa o fato de o profissional residir em município que não possua mesa receptora de votos".

O COFEN, com a Resolução 430/2012 e a deliberação de seu Plenário na 418ª Reunião Ordinária realizada em 24/08/2012 (PAD nº 478/2012), ampliou para até 31/12/2012 o prazo para que os profissionais de São Paulo que não votaram no dia 11/09/2011 apresentem a sua justificativa sem aplicação de qualquer punição - multa.

Assim, a atual gestão do COREN-SP (2012-2014), em obediência à determinação do COFEN e visando que os profissionais da Enfermagem do estado de São Paulo não sejam punidos com multa no valor de uma anuidade, conclama a todos os profissionais de Enfermagem que não votaram na última eleição a apresentar a devida justificativa eleitoral até 31/12/2012. Se você NÃO VOTOU nas eleições do COREN-SP realizadas em 11/09/2011, preencha o formulário na página ao lado e envie pelo correio. Não é necessário selar. Todo o procedimento é gratuito. Se preferir, entre no site www.coren-sp.gov.br e preencha o formulário eletrônico para justificar sua ausência.

Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Presidente do COREN-SP

Dobre aqui

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Justificativa de Ausência Eleitoral – 09/11/2011

NOME COMPLETO: _____ CPF: ☐ ☐ ☐ ☐

_____

CATEGORIAS EM QUE NÃO VOTOU:

( ) I – Enfermeiro ( ) II – Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Nº INSCRIÇÃO NO COREN-SP:

I – Enfermeiro: _____

II – Técnico/Auxiliar: _____

JUSTIFICATIVA:

Com base no parágrafo 1º do artigo 29 do Código Eleitoral dos Conselhos de Enfermagem, combinado com o artigo 2º da Resolução Cofen 430/2012, declaro que deixei de votar nas eleições de 11/09/2011, pelo seguinte motivo (assinale com um X):

( ) Tumulto no local da votação.

( ) Fui informado pelos organizadores da eleição que não precisava votar.

( ) Não fui liberado pelo meu empregador.

( ) Outros (especificar)

_____

_____

_____

Declaro para os devidos fins de Direito que as informações aqui prestadas são verídicas, ficando sujeito às penalidades cabíveis se constatada falsidade na presente declaração.

Dobre aqui

Carta Resposta
9912218160-DR/SPM
CORENSP
CORREIOS

CARTA-RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O SELO SERÁ PAGO POR

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SP

AC – BELA VISTA
01318-970 - São Paulo -

Dobre aqui

Coren SP
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Uma, participe e assuma

Cole aqui

Política de humanização no estado de São Paulo

Por Eliana Ribas

A autora é psicanalista e doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atua como coordenadora do Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e assessora do secretário de Saúde do Estado de São Paulo.

A importância do tema da humanização dos serviços de saúde é reconhecida de forma crescente nos últimos anos. Mas esta ideia nem sempre teve o mesmo significado. Desde sempre pessoas ou organizações voluntárias atuaram em hospitais como agentes de apoio humanitário e pautaram a sua atuação em valores como o acolhimento, a solidariedade e a dedicação integral aos pacientes.

Nos últimos anos, multiplicaram-se iniciativas, associadas ao campo da humanização, de introdução de atividades socioculturais em hospitais (música, lazer, recreação, atividades de convivência ou de educação para a saúde etc.), buscando tornar os espaços de tratamento da saúde menos focados no estrito cuidado da doença e mais permeados por elementos da vida cotidiana, contribuindo assim para a redução do sofrimento durante os períodos de internação e para o aumento da aderência do paciente ao tratamento.

No entanto, apesar do mérito e dos resultados positivos dessas atividades, elas sempre tiveram, e ainda têm, caráter pontual e externalidade em relação aos processos de atenção à saúde. Por esta razão, seu potencial para promover uma mudança mais profunda nos processos de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde sempre foi relativamente pequeno. Sabemos que cuidar envolve atenção, afeto e respeito. Estas são atitudes esperadas pelos pacientes e importantes para o sucesso do atendimento. Contudo, a estratégia de humanização dos serviços de saúde não se reduz ao fazer afetuoso e acolhedor.

Ao lado das iniciativas humanitárias e voluntárias, nas últimas décadas alguns serviços de saúde desenvolveram projetos e programas de caráter humanizador, não mais como ações pontuais, mas como processos desenhados para setores de atendi-

> “Sabemos que cuidar envolve atenção, afeto e respeito. Estas são atitudes esperadas pelos pacientes e importantes para o sucesso do atendimento. Contudo, a estratégia de humanização dos serviços de saúde não se reduz ao fazer afetuoso e acolhedor”

mento e públicos específicos, sobretudo na área materno-infantil, como, por exemplo, as brinquedotecas, o projeto Mãe Canguru e o Programa Parto Humanizado. Ações desse tipo acarretaram a reorganização do conjunto de atividades de um dado setor ou serviço, alterando o modo de prestar assistência a um determinado público.

Perspectiva do usuário

O tema humanização surgiu institucionalmente em 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde, a qual teve uma especial importância por ter trazido a discussão do controle social e das políticas de saúde na perspectiva do cidadão, do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde.

Naquele mesmo ano o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que trouxe uma proposta desenhada a partir do olhar do usuário, daquilo que ele apontava como sendo suas necessidades: acolhimento adequado; tratamento com resolutividade; redução das filas; salas de espera confortáveis, iluminadas e ventiladas; ser chamado pelo nome; ser atendido com privacidade; saber quem é o profissional responsável pelo seu atendimento; ser respeitado em suas crenças e singularidades.

A partir desse movimento de ampliação da escuta ao usuário, iniciou-se em escala nacional um processo de reconhecimento da importância do conceito de humanização na área da saúde e da inserção de práticas de gestão e atenção humanizadas na agenda do Sistema Único de saúde (SUS).

Em 2003 alcançamos um novo patamar de desenvolvimento do conceito de humanização advindo da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). O exercício efetivo da humanização como política orientadora dos modos de funcionamento dos serviços de saúde e das relações entre usuários, trabalhadores e gestores têm demonstrado grande potencial para promover avanços na organização e no funcionamento dos serviços, especialmente no que se refere ao fortalecimento do vínculo entre gestores, trabalhadores e usuários.

A PNH define um conjunto de princípios e diretrizes que orientam novos modos de agir nos diversos serviços e instâncias do sistema de saúde. Propõe também uma série de dispositivos – arranjos de processos de trabalho:

- acolhimento com classificação de riscos;
- visita aberta e direito a acompanhante;
- clínica ampliada;
- equipe multidisciplinar de referência e de apoio matricial;
- projeto terapêutico singular;
- ambiência;
- gestão participativa e cogestão;
- valorização do trabalhador;
- defesa dos direitos dos usuários;
- sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde.

Entre esses dispositivos, vale ressaltar o papel das equipes multidisciplinares de referência, compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos e outros profissionais que atuam de forma interdependente e compartilham os conceitos de saúde e de cuidado a partir da perspectiva da integralidade. Devem dispor de condições adequadas de trabalho e atuar em sintonia e colaboração para formar uma compreensão integral e compartilhada dos pacientes e do perfil e dinâmica de suas famílias.

Nessas equipes, a Enfermagem desempenha função essencial no estímulo aos demais membros da equipe para o exercício de uma atitude de abertura e de compartilhamento de informações, de consideração às diferenças, de ampliação da comunicação entre os profissionais e de apoio à formulação de um projeto assistencial comum para a equipe. Tem também especial papel na análise dos nós críticos no fluxo do serviço e na proposição de mudanças no fazer cotidiano do trabalho em saúde.

A marca da humanização se traduz em uma cultura na qual atenção e gestão em saúde são processos indissociáveis. Como política, sua tarefa é buscar, com esforço coletivo, estratégias para o enfrentamento de situações que reconhecidamente dificultam o avanço e o aprimoramento do SUS, como a desorganização do acesso; a fragilidade dos vínculos entre as unidades de saúde nos diferentes níveis de atenção; a fragmentação dos processos de trabalho no interior das unidades; a pouca utilização da voz dos usuários e dos profissionais de saúde como ferramentas de gestão; além do despreparo das instituições para investir no desenvolvimento dos profissionais de saúde e contemplar um arco mais amplo de necessidades destes profissionais (qualificação, participação e protagonismo).

Enfrentar tais desafios exige reformulação no fazer cotidiano dos serviços de saúde. Exige necessariamente alterações que, baseadas em um novo olhar sobre as condições de trabalho, promovam a valorização dos profissionais de saúde e a ampliação da participação desses profissionais na definição e/ou na gestão dos processos de trabalho. Para que estas transformações sejam sustentáveis, sua busca deve estar baseada em valores como respeito, justiça, coerência, compromisso, responsabilidade, participação e cooperação.

Política de humanização

Sensível ao valor da humanização como força para a promoção de mudanças que atendam as necessidades de aprimoramento do sistema de saúde, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo lançou em 2012 a Política Estadual de Humanização (PEH). Ela propõe linhas de ações que adequam e conjugam a proposta nacional com a realidade do Estado, integrando e potencializando as ações de humanização já existentes.

A PEH estimula a criação de Centros Integrados de Humanização (CIH) em todos os níveis do sistema de saúde. Os CIH têm por principais objetivos garantir a dissemina-

"A marca da humanização se traduz em uma cultura na qual atenção e gestão em saúde são processos indissociáveis. Como política, sua tarefa é buscar, com esforço coletivo, estratégias para o enfrentamento de situações que reconhecidamente dificultam o avanço e o aprimoramento do SUS"

ção do conceito e da prática de humanização e favorecer o trabalho em rede. Os grupos técnicos que compõem os Centros Integrados são responsáveis pela formulação e acompanhamento de Planos de Intervenção em Humanização nas regiões, nos municípios e nas unidades de saúde. Em última instância, os resultados do trabalho em rede desses grupos devem ser a ampliação da qualidade do acesso dos usuários ao sistema de saúde, a melhoria do grau de resolutividade dos tratamentos e a concretização da atenção integralizada ao usuário, com equidade no atendimento.

Os Centros de Humanização contam com suporte do Núcleo Técnico de Humanização (NTH), composto por equipe interdisciplinar, e com apoio do grupo de Articuladores Regionais. Essas equipes são responsáveis pela condução do Programa de Apoio e Formação em Humanização, segunda linha de ação da PEH. Esse Programa busca promover processos de mudança na atenção e na gestão, integrando o trabalho de profissionais de diferentes áreas e serviços, difundindo conhecimentos e práticas, desenvolvendo a capacidade de reflexão crítica sobre a realidade da saúde e trabalhando coletivamente o caráter singular das práticas de saúde em cada local. Todo este processo é permanentemente acompanhado e avaliado com o objetivo de favorecer o aprimoramento contínuo da atenção e melhorar a qualidade dos vínculos na assistência e no trabalho em saúde.

A humanização é elemento decisivo para o alcance de melhores índices de adesão dos pacientes ao tratamento, de resolutividade e de melhoria das condições de saúde. Por exemplo, ao estimular a inclusão do apoio familiar no plano de cuidados do paciente e, com isso, contribuir para a redução do tempo de internação e do índice de infecção hospitalar, ações de humanização também ajudam a reduzir custos e otimizar recursos. Da mesma forma, ao investir na capacitação e no suporte à saúde física e emocional dos profissionais, garantem-se maior motivação, participação e identificação com o trabalho, diminuindo o estresse, o absenteísmo e a rotatividade dos profissionais.

Avanços na concretização deste conceito são percebidos não apenas no tocante às relações entre profissionais e pacientes, mas em diferentes aspectos da organização do atendimento dentro das unidades, tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no acesso e na presteza no atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação e participação do paciente e do profissional, a adequação dos serviços às necessidades psicossociais dos pacientes, a valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, o fortalecimento de vínculos solidários e o treinamento dos recursos humanos para trabalho em equipe interprofissional e para a implantação de projetos de humanização.

Os desafios da implantação de uma política integrada e sistêmica de gestão e atenção humanizada na saúde são bastante grandes, mas os resultados já vêm sendo percebidos pelos pacientes e pelos profissionais. Como tem sido evidenciado no estado de São Paulo e em diversos locais do País, o avanço na implantação do Sistema Único de Saúde pode ser amplamente potencializado se seguirmos esse caminho com compromisso e dedicação.

“Os desafios da implantação de uma política integrada e sistêmica de gestão e atenção humanizada na saúde são bastante grandes, mas os resultados já vêm sendo percebidos pelos pacientes e pelos profissionais”

Economize seu Tempo

O COREN-SP atende também com HORA MARCADA

Agende um horário no site para

- Inscrição definitiva
- Abertura, reabertura ou transferência de inscrição profissional
- Registro de especialização profissional
- Suspensão ou cancelamento de inscrição
- 2ª via de carteira
- Certidão negativa

Acesse: http://inter.coren-sp.gov.br/node/5507

Múltiplas contestações

Projeto que tramita há dez anos no Senado para regulamentar a profissão de médico recebe severas críticas por subordinar as outras 13 profissões da saúde à medicina e também por contrariar os fundamentos do SUS

Praticamente todas as profissões da área da saúde são derivadas da medicina. A autonomia científica e técnica que conquistaram nas últimas décadas geraram um grande desenvolvimento das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional, acupunturista e técnico e tecnólogo de radiologia.

Todas estas 13 ocupações conquistaram também resguardo na legislação trabalhista, com regulamentações próprias decretadas a partir da segunda metade do Século XX. Já a medicina permaneceu fundamentada no costume milenar e, quando se decidiu regulamentar a profissão de médico, as concepções próprias desta área sobre os processos de produção de saúde e doença geraram um embate que já perdura mais de dez anos.

"No meio médico os esforços de desenvolvimento se concentraram no aprofundamento das próprias ciências médicas. Muitos profissionais dessa área têm dificuldade de entender a abordagem mais atual da saúde porque se preocupam com a superespecialização das suas atividades. Eles acreditam que com este arsenal farão o melhor diagnóstico e a melhor terapêutica", avalia Paulo Capucci, presidente da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP).

De acordo com Capucci, a proposta conhecida como "Projeto da Lei do Ato Médico", reforça um modelo de atendimento de saúde ultrapassado e que contraria princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a inte-

Comunicação/COREN-SP

"Os princípios do projeto reforçam que o médico diagnostica, define o tratamento e depois entram os demais profissionais. O melhor diagnóstico pode não estar centrado no conhecimento médico, mas no do fisioterapeuta, do psicólogo, do enfermeiro etc."
Paulo Capucci, presidente da APSP

Caminhos da "Lei do Ato Médico"

Fevereiro de 2002
Apresentação do PLS 025 pelo senador Geraldo Althoff, colocando qualquer diagnóstico e prescrição como função privativa de médico

Novembro de 2002
Senador Benício Sampaio propõe novo projeto (268/2002), mais detalhado, porém com a mesma concepção de atendimento à saúde centrado no profissional da medicina

2004
Senador Tião Viana (CCJ) rejeita PLS 268 e mantém o PLS 025

gralidade (uso de todos meios curativos e preventivos para produção da saúde). "Os princípios do projeto reforçam que o médico diagnostica, define o tratamento e depois entram os demais profissionais", afirma.

Segundo Capucci, o projeto também desconsidera o novo perfil de doenças da população brasileira. Para ele, o tratamento de doenças infecto-contagiosas, que fundamentou todo o atendimento durante décadas, já é algo controlado no País. As principais doenças da atualidade são as decorrentes do envelhecimento da população e as relacionadas ao estilo de vida, como hipertensão, diabetes e obesidade. Este novo perfil demanda, para o presidente do APSP, uma abordagem multiprofissional.

"O conhecimento médico é essencial no diagnóstico e no tratamento de um obeso, mas como elaborar um tratamento eficaz sem uma Enfermagem preparada ou sem o acompanhamento de um nutricionista? Quem ajuda este paciente a ser autônomo, bem resolvido e que supere desconfortos emocionais que a obesidade causa em sua vida? O que caiu na graça das pessoas foi a cirurgia bariátrica [redução do estômago] definida por um médico, mas depois da intervenção os pacientes continuam se alimentando mal e no sedentarismo", exemplifica.

O que mais se contesta

Além da essência do projeto, evidenciado na sua redação, alguns tópicos são criticados por representantes das outras 13 profissões da área da saúde. Os principais pontos são o diagnóstico nosológico e a prescrição terapêutica, reservados no artigo 4º do projeto como exclusividade do médico. O parágrafo 2º do mesmo artigo diz que "não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva", o que resguardaria as competências próprias às outras profissões.

No entanto, a redação atual poderia inviabilizar o próprio trabalho de algumas profissões por conta de interpretações jurídicas. "A Enfermagem também faz diagnóstico nosológico com bases e critérios científicos, dentro de protocolos internacionais. Se este projeto for aprovado, em algum momento podemos ser proibidos de realizar atos típicos da

"Na periferia de São Paulo conhecemos instituições de saúde que não têm médico ou são atendidas apenas alguns dias da semana por estes profissionais. Se os demais profissionais tiverem que esperá-los para atuar a população será a maior prejudicada", Donato José Medeiros, primeiro-secretário do COREN-SP

Comunicação/COREN-SP

2006
Senadora Lúcia Vânia (CAS) rejeita o PLS 025 e apresenta uma versão atualizada do PLS 268/2002

2009
Após três anos na Câmara dos Deputados, projeto volta ao Senado

Fevereiro de 2012
Senador Antonio Carlos Valadares emite parecer com a última versão do PLS 268/2002

Novembro de 2012
Projeto está na Comissão de Educação do Senado, sob apreciação do senador Cássio Cunha Lima.

nossa profissão e teríamos que esperar um médico interceder para começarmos a trabalhar", explica Donato José Medeiros, primeiro-secretário do COREN-SP.

Tanto Medeiros quanto Capucci acreditam que este ponto pode aprofundar uma situação de atendimento que já não é boa. "Na periferia de São Paulo conhecemos instituições de saúde que não têm médico ou são atendidas apenas alguns dias da semana por estes profissionais. Se os demais profissionais tiverem que esperá-los para atuar a população será a maior prejudicada", acrescenta Medeiros.

O segundo ponto de grande contestação do Projeto de Lei do Senado (PLS) é relativo à gestão de serviços. O art. 5º diz que a direção e a chefia de serviços médicos são atividades privativas de médico, e um parágrafo único esclarece que "a direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico". Contudo, o artigo 2º define o objeto da atuação do médico como a "saúde do ser humano e das coletividades humanas", o que daria margem à interpretação de que serviços médicos e de saúde são sinônimos.

"A campanha contra a aprovação do projeto nos termos em que ele está hoje significa juntar as 14 profissões, não colocar 13 contra os médicos. Isso não faria sentido"
Carla Biancha Angelucci, presidente do CRP-SP

"As pessoas, em geral que não são da nossa área, não sabem discernir o que são serviços médicos ou serviços de saúde. Para evitar que lá na frente alguém conteste profissionais de outras áreas na direção de serviços de saúde é necessário deixar claro no texto o que é o serviço médico ao qual o projeto se refere. Estas contradições são decorrentes do espírito do projeto de lei, que submete todas as demais profissões à medicina", acredita Carla Biancha Angelucci, presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Tramitação

O Projeto de Lei do Senado nº 025 foi apresentado em fevereiro de 2002 pelo senador Geraldo Althoff, no qual se definiam em poucas linhas o que é privativo do ato médico. Imediatamente se geraram inúmeras polêmicas na área da saúde por estipular de forma ampla a "formulação de diagnóstico médico e a prescrição terapêutica de doenças" como funções privativas de médicos.

Em novembro do mesmo ano, o senador Benício Sampaio apresentou outro Projeto de Lei do Senado (PLS 268/2002), no qual foram especificadas as atividades, o tipo de diagnóstico e os procedimentos invasivos que podem ser realizados somente por médicos, mas manteve, segundo Capucci, Medeiros e Angelucci, a abordagem do atendimento centrado no médico, com as demais profissões colocadas como subordinadas.

Ambos os projetos foram analisados pela Comissão de Constituição e Justiça do Senado e em 2004 o relator do processo, senador Tião Viana, rejeitou o PLS 268, que era mais detalhado, e recomendou uma versão revista do PLS 25. No

entanto, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado o PLS 25 foi rejeitado e a relatora, senadora Lúcia Vânia, apresentou uma versão do PLS 268/2002 resultante de dois anos de negociação "com participação de todos os segmentos interessados na matéria".

Ainda em 2006 o projeto foi encaminhado para a Câmara dos Deputados. De volta à Comissão de Constituição e Justiça do Senado em 2009, o projeto foi avaliado e em fevereiro de 2012 o senador Antonio Carlos Valadares emitiu seu parecer com a última versão do projeto. Atualmente o PLS 268/2002 está sendo analisado pelo senador Cássio Cunha Lima, da Comissão de Educação.

Segundo avalia Paulo Capucci, esta última versão tem grandes chances de ser aprovada, mas os debates também têm potencial para continuar. "O Congresso está permeável a esta discussão", afirma. Já a presidente do CRP de São Paulo, um dos mais ativos na campanha contra a aprovação do projeto de lei, acredita que ainda são necessárias algumas alterações.

"A campanha contra a aprovação do projeto nos termos em que ele está hoje significa juntar as 14 profissões e não colocar 13 contra os médicos. Isso não faria sentido. Algumas profissões tentaram apenas salvaguardar as suas atividades. Na psicologia buscamos conversar com todas as outras áreas, senão não conseguiremos avanços de fato. O que a gente está defendendo é o SUS, não uma prática corporativista", defende Angelucci.

Como entidade sem ligação maior com uma ou outra profissão, na Associação Paulista de Saúde Pública se espera que a Lei do Ato Médico sirva como um divisor de águas. "No nosso debate, percebemos que talvez tenhamos que rever a regulamentação de outras profissões. Ao criticar o ato médico percebemos que temos que rever todos", finaliza Paulo Capucci.

Silêncio

A reportagem de Enfermagem Revista procurou o Conselho Regional de Medicina de São Paulo para ouvir a entidade responsável pela fiscalização da profissão médico a respeito do PLS 268/2002. A assessoria de comunicação do Cremesp pediu que fossem enviadas perguntas por email. O retorno foi solicitado algumas vezes, mas até o fechamento desta edição não se obtiveram as respostas. Confira abaixo as perguntas encaminhadas ao Cremesp:

- Quais direitos dos médicos e benefícios ao atendimento o Cremesp acredita que resultariam da aprovação do PLS com a redação atual?

- A regulamentação profissional do médico teria o mesmo efeito tanto para profissionais de instituições particulares quanto dos sistemas públicos? Por quê?
- Praticamente todas as demais profissões da área de saúde foram contra a redação original do PLS de regulamentação profissional dos médicos. Da redação atual, após as alterações já incluídas, quais pontos os profissionais médicos julgam essenciais e que não podem ser mudados?

- Uma das principais críticas ao PLS é que ele apresenta o atendimento à população de forma que as demais profissões seriam colocadas em uma posição hierárquica subordinada à medicina. Esta é a concepção usada na elaboração do projeto? Se não, qual foi a concepção que se usou para propor o PLS?

- Os parágrafos 6 e 7 do art. 4 do PLS estabelecem que as atividades privativas de médico previstas não se aplicam ao exercício da Odontologia e que são "resguardadas competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico de radiologia". Quais atividades o Cremesp avalia que não são privativas de médico e podem ser realizadas por profissionais das áreas citadas?

- Ao privar ao médico o diagnóstico nosológico, como ficaria o atendimento em unidades de saúde que contam somente com profissionais de outras habilitações na área de saúde? Pode ter influência negativa no atendimento à população? Por quê sim ou não?

- Quaisquer outras considerações que julgar pertinentes.

Tecnologia em benefício do cuidado

Um dos principais benefícios trazidos pela informatização dos hospitais é a redução das falhas de profissionais da saúde

Comunicação COREN-SP

A diretora de Enfermagem, Sandra Araujo, e a diretora técnica de saúde, Maria da Penha Silva, na UTI informatizada do Hospital

A informática auxilia a aumentar a qualidade do cuidado às pessoas e no gerenciamento dos hospitais. Além disso, ao organizar e compartilhar as informações dos pacientes e da estrutura do hospital, o programa computacional, consequentemente, torna-se uma poderosa ferramenta para combater erros humanos.

Trabalhar com a saúde de pessoas requer mais atenção e dedicação do que qualquer outro segmento. Entretanto, más condições de trabalho, salários insuficientes e carga horária elevada aumentam as chances de ocorrerem falhas. Além disso, estresse, cansaço, sono e até depressão são condições comuns atualmente ao ser humano e também ampliam a possibilidade de algum equívoco na prestação do serviço.

No Hospital Vila Nova Cachoeirinha, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo implantou o sistema informatizado em 2007, que foi gradativamente aperfeiçoado. Entre o final de 2008 e o começo 2009, em relação à Enfermagem, o sistema foi revisado e começou a funcionar na íntegra, em razão da inclusão da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), utilizada para registrar procedimentos realizados pelos enfermeiros, como histórico, prescrição e exame físico, entre outros.

Segundo Sandra Araujo, diretora de Enfermagem do hospital, o sistema informatizado reduz o tempo despendido para realizar quaisquer procedimentos, facilita o acesso às informações dos pacientes e aumenta a interação de informações entre os profissionais de saúde, o que melhora o serviço prestado. Além disso, o programa armazena os dados de internações anteriores e o histórico de consultas.

"O sistema informatizado diminui as falhas humanas. Muitas vezes a letra manuscrita dos médicos não é fácil de decifrar, mas com a informatização não há esse problema. As informações dos pacientes, da farmácia, dos exames e de materiais são registradas no sistema, evitando problemas com transporte de papéis, dificuldades de entendimento, perda de documentos, entre outros acidentes", afirma Sandra.

O sistema do hospital é constituído possui as funções "Interna", referente ao gerenciamento de leitos; "Laborato", relativo a todos exames laboratoriais; "Prescrição", que consiste em informações e ações voltadas ao paciente (exames, medicações etc.); e "Solicita", relacionado com a solicitações de materiais. Segundo Sandra, apesar de ser de uso majoritário de médicos e enfermeiros, os setores "Prescrição" e "Solicita" também podem ser usados por auxiliares e técnicos de Enfermagem.

Quanto ao futuro, a diretora acredita em melhorias da área. "Será de grande utilidade quando pudermos ter os históricos dos procedimentos realizados em outros hospitais ou unidades. Seria uma integração de todos os hospitais e dependências públicas de saúde que melhoraria muito a qualidade do serviço de saúde. Outra evolução seria se o auxiliar ou o enfermeiro pudesse passar informações diretamente para o sistema sem precisar anotá-las. Caso utilizasse um *tablet*, por exemplo. O custo seria muito alto, mas espero que não demore muito para conseguirmos implantar esses métodos, pois além de práticos, diminuiriam ainda mais os erros", pontua Sandra.

Comunicação COREN-SP

Enfermeira monitorando as situação dos pacientes da UTI

Até 30% das denúncias são de âmbito interpessoal, administrativo ou judicial

Levantamento apresentado pelo COREN-SP no 64º CBEn mostra que boa parte das denúncias recebidas pela presidência são fora da esfera ética

As denuncias feitas ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo são investigadas, apuradas e analisadas em processo ético no qual se ouvem todos os envolvidos e o acusado tem direito a ampla defesa. Se constatado erro, o profissional acusado é punido de acordo com o art. 118 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. No entanto, um levantamento feito pelo COREN-SP mostra que até 30% das denúncias não são de caráter ético.

Os resultados foram apresentados pelo presidente do COREN-SP, Mauro Antonio Pires Dias da Silva, a vice-presidente, Fabíola de Campos Braga Mattozinho, e as conselheiras Cristina Bif e Fernanda Maria Silva Azevedo no último Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado de 29 de outubro a 2 de novembro de 2012 em Porto Alegre (RS).

Na apresentação, em formato pôster, os autores afirmam que "a solução destes conflitos está muito mais vinculada às searas judiciais e ao âmbito interno e administrativo das instituições de saúde". O objetivo do trabalho foi "discutir e estabelecer os parâmetros mínimos, éticos e legais, para o encaminhamento de denúncias contra profissionais de Enfermagem para a competente apuração pelos Conselhos de Fiscalização da categoria".

Dos mais de 400 mil profissionais no COREN-SP, cerca de 300 mil exercem a profissão. As denuncias não representam 1% desse montante e nem sempre o acusado é condenado ou foi responsável direto pelo erro. Recentemente o presidente do COREN-SP enviou um comunicado para a imprensa esclarecendo sobre os problemas enfrentados pelos profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde em que atuam, especialmente pela grande procura de veículos jornalísticos sobre os erros profissionais no último mês de setembro que resultaram em pacientes feridos em São Paulo e mortes no Rio de Janeiro.

"O Conselho Regional de Enfermagem fiscaliza sistematicamente o exercício da profissão e conhece muito bem os problemas enfrentados pela categoria com a falta de material adequado para procedimentos, dimensionamento incorreto de pessoal, baixíssima remuneração e jornadas excessivas e exaustivas de trabalho que contribuem para a indução ao erro", afirma o presidente.

Fabíola Braga (vice presidente) e Mauro Pires (presidente) na apresentação do trabalho no 64º CBEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem)

O papel do usuário dos serviços de saúde no encaminhamento de denúncias aos Conselhos Regionais de Enfermagem: pressupostos éticos e legais mínimos para a admissibilidade

Introdução

Os usuários dos serviços de saúde desempenham papel preponderante na regulação dos aspectos éticos relacionados à atividade profissional de enfermagem. Quando vítimas de erros ou de situações que firam sua integridade moral e física e encaminham denúncias aos conselhos de fiscalização para apuração dos fatos. Ocorre que 30% das situações denunciadas extrapolam os limites éticos e legais para que possam ser devidamente apuradas e prejudicam o seu recebimento pelos Conselhos Regionais, na fase denominada de admissibilidade.

Objetivos

Discutir e estabelecer os parâmetros mínimos, éticos e legais, para o encaminhamento de denúncias contra profissionais de Enfermagem para a competente apuração pelos Conselhos de Fiscalização da categoria.

Descrição metodológica

Estudo qualitativo com base na experiência de Conselheiros e de Enfermeiros atuantes no setor de processo ético do COREN-SP.

Resultados

O estabelecimento de padrões mínimos para o encaminhamento de denúncias, bem com a divulgação de orientações e normativos técnicos nos meios de comunicação eletrônico (site) e escrito (revista), propiciará uma maior adequação e resolutividade na apuração das denúncias em face de profissionais de Enfermagem.

Conclusão

Tomando-se por base as denúncias processadas pelo Setor de Processos Éticos do COREN-SP, verificamos que cerca de 30% das situações denunciadas são de cunho interpessoal, administrativo e jurídico, e extrapolam a esfera ética. A solução destes conflitos está muito mais vinculado às searas judiciais e ao âmbito interno e administrativo das instituições de saúde. Se devidamente orientados e esclarecidos, os usuários encaminharão denúncias fundamentadas e relacionadas somente ao desatendimento ao Código de Ética de Enfermagem, de modo a não expor moralmente os profissionais a situações que não são passíveis de solução pelos Conselhos de Fiscalização.

Implicações para a Enfermagem

Com a ampla divulgação dos pré requisitos mínimos para o encaminhamento de denúncias contra profissionais de Enfermagem, a apuração dos fatos será mais eficiente, resolutiva e satisfatória para a sociedade.

Referências bibliográficas

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem. Resolução COFEN nº 370/2010. Novembro de 2010. Brasília. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/6016.

Descritores
Ética, enfermagem, fiscalização.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Processos éticos

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no artigo 15, V, da lei 5.905, de 12 de julho de 1973, e em cumprimento ao disposto no parágrafo quarto do artigo 118 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007, vem aplicar a Pena de SUSPENSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL POR QUINZE DIAS à profissional:

- Auxiliar de Enfermagem Rosenilda Aparecida Zandoneli dos Santos, COREN-SP-412925, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 21, 30, 32, 33, 35, 48 e 56 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético nº 33/2007, julgado na 725ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 23/02/2010.

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no artigo 15, V, da lei 5.905, de 12 de julho de 1973, e em cumprimento ao disposto no parágrafo terceiro do artigo 118 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007, vem aplicar a penalidade de CENSURA aos seguintes profissionais:

- Enfermeiro José Ricardo Camargo Xavier, COREN-SP-44323, por infração aos artigos 5º, 9º, 13, 20, 23, 33, 48, 51, 52, 56, 59 e 73 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético 34/2009, julgado na 766ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 08/11/2011.
- Enfermeira Rosali Monteiro da Silva, COREN-SP-177786, por infração aos artigos 5º, 12, 13, 16, 21, 25, 32 e 35 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético nº 16/2010, julgado na 791ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 28/05/2012.
- Enfermeira Maria Leci Almeida Queiroz dos Santos, COREN-SP- 62800, por infração aos artigos 5º, 12, 21 e 30 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético nº 06/2010, julgado na 418ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 23/08/2012.
- Auxiliar de Enfermagem Cristiane Aparecida Menegate, COREN-SP-501988, por infração aos artigos 5º, 12, 13 e 30 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético nº 06/2010, julgado na 418ª Reunião Ordinária do Plenário do COFEN em 23/08/2012.
- Auxiliar de Enfermagem Jomar Brandão Ramos dos Santos, COREN-SP-115302, por infração aos artigos 5º, 12 e 30 da Resolução COFEN 311/2007, no processo ético nº 18/2010, julgado na 769ª Reunião Ordinária do Plenário do COREN-SP em 13/12/2011.

Santos foi a primeira extensão do COREN-SP

Penélope Lopes: *o fiscal também é uma referência do Conselho para o profissional nas instituições de saúde visitadas*

Antes de 1997, todos os formados em cursos técnicos e superiores de Enfermagem no estado de São Paulo tinham que se deslocar até a sede do Conselho, na capital, para realizar qualquer tipo de atendimento, desde a solicitação de inscrições até a negociação. Naquele ano foi inaugurada a primeira subseção do COREN-SP fora da capital, na cidade de Santos.

Desde então foram abertas outras sete subseções, que funcionam como uma espécie de extensão dos setores de atendimento ao profissional e de fiscalização do Conselho. A subseção faz procedimentos como solicitação de inscrição, transferências, cancelamentos, acordos etc., independente do local de residência dentro do estado de São Paulo.

"As pessoas do litoral norte, por exemplo, preferem procurar a subseção de São José dos Campos. Quem reside em Registro normalmente vai a São Paulo porque há ônibus de hora em hora", explica a enfermeira Penélope Lopes, fiscal e chefe-técnica da subseção de Santos do COREN-SP.

A divisão geográfica das subseções se dá principalmente por conta dos trabalhos de fiscalização das instituições de saúde, de modo a facilitar a atuação dos fiscais. A abrangência de Santos é de 27 municípios, na faixa litorânea que vai de Ubatuba, na divisa com o Rio de Janeiro, até Barra do Turvo, cidade no limite com o Paraná.

A equipe santista de fiscalização é formada por cinco pessoas graduadas em Enfermagem. A partir da reorganização de todos os trabalhos de fiscalização do Conselho promovida com a posse da atual gestão em janeiro de 2012, cada fiscal passou a ser responsável por um número determinado de instituições de saúde. "O objetivo é que o fiscal se torne uma referência nas sub-regiões que atende", explica a chefe-técnica.

São aproximadamente 250 instituições espalhadas pelos 27 municípios da área de abrangência de Santos. Exceto as que foram recentemente inauguradas, todas já passaram por pelo menos uma fiscalização, nas quais se verificam quem e quantos são os profissionais, qualificação, atividades que desenvolvem e documentação pertinente ao trabalho da Enfermagem (escala, sistematização, manuais, regimentos, protocolos, rotinas e anotações).

As instituições a serem visitadas são definidas de acordo com a necessidade identificada pela equipe local de fiscalização. Elas também servem para aproximar o Conselho ao profissional, em contatos realizados durante os trabalhos nas instituições de saúde.

Outro procedimento que pode aproximar o profissional do seu Conselho é a participação em eventos. A subseção de Santos atua na divulgação de palestras, encontros e outras atividades do gênero na área de Enfermagem promovidas tanto em instituições de ensino do litoral quanto pelo próprio COREN-SP no auditório da subseção, a exemplo das palestras de prevenção e combate ao câncer de mama promovidos pelo COREN-SP no mês 10/2012, como parte do movimento internacional Outubro Rosa.

Muitos profissionais reivindicam a organização de eventos próximos a suas cidades. No entanto, segundo Penélope Lopes, ainda é necessário também aperfeiçoar a participação. "Uma palestra aberta a 50 pessoas, por exemplo, tem todas as vagas preenchidas nas inscrições, mas o comparecimento normalmente é baixo, de aproximadamente 20 pessoas", revela.

Conheça melhor

Avenida Doutor Epitácio Pessoa, 214
Embaré, Santos - SP
CEP: 11045-300
Tel. (13) 3289-3700, (13) 3289-4351
ou (13) 3288-1946

Atendimento: Segunda a sexta-feira, das 7 às 16h

Renovado para o aprimoramento da Enfermagem paulista

Com novo nome e voltado principalmente ao profissional, CAPE se torna COREN-SP Educação, inova em projetos e expande atividades de aprimoramento para as subseções.

COREN-SP Educação. Este é o novo nome do Centro de Aprimoramento Profissional de Enfermagem (CAPE) do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. A mudança faz parte do reposicionamento do órgão de educação continuada, que desde o último mês de janeiro, com a posse da Gestão 2012-2014, voltou-se especialmente a ações educativas para aprimoramento do profissional de Enfermagem atuante e, assim, prevenir que os erros aconteçam.

"Como CAPE o centro estava aparentemente desvinculado do Conselho. Tanto a nova proposta quanto o novo nome enfatizam a prioridade da gestão atual nesta área, reforçando a identidade da autarquia e o vínculo institucional entre o órgão de educação permanente e o Conselho", explica Mauro Antônio Pires Dias da Silva, presidente do COREN-SP.

O COREN-SP Educação mantém a estrutura do antigo CAPE, em seu prédio na Rua Dona Veridiana, 298, no bairro paulistano da Santa Cecília, com dois auditórios integrados por recursos audiovisuais, salas de aula e o Núcleo de Simulação Realística, formado pelos laboratórios adulto, pediátrico e de saúde da mulher. A gestão é feita pelos conselheiros Ana Maria Costa Carneiro, Ramon Moraes Penha e Maria Edith de Almeida.

"O objetivo da implantação destes projetos é usar todos os recursos estruturais e tecnológicos de forma otimizada aumentando a capacidade de atendimento para aprimorar os profissionais em todas as regiões de São Paulo. Assim também ajudamos a melhorar a prática profissional no estado com vistas à minimização dos erros"
Luciana Della Barba, gerente do COREN-SP Educação

Projetos

O COREN-SP Educação já implantou três novas ações para aprimoramento dos profissionais de Enfermagem. São organizadas aulas de habilidades, nas quais, após a breve abordagem do tema, os participantes executam as habilidades técnicas nos simuladores. Já as oficinas de habilidades são encontros entre os profissionais com o objetivo de proporcionar o aprimoramento e a atualização em diferentes estações de habilidades, nas quais os participantes desenvolvem a prática nos simuladores, orientados pelas enfermeiras de educação permanente do COREN-SP. Discussões e reflexões sobre a técnica são compartilhadas a fim de propor melhorias no desempenho profissional.

Desde setembro foram realizadas oficinas abordando os temas urgência e emergência, procedimentos de Enfermagem, saúde da mulher, vias parenterais e saúde da criança. A atividade é realizada semanalmente e oferece número limitado de 20 vagas por oficina. A ampliação do alcance geográfico do COREN-SP Educação se dá pelo Projeto Aprimoramento, que consiste em levar para as subseções os recursos e atividades disponíveis normalmente apenas na Rua Dona Veridiana.

"O objetivo da implantação destes projetos é usar todos os recursos estruturais e tecnológicos de forma otimizada aumentando a capacidade de atendimento para aprimorar os profissionais em todas as regiões de São Paulo. Assim também ajudamos a melhorar a prática profissional no estado com vistas à minimização dos erros", explica a enfermeira Luciana Della Barba, gerente do COREN-SP Educação.

O primeiro trabalho do Projeto Aprimoramento foi feito no último dia 23 de novembro em Santos, onde se ofereceram aulas de habilidades em "atualização em aspiração endotraqueal adulto", na parte da manhã, e " atualização em punção venosa periférica adulto", no período da tarde.

No ano de 2013 o COREN-SP Educação deve implantar em suas instalações uma sala de inclusão digital, na qual o profissional poderá utilizar recursos de informática e web para o seu aprimoramento no sentido de familiarizar-se com os recursos digitais disponíveis para a Enfermagem. Também deverá entrar em operação nos próximos 12 meses

a transmissão ao vivo dos eventos realizados no prédio da Santa Cecília para as subseções espalhadas por todo o estado.

Ainda sem data prevista para entrar em operação, o COREN-SP Educação está desenvolvendo um ambiente virtual de aprendizagem para oferecer conteúdos de capacitações integral ou parcialmente a distância e também material complementar aos eventos presenciais.

Exemplo

Face às recorrentes situações de catástrofes e desastres no Brasil e a atuação dos profissionais de enfermagem na área, no último mês de setembro foi realizado um treinamento de simulação realística no atendimento a múltiplas vítimas, ou seja, ocorrências súbitas que levam a um número de vítimas que causam um desequilíbrio entre os recursos de saúde disponíveis e as necessidades, quando se é necessário manter um padrão de atendimento adequado com o que se tem à disposição no momento.

Nestas situações, o melhor atendimento para a vítima mais grave é substituído pelo melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no tempo mais curto possível. Assim, são fundamentais três princípios básicos no atendimento dessas situações: a triagem, o tratamento e o transporte.

O treinamento realizado no COREN-SP Educação contou com uma breve discussão teórica sobre o assunto. Os profissionais participaram da simulação de uma situação de catástrofe e os participantes realizaram a triagem com o método de simples triagem e atendimento rápido (START). A simulação contou com atores, preparados com maquiagem do tipo moulage, além de manequins e organização do espaço para situação de catástrofe, com o intuito de tornar o ambiente mais próximo possível da realidade.

Seleção de temas e organização

Todos eventos promovidos pelo COREN-SP Educação (palestras, treinamentos, oficinas e aulas) têm como foco não apenas os procedimentos de técnicas específicas, mas também as competências comportamentais e relacionais fundamentais para uma assistência pautada pela humanização e pela segurança na área da saúde.

Os processos de seleção e escolha dos temas a serem abordados nestas atividades têm como base a promoção, a

prevenção e a intervenção na saúde como elemento síntese de ações assistenciais. Em cada atividade o profissional também recebe um formulário de pesquisa de opinião no qual ele pode sugerir temas para as atividades. Também são recebidas sugestões de enfermeiros de educação permanente das instituições de saúde.

A maioria dos temas são direcionados de modo a contemplar todos os profissionais de Enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). Porém, quando se trata de um procedimento ou cuidado específico e privativo do enfermeiro, como por exemplo a coleta de material para o teste de papanicolaou ou exame físico, tais eventos são disponibilizados apenas aos profissionais formados em nível superior.

As atividades têm duração de aproximadamente três horas, no período da manhã ou da tarde, possibilitando a participação dos profissionais que têm a sua jornada de trabalho em diferentes horários. A maioria das atividades são teórico-práticas, nas quais o profissional, após a revisão e atualização sobre o assunto, tem a oportunidade de realizar o procedimento técnico nos simuladores, quantas vezes julgar necessário para ter domínio da técnica apresentada.

Em cenários controlados, os participantes vivenciam situações próximas da realidade, com o uso de simuladores que reagem às ações executadas, contribuindo para melhoria na comunicação, no trabalho em equipe, no preparo de profissionais seguros, críticos, reflexivos, humanistas e conscientes da importância do aprendizado e do aprimoramento profissional para praticar uma assistência qualificada.

Todas atividades conferem certificado de participação, sem efeito de título. Para o profissional participar, basta entrar na página do COREN-SP Educação, acessada pelo site do Conselho, na qual há uma agenda mensal de atividades em que o profissional escolhe o tema de sua preferência. É necessário estar com a inscrição regularizada no COREN-SP.

Instituições interessadas em utilizar o espaço e os recursos tecnológicos para simulação realística do COREN-SP Educação devem preencher um formulário de solicitação disponível no site http://inter.coren-sp.gov.br/node/4809 e enviar para o email indicado na mesma página.

Portas abertas ao estudante

Programa apresenta o Sistema COFEN/COREN aos futuros enfermeiros e tira dúvidas sobre primeira inscrição, atribuições e funcionamento do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

A grade curricular da maioria dos cursos superiores de Enfermagem prevê disciplinas relativas a ética e legislação do exercício profissional ainda nos primeiros semestres da graduação. Todavia, raramente há conexões entre tais disciplinas com as demais frequentadas pelo aluno no desenrolar do curso. Estas informações passadas no começo da formação acabam por se distanciar do cotidiano, cada vez mais técnico. E na medida em que chega o momento de conclusão do curso, quando o aluno está próximo de exercer a profissão, muitas das informações já foram esquecidas.

Para aumentar a familiarização do futuro profissional com os assuntos relacionados à ética e à legislação, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo criou o programa Ingressa COREN. Nele são divulgadas a história do Sistema COFEN/CORENs, sua finalidade, as atividades desenvolvidas pela autarquia e pelos conselheiros e a estrutura física, de recursos humanos e logísticos, entre outros temas.

Além de favorecer maior aproximação e participação do formando, a ação junto aos estudantes do último ano/semestre de graduação em Enfermagem busca também melhorar, ainda no ambiente da universidade, o conhecimento de enfermeiros e enfermeiras graduandos sobre as atividades e a finalidade do Sistema COFEN/CORENs. "Percebemos que há uma grande carência dos estudantes em conhecer o Sistema ao qual estarão vinculados em pouco tempo", afirma o conselheiro Ramon Penha, coautor do projeto ao lado da conselheira Danielle Ginsicke.

Uma experiência-piloto foi realizada com os alunos do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo."Os alunos participaram com muita energia e há muita ansiedade em saber o que é e como se desencadeiam os processos éticos. Na ocasião do contato com os acadêmicos também saneamos dúvidas sobre o processo da primeira inscrição", destaca Penha.

O Ingressa COREN vislumbra preencher essa lacuna e melhorar a relação do futuro profissional com a autarquia em um momento crucial de sua nova jornada no mundo do trabalho. Como estratégia metodológica, o programa é iniciado a partir da aproximação de conselheiros com o ambiente do aluno (a universidade), promovendo palestras na própria instituição de ensino superior. Em seguida são agendadas visitas dos alunos às instalações do Conselho, na sede e no COREN-SP Educação (antigo CAPE) para que os formandos conheçam de perto como funciona na prática tudo o que foi apresentado na palestra. Os futuros enfermeiros também têm contato com os serviços que o COREN pode prestar a eles e à sociedade.

Além da instituição santista UNISUS, já participaram da iniciativa os alunos em períodos de conclusão de curso da Santa Casa de São Paulo e da Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), campus Botucatu. Segundo Penha, na visita guiada dos alunos da Unesp, por exemplo, além verificar como funcionam os departamentos essenciais do COREN-SP (Fiscalização e Processo Ético), foi despertado o interesse dos alunos em saber como eles podem se tornar conselheiros e interagir melhor com o Conselho.

"O pano de fundo desta estratégia é tornar o Conselho um ambiente comum aos profissionais, onde os espaços possam ser frequentados de modo a estimular a participação de todos no grande desafio que temos na atualidade, que é fortalecer a imagem profissional a partir dos princípios éticos e legais que regem a prática desta honrosa profissão", finaliza.

e-mail: **ingressa@coren-sp.gov.br**

Conselheiro Ramon Penha, coautor do projeto

Estudantes da Unesp de Botucatu

Prestação de Contas

Danielle Ginsicke é enfermeira e 1ª Tesoureira do COREN-SP,Vagner Urias é enfermeiro e presidente da Comissão de Tomada de Contas do COREN-SP e Fernanda Mazarin é advogada da Controladoria do COREN-SP.

Ao assumirmos a Gestão do Conselho Regional do Estado de São Paulo no dia 20 de janeiro de 2012 nos deparamos com uma situação financeira extremamente precária. Ao analisar as contas do COREN-SP constatamos a realização de um empréstimo bancário de mais de R$ 2 milhões. Detectamos ainda que o valor das anuidades de 2012 que foram antecipadamente pagas pelos profissionais de Enfermagem já haviam sido gastos. Ainda tivemos a extinção, pelo Conselho Federal de Enfermagem, das inscrições provisórias, o que causou um grande impacto na receita, diminuindo consideravelmente a arrecadação deste ano.

Chegamos, portanto, à conclusão de que as despesas do COREN-SP eram extremamente altas em vista de sua arrecadação, razão pela qual optamos, neste primeiro ano de nosso mandato, gerir os recursos de forma cautelosa, sem contudo deixar de proporcionar melhorias tanto no atendimento quanto no investimento direto ao profissional de Enfermagem.

Iniciamos diminuindo gastos desnecessários e implantamos o sistema de pregão eletrônico para aquisição de produtos/serviços, com o objetivo de aumentar a competição entre as empresas interessadas e diminuir o valor final da compra. Também buscamos a utilização dos recursos materiais com maior parcimônia e de forma mais racionalizada.

Para melhorar o atendimento e funcionamento do Conselho foram contratados novos colaboradores, com destaque para a fiscalização, atividade-fim do COREN-SP, a qual vem sendo amplamente priorizada, com a implantação sistemática de novos procedimentos operacionais, os quais visam a obtenção de melhores condições para o exercício da Enfermagem paulista.

No COREN-SP Educação (antigo CAPE) aumentamos significativamente os profissionais atendidos nas atividades desenvolvidas com palestras, aulas, oficinas e visitas mo-

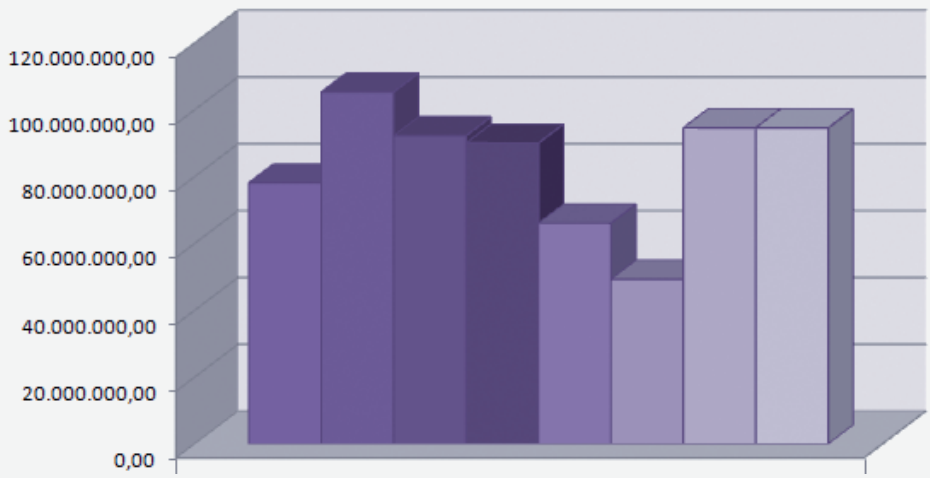
nitoradas. Atualmente o COREN-SP Educação conta com a participação de cerca de 1.000 profissionais por mês em suas atividades de aprimoramento.

A publicação oficial do COREN-SP, "Enfermagem Revista", cuja a entrega é realizada trimestralmente ao profissional de Enfermagem, passou a ser totalmente elaborada no próprio Conselho, com conteúdo que beneficia a categoria com o conhecimento técnico e científico.

O orçamento do ano de 2013 foi formulado baseando-se no Plano Plurianual, no qual se buscam planejar as atividades da autarquia para o período de três anos (2013-2015). Este planejamento está de acordo com os princípios e normas da administração pública, os quais vêm sendo exigidos pelo órgão de controle interno (controladoria).

Para o próximo ano, entre nossos desafios, está atuar com um orçamento que nos permita realizar as transformações necessárias para um melhor desempenho do Conselho Paulista, implantado projetos com novas concepções, sem contudo deixar de ter a responsabilidade de que é necessário manter toda a estrutura desta autarquia pública.

Receitas arrecadadas x despesas realizadas: 2010 a setembro de 2012 (e previsão 2013



Receita arrecadada x despesa e previsão para 2013	
2010 - Receita (arrecadação)	78.149.636,07
2010 - Despesa realizada (gasta)	105.311.048,96
2011 - Receita (arrecadação)	92.263.327,68
2011 - Despesa realizada (gasta)	90.045.163,00
2012 - Receita (arrecadação) - Até setembro	66.075.460,96
2012 - Despesa realizada (gasta até setembro)	49.280.502,96
2013 - Receita prevista	94.603.847,00
2013 - Despesa prevista	94.548.519,00

DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS DO COREN-SP

		Período 2011*	Período 2012**
1	RECEITAS CORRENTES	72.763.291,48	66.075.460,96
2	RECEITAS DE CAPITAL	2.639.570,00	
	TOTAL RECEITAS	75.402.861,48	66.075.460,96
3	DESPESAS CORRENTES	59.966.482,07	49.152.438,87
3.1	DESPESAS DE CUSTEIO	43.242.906,70	33.995.547,60
3.1.10.00	PESSOAL CIVIL	21.726.321,77	23.482.956,68
3.1.10.01	VENCIMENTOS E VANTAGENS	14.294.778,77	15.245.452,76
3.1.10.02	DESPESAS VARIAVEIS	2.854.867,23	3.484.367,18
3.1.10.02.07	Assistência Social	2.528.534,81	3.042.588,20
3.1.10.03	OBRIGAÇÕES PATRONAIS	4.576.675,77	4.753.136,72
3.1.20.00	MATERIAL DE CONSUMO	1.024.054,20	409.806,83
3.1.30.00	SERVICOS DE TERCEIROS E ENCARGOS	1.766.576,47	1.761.892,91
3.1.30.01	SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS FISICAS	338.606,75	213.156,90
3.1.30.02	SERVIÇOS PRESTADOS PESSOAS JURIDICAS	1.427.969,72	1.548.736,01
3.1.32.00	OUTROS SERVICOS E ENCARGOS	18.725.954,26	8.106.230,94
3.1.32.01	ASSINATURAS E PERIÓDICOS	9.554,71	1.584,00
3.1.32.02	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS	70.001,24	54.200,00
3.1.32.03	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	1.006.193,32	631.766,71
3.1.32.04	SEGUROS EM GERAL	2.496,26	474,11
3.1.32.05	SERVIÇOS DE HIGIENTE E DEDETIZAÇÃO	1.844,00	3.339,00
3.1.32.06	SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL	2.165.510,92	1.159.940,85
3.1.32.06.01	Postagens	1.060.206,50	601.737,71
3.1.32.06.02	Telecomunicações	1.105.304,42	558.203,14
3.1.32.07	SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA, ÁGUA E GAS	515.571,89	543.759,25
3.1.32.08	PASSAGENS E TRANSPORTES	381.016,87	172.929,10
3.1.32.09	REPAROS, ADAPTAÇÃO E CONSERV. DE BENS	548,804,50	85.946,12
3.1.32.10	SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA	6.545.796,11	1.095.955,72
3.1.32.11	SERVs SELEÇÃO, TREINAM. ORIENT	78.274,14	17.122,47
3.1.32.32	DESPESAS C/REUNIÕES, REPRESENTAÇÕES	4.046.119,59	2.175.700,00
3.1.32.33	CONGRESSOS, SEMINARIOS EVENTOS E	209.809,41	97.162,00
3.1.32.35	DESPESAS BANCÁRIAS	2.014.886,80	939.444,65
3.1.33.00	DIVERSAS DESPESAS DE CUSTEIO	882.115,36	1.115.201,95
3.2.00.00	TRANSFERENCIAS CORRENTES	16.723.575,37	15.156.891,27
3.2.10.00	TRANSFERENCIAScNTRAGOVERNAMENTAIS	16,580,982,83	14.998.828,76
3.2.80.00	CONTRIBUICAO PASEP	142.592.,54	158.062,51
4.0.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	4.403.508,30	128.064,09
4.1.00.00	INVESTIMENTOS	3.999.008,30	128.064,09
4.2.00.00	INVERSOES FINANCEIRAS	404.500,00	-
	TOTAL DESPESAS	64.369.990,37	49.280.502,96
	DESPESAS EXECUTADAS EM RELAÇÃO ÀS RECEITAS	85,37%	74,58%

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.*

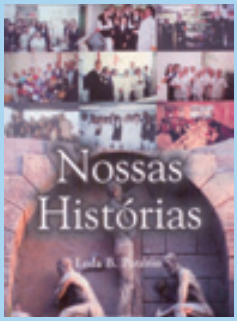
*** 2011 - Janeiro até Outubro de 2011**
**** 2012 - Janeiro até Outubro de 2012**

Na Estante

Comunicação em Enfermagem - Colaboração entre Profissionais de Saúde
Iole Simeoni e Anna Maria de Santi
Yendis Editora - 2012
Este livro tem como objetivo apresentar estratégias e dicas para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, fornecendo exemplos de situações comuns que podem surgir na prática clínica, tais como solicitar o aconselhamento de um clínico geral, a relação entre médico e enfermeiro e as informações que devem constar na alta hospitalar.

Aplicando os Resultados da Pesquisa na Prática de Enfermagem

Maria Aparecida de Luca Nascimento (org.)
Editora Appris - 2012
Esta obra é uma coletânea de artigos que têm como finalidade veicular achados de pesquisas para serem aplicados e/ou observados na prática cotidiana de cuidar. Será possível observar como os objetos de estudo se tangenciam, de que forma são abordados e como se referem ao cuidado direto da enfermagem.



Nossas histórias
Leda B. Potério
Livro Pronto - 2006
A atenção e a dedicação dos profissionais que atuam em uma área tão delicada quanto a de saúde levaram a autora a observar as dificuldades dos pacientes que procuram atendimento médico e vaga para internação.

Enfermagem em Terapia Intensiva - Práticas Baseadas em Evidências

Renata Andréa Pietro Pereira Viana (edit.)
Editora Atheneu - 2011
Com a chancela do Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o livro nasce com a força institucional de equipe altamente qualificada e que atua na medicina intensiva no dia a dia de suas atividades, num constante movimento de atualização e revisão das boas práticas de Enfermagem nesta área da saúde.

Ponto de encontro

Portal da ENSP oferece uma série de serviços de consulta e interação para profissionais da área e pessoas interessadas em temas ligados à saúde pública

Mantida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) é destinada à formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atua na produção científica e tecnológica e na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública e mantém cooperações técnicas tanto no Brasil quanto no exterior.

No seu portal institucional (www.ensp.fiocruz.br), além de acesso a alguns cursos e informações sobre as capacitações oferecidas, a ENSP disponibiliza uma séries de recursos gratuitamente para o uso cotidiano do profissional da área de saúde e que permitem compartilhar experiências, conhecimentos e expandir as redes de contatos.

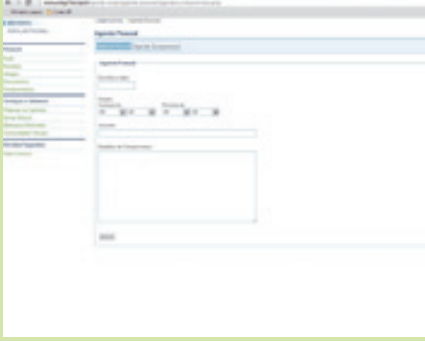
É possível acessar os vários serviços interativos do portal, como visitar blogs de profissionais de saúde, conhecer experiências na área de saúde pública, formar rede de contatos, participar de comunidades virtuais, fazer comentários sobre as notícias enviadas, acessar e incluir documentos, imagens, áudios e vídeos numa biblioteca multimídia. Para usar todos os recursos é necessário estar conectado ao sistema.

Para tanto, basta se cadastrar como novo usuário na área "Meu Portal," situada no canto esquerdo da página inicial. É necessário preencher um formulário com nome, email, dados de formação e de atuação profissional. Após o preenchimento, o internauta recebe um link para confirmação de cadastro no endereço fornecido de correio eletrônico.

Após se conectar ao sistema (login), fornecendo o endereço de email cadastrado e a senha, é exibida uma página com seu perfil e as informações que poderão ser vistas por todos que também tiverem cadastro no portal. Neste espaço também se podem atualizar informações, buscar amigos para formar a própria rede de contatos, criar álbuns de fotografias e compartilhar documentos de interesse para a área de saúde pública.

Home

Cadastro



Agendar compromisso

Navegação

No meu à direita há três áreas para navegação pessoal, em "Serviços e Sistemas" e para contato com a ENSP. Além de "Perfil", "Busca de amigos" e postagem de documentos, a primeira destas três áreas ("Pessoal") fornece atalhos para a página "Recados", destinada ao envio direto de mensagens para os amigos da rede construída pelo usuário, e "Compromissos", com uma agenda exclusiva administrada pelo próprio usuário.

Na seção "Serviços e Sistemas" estão os principais recursos de interação:

Palavras no Caminho: tem o objetivo de tornar o ambiente de trabalho na Escola mais agradável. O usuário pode enviar poemas, em arquivos de texto (.doc) ou via formulário de contato, que serão fixados nas paredes da ENSP. Toda segunda-feira os textos são trocados. Como não há uma comissão julgadora de produções novas e originais, as paredes recebem apenas textos de autores consagrados.

Enviar Notícia: também via formulário de contato, o usuário pode postar notícias pertinentes para a área de saúde pública. Além de digitar ou copiar o texto no formulário, é possível compartilhar arquivos de até 2 Mb.

Biblioteca Multimídia: criada para reunir os diversos conteúdos produzidos ou que circulam na ENSP, é um espaço para compartilhar animações, áudios, gráficos, imagens, links, mapas, artigos de periódicos, sugestões de leitura e aulas, desde que disponibilizados também para consulta pública. Nesta biblioteca são armazenadas ainda as apresentações dos eventos promovidos pela ENSP.

Comunidades Virtuais: permite encontrar usuários do sistema da ENSP interessados em temas específicos.

O site também dá acesso direto a outros serviços de informação da ENSP, com destaque para os links da escola nas redes sociais (Facebook, Twitter, Orkut e Youtube), a transmissão ao vivo de eventos, o blog Saúde em Pauta e a rede social própria, ENSP Interativa.

Agenda

10 a 12/04/2013

III Congresso Latinoamericano de Enfermagem Oncológica

Local: Centro de Convenções Rebouças - São Paulo-SP

Organização: Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica - SBEO

Informações: http://www.sbeonet.com.br/portal/

11 a 13/04/2013

IV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Emergência

Local: Fecomércio - São Paulo-SP

Organização: Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência - COBEEM

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

30/05 a 02/06/2013

12º Congresso Brasileiro de Saúde da Família e Comunidade

Local: Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia - Belém-PA

Organização: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC

Informações: http://www.sbmfc.org.br/congresso2013/

25 a 29/06/2013

20ª Conferência Mundial de Saúde da Família e Cuidados por Gerações

Local: Praga - República Tcheca

Organização: Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca)

Informações: http://www.wonca2013.com/en/home

24 a 27/07/2013

11º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Centro Cirúrgico

Local: Palácio das Convenções do Anhembi - São Paulo-SP

Organização: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC

Informações: http://www.sobecc.org.br/

12 e 13/12/2012

Seminário Internacional em Pesquisa e Educação em Enfermagem

Local: Salvador-BA

Organização: Universidade Federal da Bahia, grupos de pesquisa EXERCE e NEVE, ABEn - Bahia e COREN-Bahia

Informações: http://www.pgenf.ufba.br/

FÓRUM NACIONAL 30H JÁ

ENFERMAGEM UNIDA POR UM OBJETIVO

Um cuidar mais seguro e de qualidade

Jornada de 30 horas não é privilégio, é segurança no atendimento à população e qualidade de vida ao profissional

essa conquista só será possível com todos

Coren SP

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Unir, participar e avançar

COREN-SP na REDE

O COREN-SP está nas mídias sociais para ouvir, dialogar e passar informações úteis a você profissional

Faça parte dessa rede
Participe!

@corensaopaulo
www.facebook.com/corensaopaulo

Acompanhe