

**Impresso
Especial**

9912168843/2007-DR/SC
Hospital Santa Isabel

///CORREIOS///

Gerenciamento
em saúde e a
busca de
alternativas
para a melhoria
na qualidade
dos serviços
prestados

Profissionais
comprometidos
vislumbrando
satisfação,
qualidade e
reconhecimento
em sua área de
atuação



A ENFERMAGEM

Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor.

Autora da Mensagem "Angélica Tavares"

12 de maio - dia do enfermeiro.
20 de maio - dia nacional dos técnicos e auxiliares de enfermagem.



SINDICATO DOS
EMPREGADOS EM
ESTABELECIMENTOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE
DE BLUMENAU

ENFERMAGEM É A ARTE DE CUIDAR BEM.

Por onde você passa, leva carinho e atenção. Uma dedicação excepcional que pode ser sentida em cada gesto. Sua preocupação é melhorar o dia de cada pessoa que precisa e você faz tudo isso de uma forma natural e espontânea. Cuidar bem já faz parte da sua essência.

É por isso que nós, da Farmácia Cooper, nos inspiramos tanto em você.

Além de um atendimento especial, a Farmácia Cooper oferece todos os benefícios de fazer parte de uma cooperativa.

- **Preços Especiais**
Quem é cooperado tem ainda mais desconto nas suas compras de medicamentos.
- **Cheq Bom**
O prazo do Cheq Bom também é válido para as compras na Farmácia Cooper.
- **Retorno das Sobras**
As compras na Farmácia Cooper também acumulam no Retorno das Sobras.

Farmácia
COOPER Cuidando de você.

TELE-ENTREGA

BLUMENAU: Mafisa: 3338-6167 | Omino: 3325-4000 | Água Verde: 3144-1060 | Garcia: 3309-3131 | INDAIAL: 3394-5300 | RODEIO: 3384-0600

ÍNDICE

ARTIGOS

- 06 CAUSAS DA NÃO DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS DEPOTENCIAIS DOADORESEM MORTE CEREBRAL
10 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE
13 PSICOLOGIA HOSPITALAR & PASTORAL DA SAÚDE: ALIADAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE HOSPITALAR
17 O SERVIÇO DE AUDITORIA CONTRIBUINDO COM O GERENCIAMENTO EM SAÚDE

OPINIÃO

- 21 SEJA NOSSO ALIADO NESTE ANO DE 2013
22 GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS
24 HOSPITAL LUGAR DE INTERDEPENDÊNCIA POR EXCELÊNCIA...

ARTIGOS

- 25 HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UTI: Uma Revisão Bibliográfica.
28 A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO E DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS
31 REVISANDO OS DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UTI
35 A IMPORTÂNCIA DA COMISSÃO DE INFECÇÃO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

NOTÍCIAS

- 41 QUEM SOMOS... ONDE ESTAMOS!
42 GESTÃO EM FOCO
42 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

42 ESTRATÉGIA DE GESTÃO QUE DEU CERTO!
43 FACES



“Consciência profissional e a Enfermagem no cuidado com a Vida”, foi o tema escolhido para representar a 74ª Semana Brasileira de Enfermagem, vindo ao encontro das expectativas da enfermagem do Hospital Santa Isabel. Profissionais que buscam, criam, aprendem e crescem, assim é a enfermagem que idealizamos para nossa instituição.

Compondo 56% do corpo de colaboradores do Hospital Santa Isabel, a equipe de enfermagem atua direta e indiretamente no cuidado. Descrita por Florence Nightingale como uma arte, o cuidar necessita de preparo, devoção, perseverança e amor.

Assim como a Divina Providência, a Enfermagem tem em seus valores, o respeito e a valorização da vida, acreditando que as pessoas são capazes de transformar o mundo e as condições desumanas hoje existentes.

Neste contexto de mudanças, devemos situar as novas perspectivas da enfermagem, buscando alternativas baseadas em evidências, atingindo melhores resultados e mantendo sua valorização. A enfermagem que idealizamos, é uma enfermagem humanizadora e cientificamente desenvolvida, no entanto, capaz de manter viva a sua essência, seus valores, moral e ética, atrelados ao respeito com o ser humano em todas as etapas de sua existência, de forma holística.

Ancorados neste aprender e desenvolver acreditamos no diferencial da enfermagem enquanto profissão.

Enª Márcia Regina Fidaúza
Diretora de Enfermagem



Agradecimento:

A Enfermeira Juciane Rosa Gaio Fratini (Conselho Editorial) pela dedicação, empenho e principalmente por tornar este sonho possível!

Expediente

Diretora Geral
Irmã Analuzia Schmitz

Diretor Administrativo e Financeiro
Wilson Alberti Santin

Diretora de Hotelaria Hospitalar
Maria Luiza Sônego

Diretora de Enfermagem
Márcia Regina Fidaúza

Diretor Técnico
Rodrigo Duarte Perez

Diretor Clínico
Walter Roque Teixeira

Diretor de Desenvolvimento
Solveig Davi Marchi

Assessora de Comunicação
Leticia da Silva Venera

Projeto Gráfico / Design
Goal Estúdio Criativo
Blumenau | Santa Catarina
Tel. (47) 3209.4844
www.agenciagoal.com.br

Conselho Editorial
Juciane Rosa Gaio Fratini,
Márcia Regina Fidaúza
e Leticia da Silva Venera

Fotos
Leticia da Silva Venera
Componentes da Comissão Científica de
Enfermagem.

Revisão
Juciane Rosa Gaio Fratini e
Leticia da Silva Venera

Orientação Científica
Juciane Rosa Gaio Fratini

Impressão
Gráfica e Editora 3 de Maio Ltda
Rua Bahia, 8945 | Salto Weissbach
Blumenau | SC | 89032-002
Tel. (47) 3328.3333
www.3demaio.com.br

Hospital Santa Isabel
Rua Floriano Peixoto, 300
89010-906 | Centro | Blumenau | SC | Brasil
www.santaisabel.com.br
comunicacao@santaisabel.com.br
Tel. (47) 3321.1000
Tel. (47) 3321.1001

www.olimed.com.br

Materiais hospitalares e odontológicos

Visite nossa loja na Via Expressa, acesso à Ponte do Tamarindo



Solução Nacional com Qualidade Internacional

www.colauquimica.com





Charlene Verusa da Silva dos Santos*

*Enfermeira membro da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) desde 2007 - Certificada pela CNCDO/SC (Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina). Especialista em MBA em Gestão Hospitalar - UNIVEL

CAUSAS DA NÃO DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS DE POTENCIAIS DOADORES EM MORTE CEREBRAL

No Brasil, segundo o Sistema Nacional de Transplantes, a taxa de doadores efetivos por milhão de população (pmp) em 2012 foi de 12,6. Santa Catarina, com 26,4 doadores efetivos pmp, é destaque como o estado brasileiro que mais capta órgãos e tecidos para transplante. O número de doações foi crescente, porém a fila de espera de pessoas que necessitam de um órgão transplantado também aumentou¹.

A principal disponibilização de órgãos e tecidos para transplante é o do paciente em morte encefálica (ME). Nesta situação, a função cardiorrespiratória é mantida através de aparelhos e medicações, enquanto a família é abordada e a logística do processo de doação se desenvolve até que ocorra a captação, se viável².

Depois de cuidadosa avaliação clínica e laboratorial do paciente em ME, e não se identificando contra indicações que representem riscos aos receptores, define-se o mesmo como potencial doador. Durante todo o processo, a manutenção do potencial doador deve buscar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização. Tão logo seja possível e, após a comunicação à família da morte do paciente, deve ocorrer à entrevista familiar por profissionais capacitados, em busca do consentimento à doação. Caso haja concordância familiar, o profissional responsável pelo processo e a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) correspondente consideram os demais fatores para a efetivação do potencial doador, implementando logística predefinida para captação dos órgãos e tecidos pré-selecionados.³

A identificação de potenciais doadores é o primeiro passo de todo o processo e provavelmente aquele que traz maior impacto no número final de doadores de órgãos, uma vez que o baixo número de notificações é a principal causa da limitada taxa de doadores e de transplantes no Brasil. Para a identificação desses potenciais doadores, é fundamental a participação do Coordenador da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e/ou do Coordenador da Organização de Procura de Órgãos (OPO). O registro de mortes encefálicas é o instrumento mais importante para avaliar a taxa existente de potenciais doadores. Os dados do registro devem ser coletados prospectivamente, mas controlados retrospectivamente, para adquirir maior confiabilidade⁴.

A fase de entrevista familiar é determinante para a efetivação do potencial doador e extremamente dependente de fatores como: predisposição à doação, qualidade do atendimento hospitalar recebido, habilidade e conhecimento do entrevistador. Algumas estratégias utilizadas são o conhecimento prévio das circunstâncias que envolveram a morte do potencial doador, identificar a melhor pessoa para oferecer a opção da doação, além de um ambiente tranquilo e confortável para a conversa⁵.

Ante o exposto, realizou-se uma pesquisa para determinar as principais causas da não doação de órgãos e os principais motivos de recusa por parte da família do potencial doador em hospital de referência do Estado de Santa Catarina.

O estudo foi caracterizado como descritivo. A população estudada é constituída por todo o indivíduo identificado como potencial doador de múltiplos órgãos em diagnóstico de Morte Encefálica em uma instituição hospitalar considerada a maior notificadora de ME do Estado de Santa Catarina no ano de 2012.⁶

Potencial doador é todo paciente no qual há suspeita do diagnóstico de ME e foi iniciado o protocolo para confirmação da mesma, segundo critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução CFM 1480/97.

Foram incluídos os potenciais doadores identificados e devidamente registrados junto a CIHDOTT deste hospital, no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2012.

A partir do banco de dados da CIHDOTT, foram obtidas as variáveis: número de óbitos, número de famílias entrevistadas, número de famílias não entrevistadas, motivo de recusa familiar.

Quanto às famílias não entrevistadas, foram discriminadas suas causas dentro dos seguintes grupos: contra indicação médica (CIM) e Parada Cárdio Respiratória (PCR) antes do término do protocolo de ME. Quanto à recusa familiar, suas justificativas foram avaliadas dentro dos seguintes grupos: desejam o corpo íntegro, potencial doador contrário a doação, questões religiosas e indecisão familiar.

Quadro 1 - Entrevista familiar para doação de órgãos

Entrevistas familiares	Nº	%
Famílias Entrevistadas	52	82,53
Famílias Não Entrevistadas	11	17,46
TOTAL	63	100

Fonte: Banco de dados CIHDOTT - hospital pesquisado, 2012.

Quadro 2 - Decisão familiar quanto à doação de órgãos.

Resposta da família	Nº	%
Recusa familiar	21	40,38
Aceitação familiar	31	59,61
TOTAL	52	100

Fonte: Banco de dados CIHDOTT - hospital pesquisado, 2012.

Quadro 3 - Causas de recusa familiar para doação de órgãos

Motivo da recusa	Nº	%
Desejam o corpo íntegro	2	9,52
Potencial doador contrário	12	57,14
Questões religiosas	1	4,76
Indecisão familiar	6	28,57
TOTAL	21	100

Fonte: Banco de dados CIHDOTT - hospital pesquisado, 2012.

Quadro 4. Motivos para não entrevista da família para doação de órgãos

Motivo da NÃO entrevista	Nº	%
Parada cardíaca antes de término do protocolo de ME.	5	45,45
Contraindicação médica	6	54,54
TOTAL	21	100

Fonte: Banco de dados CIHDOTT - hospital pesquisado, 2012.

A análise dos dados referentes à CIHDOTT do Hospital permite uma idéia geral do perfil das causas de não abordagem familiar e de recusa familiar. Apesar de não representarem a realidade de todas as CIHDOTTs do estado, permite maior aprofundamento na busca dos problemas enfrentados de forma regional.

Quanto ao número de famílias de potenciais doadores que não foram abordadas, estas constituíram 17,46% do total. O principal motivo de não abordagem foi contra indicação médica (CIM) (54,54%), situação que, como já foi discutido, constitui um critério de exclusão do potencial doador,



Charlene Verusa da Silva dos Santos*

*Enfermeira membro da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) desde 2007 - Certificada pela CNCDO/SC (Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina). Especialista em MBA em Gestão Hospitalar - UNIVEL



Charlene Verusa da Silva dos Santos*

*Enfermeira membro da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) desde 2007 - Certificada pela CNCDO/SC (Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina). Especialista em MBA em Gestão Hospitalar - UNIVEL

sendo um importante fator de não conversão dos mesmos em doadores efetivos⁷.

Outro impeditivo para a doação de múltiplos órgãos foi a PCR irreversível antes do término do protocolo de ME, em 45,45% dos casos. A chance dos órgãos de um indivíduo ser utilizado para transplantes depende muito da atitude que prevalece no setor de críticos em que esse paciente está sendo tratado e da vontade dessa equipe em dispensar esforços com o cuidado do paciente. Estima-se que cerca de 1/4 dos potenciais doadores de órgãos são perdidos por falha na manutenção do potencial doador⁸. Como o cuidado de um paciente em ME requer grande esforço por parte das equipes de saúde (devido às acentuadas alterações fisiológicas que ocorrem com a perda do controle central), alguns pacientes não são comunicados às equipes da CIHDOTT.

Em relação às famílias abordadas, houve um índice de recusa de 40,38%. Este dado demonstra o quanto o cenário de transplante de órgãos pode ser modificado apenas com a abordagem adequada da família. No estudo realizado por Moraes e Massarollo⁹, a entrevista familiar para doação de órgãos, deve ser realizada proporcionando ambiente privado e calmo na solicitação da doação, e o entrevistador deve buscar entender as necessidades da família no momento de aflição. Podemos ainda citar que a entrevista é um dos momentos mais estressantes no processo, sendo necessário, portanto preparo e habilidade adequados por parte do entrevistador⁴.

Dentre os motivos da recusa, a justificativa "desejam o corpo íntegro" foi responsável por 9% do total. O apego ao corpo, sua integridade e o medo de sua violação é um fator sociocultural que mostra a falta de informação da população⁴. O luto e o funeral demonstram o respeito ao falecido. O ato de retirada de órgãos pode intensificar o sofrimento da família, principalmente associado à falta de esclarecimento familiar aos procedimentos que serão realizados, uma vez que isso se relaciona com o medo de mutilação do corpo do familiar¹⁰. Este é um problema que deve ser contornado com a educação da população e esclarecimento devido por parte do entrevistador dos procedimentos que serão feitos com o doador, e o corpo será devolvido à família para sepultamento em condições dignas, conforme previsto na lei 9.434/97⁴.

A indecisão familiar foi responsável por 28,57% das recusas. O termo "indecisão familiar" é muito amplo e pode incluir diferentes aspectos. Um dos fatores que pode implicar com esta causa diz respeito ao desconhecimento do desejo em vida do potencial doador. Em estudo realizado na cidade de Porto Alegre - RS, foi observado que o desconhecimento da vontade do potencial doador foi responsável por 48% das recusas familiares¹¹. Outro estudo afirma que o desconhecimento do desejo do familiar sobre doação de órgãos é uma das principais razões utilizadas pelas famílias que se recusam a doar¹². Um estudo realizado em Pelotas - RS avaliou uma amostra de 3159 adultos através de questionário 11. Foi demonstrado que 80,1% permitiriam a doação de órgãos de um familiar, se houvesse manifestado em vida o desejo de ser doador. Em contrapartida, apenas um terço dos entrevistados autorizaria a doação sem uma discussão prévia com a família.

A questão religiosidade foi responsável por 4,76%. Nenhuma religião proíbe formalmente a doação ou recebimento de órgãos, nem é contra o transplante de doadores falecidos ou vivos. Este parece ser um fator mais relacionado a causas socioculturais do que as religiões propriamente ditas⁴.

Por fim, o maior índice relacionado a recusa familiar foi a alegação de que o paciente era contrário a doação em vida, em 57,14% dos casos. Este é um problema que deve ser abordado por meio de educação, esclarecendo a importância do transplante para a população, uma vez que este pode ser a última esperança de sobrevivência para muitas pessoas com doenças em estágio terminal¹¹.

Esta pesquisa permitiu conhecer os motivos da não doação de órgãos de potenciais doadores em ME. Onde, evidenciou-se que as famílias, em sua maioria, negam a doação de órgãos quando o falecido relata ser contrário à doação em vida, assim as famílias preferem "fazer o desejo" do antes potencial doador e negam a captação de órgãos, mesmo que estes tenham tido um bom esclarecimento sobre a morte cerebral, ficando muitas vezes o entrevistador sem argumentos para esclarecer a importância da doação. Talvez a negativa em vida deste potencial doador tenha sido a falta de esclarecimento sobre o tema: doação de órgãos.

Considerando depender a doação exclusivamente da autorização familiar, fica evidente a necessidade de ampliarmos o debate sobre o tema, realizar campanhas para conscientizar e estimular a população a expressar o seu desejo, frente à importância social que representa a doação de órgãos, acredita-se que essas estratégias poderão contribuir para o aumento das doações, oportunizando um crescimento no número de transplantes e a sobrevivência de milhares de pacientes que aguardam esperanças em lista.

Palavras Chave: Morte encefálica. Doação de órgãos. Transplante de órgãos.

Referências:

1. Doação de Órgãos durante o ano de 2012. Reg. Bras. de Transpl. , 6-7.
2. Magalhães, E.G. (2009). Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico. Rev. Med. Minas Gerais , 227.
3. Fregonesi, G. M. (2009). Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da. ABTO- Associação Bras. de Transp. de Órgãos , 19-28
4. Conceição, M.P.S. (14 de março de 2012). Análise dos motivos para não doação de órgãos em hospital na Amazônia. Jornal Bras. Neurocirurgia , pp. 118-122.
5. Duarte, P. S. (2010). Atitudes do público brasileiro com relação a doação e. Jornal Bras. de Transp. , 1-11.
6. Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos de Santa Catarina. (2012). Notificação de Morte Encefálica x Doação por Estabelecimento. Florianópolis: SES-SC.
7. Fregonesi G. M. (2010). O processo de doação em transplante. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brasileira de transplante de órgãos. , 19-28.
8. Vieira M.L.S. (1993). Estudo da necessidade de transplante de órgãos no Brasil e a disponibilidade de doadores [Dissertação]. Escola Paulista de Med.
9. Moraes E.L (2006). Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990 a 2004. Jornal Bras. de Transp. , 98-112.
10. Roza B.A. (2010). Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paul Enferm. , 22-23.
11. Dalbem G.G. (2011). Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto & contexto Enferm. 19-20.
12. Rech T.H. (2007). Entrevista familiar e consentimento. Revista Bras. de Terap. Intens. , 85-88.



Charlene Verusa da Silva dos Santos*

*Enfermeira membro da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) desde 2007 - Certificada pela CNCDO/SC (Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina). Especialista em MBA em Gestão Hospitalar - UNIVEL

Referência em alta complexidade, o hospital que é pioneiro em transplantes em Santa Catarina e conquistou o reconhecimento nacional.

Ciência e carinho dedicados à vida
www.santaisabel.com.br

SOCIEDADE DIVINA PROVIDÊNCIA
HOSPITAL SANTA ISABEL
Ciência e carinho dedicados à vida



Adilamar Medeiros Nunes*
Rosana Liotto Pitz**
Thyara Becker***

*Enfermeira Especialista em
Administração dos Serviços de
Enfermagem
** Enfermeira Especialista em
Gestão Hospitalar e Saúde do Adulto
***Enfermeira da Educação
Permanente

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

De acordo com o dicionário educação “É o ato ou processo de educar- se, qualquer estágio desse processo; aplicação dos métodos próprios para assegurar a formação e o desenvolvimento físico, intelectual [...], o conjunto desses métodos; pedagogia, didática, ensino, instrução”⁴.

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação⁶.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura – UNESCO, na década de setenta, conceituou educação permanente a partir do princípio de que “o homem se educa a vida inteira, atentando para o seu desenvolvimento pessoal e profissional”³.

A educação permanente pode ser definida como um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como finalidade a análise e aprimoramento da capacitação de pessoas/grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, e atender as necessidades sociais bem como atingir os objetivos e metas da instituição a que pertencem⁸.

Na instituição em estudo são desenvolvidas tanto ações de educação permanente como ações de educação em serviço, que pode ser classificada como uma unidade desenvolvida por meio de programas, que orienta os profissionais, de acordo com os objetivos da instituição⁷.

A educação em serviço é considerada como uma capacitação da pessoa para o trabalho específico, portanto, como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho, voltada para uma instituição em particular⁵.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem refere-se à educação, no capítulo dos direitos e das responsabilidades dos profissionais. Assim, “o profissional tem o direito de atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, mas tem uma recíproca responsabilidade de manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão”².

Já o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta o exercício da enfermagem especifica claramente que ao enfermeiro compete, como integrante da equipe de saúde, a “participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada”. Sendo assim, além do direito e dever ético de manter-se atualizado, o enfermeiro, independentemente da função que exerce, tem a obrigação legal de ser facilitador do processo educativo, para os demais membros da equipe de enfermagem¹.

O presente trabalho objetiva esclarecer os conceitos de educação permanente e educação em serviço e relatar a realidade destas atividades desenvolvidas por enfermeiras dentro de um hospital de alta complexidade.

Trata-se de um relato de caso baseado na experiência vivenciada por enfermeiras que atuam na educação permanente/educação em serviço em um hospital de alta complexidade no período de 2010 a 2013.

A instituição hospitalar em estudo, se caracteriza pela liderança nos serviços de alta complexidade em Santa Catarina, é referencia em atendimentos de neurocirurgia, neurologia

intervencionista, cardiologia intervencionista, cirurgia cardíaca e transplantes. Possui hoje 260 leitos que contam com aproximadamente 938 colaboradores, na qual a equipe de enfermagem representa aproximadamente 56% do quadro funcional dos colaboradores da instituição. Sua missão é oferecer serviços de excelência em saúde, com ética, direcionados a promoção da vida, buscando sempre inovação e aperfeiçoamento, vindo diretamente ao encontro dos objetivos do trabalho da educação permanente dentro da instituição.

A educação permanente para a enfermagem nesta instituição teve início no ano de 2010 com a participação de uma enfermeira que trabalhava principalmente com capacitações relacionadas ao sistema de informação implantado no Hospital.

Em 2011, com o aumento do grau de complexidade e conseqüentemente do quadro de colaboradores, constatou-se a necessidade de contratar mais uma enfermeira para capacitar tecnicamente à equipe de enfermagem. Foi então que a educação permanente passou a contar duas enfermeiras no quadro.

Em 2012 o serviço de educação permanente assumiu uma nova tarefa, educar os colaboradores em relação as não conformidades registradas nos prontuários pela equipe de enfermagem, e com isso aumentou o quadro para uma terceira enfermeira, e um auxiliar administrativo. Este trabalho é realizado através do levantamento das inconformidades realizado pela auditoria do hospital, que encaminha os prontuários ao serviço de educação permanente. No setor estes dados são levantados e registrados no sistema de informação da instituição, e através de palestras e educação in loco estas inconformidades são trabalhadas com o intuito de redimi-las.

Atualmente a educação permanente conta com quadro de 01 enfermeira coordenadora de 9 horas diárias, e três enfermeiras de 06 horas, sendo uma enfermeira responsável por capacitações relacionadas ao sistema de informação, bem como, capacitar e integrar os médicos as rotinas de TI implantado no Hospital, outra pelo gerenciamento de tecnologias de enfermagem e as outras duas responsáveis pelo desenvolvimento técnico dos colaboradores.

Entre as principais atividades desenvolvidas pela educação permanente, destacam-se: capacitações com novos colaboradores da enfermagem e acompanhamento dos mesmos na prática nas unidades de internação, implantação de novas funções do sistema tasy e capacitações das funções existentes para colaboradores antigos e novos, incluindo médicos do corpo clínico e contratados, gestão de risco com a implantação de mecanismos de identificação de riscos como queda, alergia, infecções e outros, criação e revisão de protocolos em conjunto com coordenadores médicas de cada serviço. Auditoria de qualidade nas unidades verificando a qualidade da assistência em todas as etapas do cuidado através de visitas presenciais utilizando instrumento elaborado para levantamento de dados.

Agregando estas atividades, a educação permanente desenvolve e aplica capacitações relacionadas a eventos adversos ocorridos durante a prestação do cuidado ao paciente, baseados no registro de eventos realizados no sistema de informações da instituição e ou relatos dos profissionais que vivenciam estas situações no seu dia a dia. Desenvolve-se ainda material educativo tipo folder e manuais distribuídos aos colaboradores para que possam ter embasamento e aprofundar seus estudos.

Para realizar nossos trabalhos contamos com uma estrutura física com disponibilidade de salas de treinamentos equipadas com multimídia e computadores que nos oferecem acesso à internet e ao sistema de informação do hospital, sendo desta forma um ponto facilitador no cumprimento de nossas atividades.

Outro ponto facilitador para a educação permanente é o apoio, reconhecimento e colaboração dos coordenadores dos setores e da diretoria de enfermagem, que nos impulsiona a desenvolver e propagar nosso trabalho alicerçando e destacando as atividades e conseqüentemente a equipe de enfermagem.

Como pontos dificultadores podemos citar a falta de adesão de alguns colaboradores quando precisam ser envolvidos em algumas atividades, pois os mesmos possuem mais de um vínculo empregatício não tendo disponibilidade de assistir palestras após sua jornada de trabalho. A alta ocupação hospitalar também pode dificultar a participação, pois torna inviável aos coordenadores a liberação dos seus colaboradores no horário de trabalho. Para atender esta demanda, são realizados acompanhamento e treinamento in loco baseado no levantamento das dúvidas e falhas mais recorrentes. Os enfermeiros enquanto gestores e líderes de suas equipes podem contribuir e devem incentivar seus colaboradores a buscarem aperfeiçoamento contínuo, vista este ser um dos valores



Adilamar Medeiros Nunes*
Rosana Liotto Pitz**
Thyara Becker***

*Enfermeira Especialista em
Administração dos Serviços de
Enfermagem
** Enfermeira Especialista em
Gestão Hospitalar e Saúde do Adulto
***Enfermeira da Educação
Permanente



Adilamar Medeiros Nunes*
Rosana Liotto Pitz**
Thyara Becker***

*Enfermeira Especialista em
Administração dos Serviços de
Enfermagem
** Enfermeira Especialista em Gestão
Hospitalar e Saúde do Adulto
***Enfermeira da Educação Permanente

da instituição.

Com relação a educação permanente, pode-se defini-la como um processo educativo que se desenvolve durante toda a vida do profissional, por meio das relações pessoais, profissionais e sociais, assumidas como compromisso pessoal, e pelo desenvolvimento da capacidade de aprender sempre para transformar-se e transformar o ambiente em que ele atua. Com esse entendimento, consideramos que, para a enfermagem, a educação permanente tem íntima relação com a construção de conhecimentos e atualização, que são componentes necessários para garantir a identidade, tanto do profissional quanto da sua própria profissão.

Precisam-se quebrar paradigmas que impeçam o esforço dos profissionais em buscar mudanças, pois as instituições hoje, buscam uma equipe de enfermagem flexível que se adapta a novos desafios sem maiores dificuldades. O processo de mudança é complexo, acontece devido influência do convívio do profissional, com o grupo, com o ambiente e a instituição. O primeiro passo para se caminhar em direção à mudança é acreditar que ela é possível, gradativa, e requer perseverança por parte do próprio profissional. Ao buscar um processo de mudança, entende-se que a educação permanente com suas ações possibilita tal mudança, uma vez que ela é compreendida como a constante busca pessoal pelo conhecimento.

O mercado de trabalho atual está cada vez mais competitivo, exigindo sempre mais dos profissionais que sejam atuantes, proativos e capacitados, e para isso não basta ter habilidade técnica, mas, também, capacidade de aprender a querer buscar mais conhecimento.

Compreende-se que a educação permanente deve ser uma atividade a ser desenvolvida na formação do sujeito, e como tal, deve determinar o aprimoramento pessoal e profissional para que o mesmo possa atuar frente aos avanços tecnológicos e as exigências do mercado de trabalho.

De maneira geral acreditamos que um hospital de alta complexidade, que busca ser reconhecido como o melhor do Estado, tendo como característica atendimentos diferenciados, bem como patologias e procedimentos complexos, precisa manter constante atualização de seus colaboradores.

Desta forma a educação permanente e a educação em serviço hoje são fundamentais para melhorar o desenvolvimento e o crescimento dos profissionais de enfermagem no seu ambiente de trabalho, e a instituição que investe no seu colaborador obtêm uma melhora significativa na qualidade da assistência prestada aos seus clientes.

Palavras Chave: Educação permanente. Educação em serviço. Enfermagem.

Referências:

1. BRASIL. Decreto 94.406, de 08/06/1987. Regulamentação da Lei do Exercício Profissional n. 7498/86, de 26 de junho de 1986.
2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução 160/93. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 1993.
3. DELORS J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez/ MEC/UNESCO; 1999.
4. HOUAIS A. Dicionário Houais da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. Educação; p.1100.
5. KURCGANT P. Educação continuada: caminho para a qualidade. Rev Paul Enferm. 1993; 12(2): 66-71.
6. MORIN E. La méthode 3: la connaissance de la connaissance. Paris: Seuil; 1990.
7. NUÑEZ RS; Luckesi MAV. Educação em serviço: fator de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1980; 33(1):54-80.
8. SILVA LAA, Saupe R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(2):478-84. (12) Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

PSICOLOGIA HOSPITALAR & PASTORAL DA SAÚDE: Aliadas e Complementares no Ambiente Hospitalar



Rafael Gustavo
de Liz*

*Psicólogo Pós Graduando em Psicologia
Hospitalar e da Saúde

O trabalho da Psicologia Hospitalar tem conquistado espaço na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas vinculadas a instituições hospitalares, envolvendo ações preventivas, educativas e intervenções tendo revelado oportunidade de influência na contribuição para a saúde do paciente, familiares e colaboradores do Hospital. Entretanto, essa prática ainda está sendo construída, pois somente a partir do final do século XX (no Brasil a partir da década de 60) que psicólogos começaram a trabalhar em hospitais¹. O trabalho da Pastoral da Saúde é buscar alternativas e soluções para problemas, por meio do resgate, da socialização e sistematização da espiritualidade, com a prática de concepção de saúde que complementa a biomédica. Compreende-se que Psicologia Hospitalar e Pastoral da Saúde encontram no mesmo paciente a possibilidade de um trabalho complementar. O princípio norteador do trabalho é o mesmo: servir ao paciente².

Diante desta constatação objetiva-se apresentar uma compreensão do fenômeno da Espiritualidade em relação aos cuidados da Psicologia no âmbito hospitalar, com o intuito de proporcionar assistência e cuidado humanizado, com o propósito de viabilizar assistência hospitalar ao paciente e aos colaboradores como seres “bio-psico-sócio-espiritual”.

Este estudo é classificado como exploratório, que tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade do tema, com vista a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses². Visa aprimorar ideias e descobrir novas facetas da realidade investigada, consta ainda uma revisão bibliográfica da compreensão do fenômeno da Espiritualidade em relação à Saúde, além de relato de experiência do Serviço de Psicologia Hospitalar de um Hospital geral de grande porte situado no Vale do Itajaí.

Observa-se que ao longo da formação da sociedade humana, o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças tem sua organização estreitamente ligada às práticas espirituais.

Com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica buscou-se orientar e explicar o processo de adoecimento e cura de forma desvinculada da espiritualidade. No entanto, a partir do final do século XX, o tema da correlação entre a espiritualidade com os níveis de saúde da população, passou a merecer amplo interesse de pesquisadores de várias instituições acadêmicas e hospitalares.

Com o aparecimento, principalmente nos Estados Unidos, de vários estudos médicos quantitativos que pesquisaram a associação entre a espiritualidade e as condições de saúde e recuperação de doenças, o assunto passou a merecer o reconhecimento de setores acadêmicos importantes das ciências da saúde³. Estes estudos quantitativos, realizados a partir de métodos epidemiológicos, foram importantes para dar legitimidade aos estudos qualitativos que também se expandiram.

A maioria dos psicólogos concorda intelectualmente que o homem é um ser completo e integral, mas na prática dificilmente esse requisito é respeitado. A tendência é pensar em necessidades físicas e nas necessidades psicossociais, alguns incluem a categoria necessidades espirituais. Todavia, o cuidado físico geralmente recebe prioridade⁴. Entretanto, fatores ligados à espiritualidade para indivíduos hospitalizados são de fundamental importância por se apresentar como fenômeno vital e singular na vida do ser humano, especialmente num país em que grande parte da população expressa alguma modalidade de fé em Deus ou crença numa dimensão transcendente. Assim, constatamos que a religião e a espiritualidade ocupam um importante espaço na vida das pessoas. Negligenciar a presença da religião e dos aspectos espirituais do sujeito, quando o mesmo encontra-se hospitalizado, fará o processo de hospitalização ainda mais sofrido para esse sujeito doente⁵, pois o próprio processo de hospitalização é um momento delicado por gerar no indivíduo, um enorme desconforto devido à perda de suas referências, seu cotidiano e ausência de pessoas próximas. O sujeito em uma situação



Rafael Gustavo
de Liz*

*Psicólogo Pós Graduando em Psicologia Hospitalar e da Saúde

de vida autônoma passará para a de paciente, tanto no que concerne o sentido psicológico, como também o orgânico. Fica difícil para o paciente lidar com esta situação, onde ele encontra-se longe de seus familiares e submisso às limitações que o novo ambiente exige⁶.

O principal propósito de uma instituição hospitalar é o do cuidado ao paciente. O trabalho envolvendo a espiritualidade nos hospitais existe desde os tempos primórdios, ou seja, a visão de homem como ser biopsicossocial e espiritual que foi amplamente defendida pelos autores da psicologia, da sociologia e da antropologia. A integração e a coordenação das atividades de cuidado ao paciente são objetos que resultam em processos eficazes de recursos humanos e de outras naturezas, além de melhorar o prognóstico do paciente. É da instituição a responsabilidade de criação de um processo que responda às solicitações do paciente e sua família, relativas a serviços pastorais, ou pedidos similares, relacionados às crenças espirituais e religiosas dos pacientes. Numa sociedade laica como a brasileira, fatores ligados à espiritualidade deverão ser encarados como prática de cuidado e humanização pelos hospitais e seus profissionais⁷. Sendo assim, tanto os serviços de Psicologia Hospitalar quanto os serviços que envolvem os cuidados espirituais aos pacientes ficam em evidência no contexto dos cuidados hospitalares. Diante desta verificação, caracterizar a importância da sensibilidade das questões de ordem espiritual para os pacientes passa a ser responsabilidade dos hospitais, que tem a obrigação de buscar alternativas que favoreçam a leveza e o acolhimento.

Através da experiência prática, a Psicologia Hospitalar além de oferecer assistência psicológica a seus usuários, procura trabalhar em conjunto com a Pastoral da Saúde ao incluir a avaliação das necessidades espirituais juntamente com a avaliação das necessidades psicossociais e biológicas dos pacientes. No que se refere à assistência aos colaboradores o hospital criou o Programa Acolher. Desenvolvido por Psicólogos, Enfermeiras, Assistentes Sociais e Pastoral da Saúde. O Programa Acolher surge como proposta a criação de grupos setoriais nas diversas unidades hospitalares, com a realização de atividades que visam garantir o acesso ao desenvolvimento da espiritualidade, fortalecendo o relacionamento interpessoal, motivacional e o acolhimento das demandas psicológicas, espirituais e sociais dos colaboradores.

A seguir apresentamos uma tabela de atividades que são exercidas tanto pela Psicologia Hospitalar quanto pela Pastoral da Saúde.

Quadro 1 - Atividades complementares desenvolvidas pela Pastoral da Saúde e Psicologia Hospitalar aos pacientes e familiares

ATUAÇÃO FRENTE AOS PACIENTES HOSPITALIZADOS:
Visitar sistematicamente pacientes hospitalizados;
Acompanhar (quando solicitados) visitas de familiares nas Unidades de Terapias Intensivas;
Perceber e atender as necessidades emocionais do paciente;
Contribuir com o paciente na descoberta e potencialização de seus próprios recursos para seu restabelecimento integral;
Ajudar o paciente a lidar com os sentimentos despertados durante a hospitalização e o confronto com sua enfermidade e vulnerabilidade;
Auxiliar familiares a lidar com sua ansiedade e sentimento de impotência diante da enfermidade e sofrimento de seus queridos;
Acompanhar pacientes fora de possibilidades terapêuticas e seus familiares;
Providenciar literatura apropriada para pacientes e familiares;
Prestar atendimento à pacientes que tiveram altas e retornaram para aconselhamento;
Resgatar o bem-estar do paciente através da solução, por ele próprio, de suas dificuldades;
Proporcionar o bem-estar do aconselhando em todos os níveis.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2012.



Rafael Gustavo
de Liz*

*Psicólogo Pós Graduando em Psicologia Hospitalar e da Saúde

Como podemos observar, há comprovação de que a Pastoral da Saúde no seu trabalho prático está no atendimento espiritual em consonância e até mesmo em nível de apoio ao trabalho da equipe de Psicologia Hospitalar. O trabalho da Pastoral da Saúde alcança os familiares dos pacientes de forma muito intensa e contribui nos processos de recuperação da saúde e enfrentamento da doença, proporcionando assim, uma assistência "bio-psico-sócio-espiritual", segundo o que preconiza a Organização Mundial da Saúde - OMS. Visa, pois, em primeiro lugar o cuidado espiritual para com o paciente, mas estende-se também a seus familiares e todos que de uma ou de outra forma se relacionam com ele, equipe assistencial, profissionais da saúde e administrativos. A exemplo da Psicologia Hospitalar, a forma de assistência através da Pastoral da Saúde tem-se revelado como oportunidade de influência tanto na contribuição para a saúde do paciente, quanto para o auxílio às instituições hospitalares onde atua.

Devido ao grande número de atividades realizadas por muitos profissionais do âmbito hospitalar, em suas tarefas específicas pouco resta de tempo para o profissional se dedicar as questões de ordem espiritual. Todavia, a atuação da Pastoral da Saúde e da Psicologia Hospitalar, em programas de assistência ao colaborador visa o desenvolvimento humano.

A seguir apresentamos uma tabela de atividades que são desempenhadas no ambiente hospitalar, tanto pela Psicologia quanto pela Pastoral da Saúde, dando sentido de complementaridade e integralidade.

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pela Pastoral da Saúde junto aos colaboradores do Hospital

ATIVIDADES REALIZADAS COM OS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL
Estar à disposição dos profissionais da saúde com o propósito de "cuidar dos cuidadores";
Contribuir com o colaborador na descoberta e potencialização de seus próprios recursos para seu restabelecimento integral;
Promover e participar de reuniões da equipe multidisciplinar e interdisciplinar;
Realizar reunião de estudo e orientação com os colaboradores da instituição;
Promover palestras e seminários;
Prestar atendimento aos colaboradores do hospital;
Juntamente com a equipe criar critérios para avaliar a resolutividade, a aplicabilidade, a pertinência e o grau de satisfação dos colaboradores do hospital;
Providenciar literatura apropriada para pacientes e familiares;
Prestar atendimento à pacientes que tiveram altas e retornaram para aconselhamento;
Resgatar o bem-estar do paciente através da solução, por ele próprio, de suas dificuldades;
Proporcionar o bem-estar do aconselhando em todos os níveis.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2012.

A partir do quadro apresentado constata-se que o ser humano deve ser compreendido em sua totalidade, e que seus aspectos espirituais devem ser considerados, para que ele seja respeitado em sua singularidade, bem como em suas crenças e valores. Cabe destacar que o enfrentamento espiritual pode apresentar-se como elemento que contribui na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade e na busca de significado para sua atual situação.

Neste contexto, se for desejo do Psicólogo ou de qualquer outro profissional inserido no hospital, prestar um atendimento qualificado abrangendo integralmente o ser humano, será fundamental considerar a dimensão espiritual e oferecer recursos necessários para que seja possível a realização de momentos de reflexão.

O enfrentamento espiritual configura-se em estratégias cognitivas ou comportamentais que utiliza a espiritualidade para enfrentar eventos estressores, tais como o período de hospitalização e o desafio constante do cuidado humanizado. Sendo assim, favorecer a integralidade, a humanização e a complementaridade implica em fazer com que o atendimento seja amplo e desfragmentado. O cumprimento deste princípio pode contribuir para garantir a qualidade e a resolutividade da atenção



Rafael Gustavo
de Liz*

*Psicólogo Pós Graduando em Psicologia Hospitalar e da Saúde

à saúde, dotando-se de diversas fases da atenção, de cuidado e de relação de acolhimento entre profissional de saúde e paciente, tornando a hospitalização mais humana. A partir deste estudo, criam-se também possibilidades para novas pesquisas que apontem para a necessidade de capacitação de profissionais preparados para lidar com temas como a espiritualidade no contexto hospitalar. Futuras pesquisas na área da psicologia são necessárias para se definir o exato papel da espiritualidade na prevalência, impacto e tratamento de pacientes hospitalizados. Novos avanços devem decorrer do aprofundamento dessas investigações clínico-científicas e da aplicação da espiritualidade na prática hospitalar. Cabe a Psicologia enquanto Ciência e Profissão ampliar seu olhar diante dessa demanda rica em desafios e possibilidades, para oferecer o cuidado mais adequado em um ambiente onde seja possível apoiar e responder às necessidades específicas de cada paciente e cada colaborador, com um alto nível de planejamento e coordenação, ciente que no Brasil a religião e a espiritualidade ocupam um importante espaço na vida das pessoas.

Palavras Chave: Educação permanente. Educação em serviço. Enfermagem.

Referências:

1. AMARAL, V.L.A.R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. Em R.R.Kerbauy (Org.) Comportamento e saúde: explorando alternativas (pp.03-09). Santo André: ARBytes Editora.
2. GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 2. ed. São Paulo : Atlas, 1989. 159 p. il.
3. VASCONCELOS E.M. RECIIS – A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, Set., 2010.
4. PERES, J.F.P.; Simão, M.J.P.; Nasello, A.G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Rev. psiquiatr. clín. vol.34 suppl.1 São Paulo.
5. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 178 p.
6. CAMPOS, Terezinha Calil Padis. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: E.P.U. 1995. 112p.
7. RIZZOTTO MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Revista Brasileira Enfermagem 2002; 55(2): 196-99.

O SERVIÇO DE AUDITORIA CONTRIBUINDO COM O GERENCIAMENTO EM SAÚDE

A prática de auditoria teve início no século XII na Inglaterra pela implantação dessa atividade nas empresas. Fixou-se no século XVII pela revolução industrial nas grandes empresas, tendo continuidade nos dias atuais⁷.

No início da história da auditoria, toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor³.

Até a criação do SUS – Sistema Único de Saúde em 1990, a assistência à saúde era basicamente prestada e controlada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social através do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Havia o setor de Controle e Avaliação que revisava os prontuários médicos dos hospitais contratados, os boletins de produção ambulatorial de clínicas contratadas e conveniadas, previamente ao pagamento. Não existia oficialmente a estrutura de auditoria, embora algumas ações, impropriamente ditas de controle e avaliação, fossem de auditoria⁸.

Quanto à auditoria de enfermagem, estudos relatam seu início no hospital Universitário de São Paulo como um processo implantado desde 1983, com padrões estabelecidos para sustentar a SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem¹.

A auditoria de enfermagem trata-se da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente in loco e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada⁵.

Como finalidade atual, a auditoria comprova o pagamento de contas hospitalares, revisão de glosas por meio do relatório técnico e realiza negociações entre representantes do hospital e da operadora de saúde³.

Hoje em dia, uma das possibilidades dos dirigentes de serviços de saúde é buscar métodos que possibilitem um melhor desempenho, pois muitas empresas se deparam com um ambiente competitivo, recaído sobre os mesmos a cobrança de resultados tanto nos aspectos de sustentabilidade financeira, quanto na qualidade dos serviços prestados. No entanto, demanda uma mudança nos modos tradicionais de gestão principalmente em função do advento de novas tecnologias, associado ao processo de globalização, bem como, na busca de alternativas para a auto-sustentação. Contudo, por ser reconhecida como uma especialidade o serviço de auditoria é uma das alternativas consideradas como ferramenta de gestão, tanto nos Hospitais como nas Operadoras de Saúde, seja na qualidade da assistência aos clientes, seja na redução de custos hospitalares.

Desta forma, procura-se demonstrar a relevância da auditoria em saúde como possibilidade de melhorias financeira e na qualidade do serviço prestado.

Para tanto, foi realizado um estudo em uma instituição hospitalar de grande porte situado no Vale do Itajaí – Santa Catarina. Foram analisados 40 prontuários, de pacientes internados conveniados a rede privada de saúde no período de outubro do ano de 2012, a fim de, comparar o resultado financeiro das contas antes de serem auditadas com o resultado depois de auditada. Foi focado o fluxo da auditoria retrospectiva.

Esta pesquisa foi de abordagem quantitativa, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes por meio de uma amostra que o represente de forma estatística⁸. Os dados foram organizados e apresentados em números inteiros e porcentagem. A análise foi realizada com interpretação dos mesmos, fundamentada em revisão bibliográfica.

A instituição participante do estudo possui um setor de auditoria composto por enfermeiros que desenvolvem auditoria in-loco e auditoria retrospectiva. Na auditoria in loco o prontuário é auditado enquanto o cliente permanece internado. Já a auditoria retrospectiva consiste na análise das contas após a alta do cliente.



Aline Caren Schmidt!^{*}
Jaqueline Fernanda Scheifler^{**}
Mariane Soligo^{***}
Priscila Pâmela Siriaco da Silva^{****}

*Enfermeira Auditora
** Enfermeira Auditora
*** Enfermeira Auditora
**** Enfermeira Auditora



Aline Caren Schmidt*
Jaqueline Fernanda Scheifler**
Mariane Soligo***
Priscila Pâmela Siríaco da Silva****

*Enfermeira Auditora
** Enfermeira Auditora
*** Enfermeira Auditora
**** Enfermeira Auditora

O processo de auditoria inicia-se após a alta hospitalar ou óbito do cliente, onde o prontuário é encaminhado para o setor de faturamento para ser gerado a cobrança dos itens não contemplados na tabela da operadora, na seqüência é encaminhado para o setor de auditoria.

A análise dos prontuários é realizada com base nos protocolos de serviços médicos e de enfermagem utilizados pela instituição como: Normas e rotinas da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar); Normas e rotinas da enfermagem e protocolos de procedimentos; Contratos; Tabelas de preços e serviços de cada operadora; Tabelas de honorários e procedimentos; entre outros⁴.

A auditoria verifica: autorização de internação e procedimento, prorrogações, diárias, acomodações, anotações de enfermagem, histórico, diagnóstico, prescrições e evoluções de enfermagem, utilização de materiais especiais, notas fiscais, ou seja, avalia os itens que compõem a conta com os efetivamente utilizados⁴.

A qualidade da assistência é avaliada através das anotações no prontuário comparando com os padrões pré-estabelecidos que reflete nas cobranças de acordo com as tabelas acordadas com cada operadora². Nesta etapa do processo, são identificados itens ausentes de lançamento na conta, bem como, itens a serem acrescentados, por exemplo: materiais ou medicamentos a mais ou a menos na conta.

Na seqüência se necessário clarificar algum dado relacionado à assistência ou outro item que componha a conta/prontuário, este é devolvido à unidade onde o paciente encontrava-se internado juntamente com o relatório emitido pela auditoria com as inconformidades encontradas. Se evidenciado o uso de materiais especiais ou órtese e prótese é encaminhado ao setor específico para o seu lançamento. Posteriormente o prontuário retorna à auditoria para revisão e encaminhamento ao faturamento.

Falhas no preenchimento das anotações, evoluções, checagens, devem ser detectadas para posteriores correções⁴. O prontuário é a única prova de veracidade da assistência prestada cujo preenchimento é essencial e ainda uma atividade obrigatória para fins legais⁶. Diante disso, ressalta-se a importância do prontuário estar devidamente preenchido.

A análise dos dados estão apresentados no Quadro 1 que demonstra os prontuários enumerados de forma crescente de 01 a 40, e os valores de pré e pós auditoria estão organizados em duas colunas distintas. Em outras duas colunas a diferença de valores entre ambos é representada em forma de números inteiros e em percentual.

Quadro 1 – Diferença de valores de contas na pré-auditoria e pós auditoria.

Classificação dos prontuários por N°	Valor da conta na pré-auditoria	Valor da conta pós-auditoria	Diferença em valores entre pré-e pós-auditoria	Diferença em porcentagem dos valores entre pré e pós-auditoria
1	R\$ 34.752,00	R\$ 46.611,25	R\$ 11.859,25	34,13%
2	R\$ 65.908,00	R\$ 78.527,00	R\$ 12.619,00	19,15%
3	R\$ 77.455,48	R\$ 102.177,71	R\$ 24.722,23	31,92%
4	R\$ 18.268,21	R\$ 23.930,00	R\$ 5.661,7	30,99%
5	R\$ 23.407,01	R\$ 25.455,32	R\$ 2.048,31	8,75%
6	R\$ 10.697,17	R\$ 17.586,45	R\$ 6.889,28	64,40%
7	R\$ 15.422,38	R\$ 17.647,06	R\$ 2.224,68	14,43%
8	R\$ 10.053,08	R\$ 11.263,03	R\$ 1.209,95	12,04%
9	R\$ 6.496,03	R\$ 7.440,10	R\$ 944,07	14,53%
10	R\$ 9.806,19	R\$ 13.587,59	R\$ 3.781,40	38,56%
11	R\$ 59.634,19	R\$ 62.260,41	R\$ 2.626,22	4,40%
12	R\$ 16.633,42	R\$ 19.307,68	R\$ 2.674,26	16,08%
13	R\$ 12.695,74	R\$ 12.699,78	R\$ 4,04	0,03%
14	R\$ 15.285,66	R\$ 15.617,01	R\$ 331,35	2,17%
15	R\$ 5.489,80	R\$ 6.082,48	R\$ 592,68	10,80%
16	R\$ 21.514,69	R\$ 26.136,60	R\$ 4.621,91	21,48%
17	R\$ 3.600,66	R\$ 4.357,02	R\$ 756,36	21,01%
18	R\$ 3.384,42	R\$ 9.596,09	R\$ 6.211,67	183,54%
19	R\$ 3.515,63	R\$ 15.749,38	R\$ 12.233,75	347,98%
20	R\$ 3.713,96	R\$ 6.814,85	R\$ 3.100,89	83,49%
21	R\$ 6.171,77	R\$ 7.432,49	R\$ 1.260,72	20,43%
22	R\$ 21.864,80	R\$ 25.785,58	R\$ 3.920,78	17,93%
23	R\$ 142.370,57	R\$ 158.539,72	R\$ 16.169,15	11,36%
24	R\$ 6.939,64	R\$ 12.579,45	R\$ 5.639,81	81,27%
25	R\$ 7.338,48	R\$ 8.001,46	R\$ 662,98	9,03%
26	R\$ 4.963,54	R\$ 6.332,81	R\$ 1.369,27	27,59%
27	R\$ 146.687,42	R\$ 216.470,21	R\$ 69.782,79	47,57%
28	R\$ 71.879,85	R\$ 74.355,89	R\$ 2.476,04	3,44%
29	R\$ 10.526,46	R\$ 13.816,99	R\$ 3.290,53	31,26%
30	R\$ 19.324,47	R\$ 23.972,95	R\$ 4.648,48	24,05%
31	R\$ 8.637,00	R\$ 8.569,79	-R\$ 67,21	-0,78%
32	R\$ 10.762,38	R\$ 11.773,99	R\$ 1.011,61	9,40%
33	R\$ 6.289,01	R\$ 11.353,51	R\$ 5.064,50	80,53%
34	R\$ 8.532,49	R\$ 9.425,41	R\$ 892,92	10,46%
35	R\$ 11.394,39	R\$ 14.032,31	R\$ 2.637,92	23,15%
36	R\$ 5.919,85	R\$ 8.180,48	R\$ 2.260,63	38,19%
37	R\$ 8.234,20	R\$ 8.205,79	-R\$ 28,41	-0,35%
38	R\$ 45.496,81	R\$ 47.081,66	R\$ 1.584,85	3,48%
39	R\$ 4.742,76	R\$ 9.405,76	R\$ 4.663,00	98,32%
40	R\$ 5.888,49	R\$ 6.777,04	R\$ 888,55	15,09%
TOTAL	R\$ 971.698,10	R\$ 1.204.940,10	R\$ 233.242,00	24,00%

Fonte: Dados levantados pelas pesquisadoras, (2012)



Aline Caren Schmidt*
Jaqueline Fernanda Scheifler**
Mariane Soligo***
Priscila Pâmela Siríaco da Silva****

*Enfermeira Auditora
** Enfermeira Auditora
*** Enfermeira Auditora
**** Enfermeira Auditora



Aline Caren Schmidt*
Jaqueline Fernanda Scheifler**
Mariane Soligo***
Priscila Pâmela Siríaco da Silva****

*Enfermeira Auditora
** Enfermeira Auditora
*** Enfermeira Auditora
**** Enfermeira Auditora

A partir da análise dos 40 prontuários obteve-se como resultado após a soma dos mesmos o valor total de pré-auditação de R\$ 971.698,10 e pós-auditação de R\$ 1.204.940,10, resultando acréscimo no valor de 24%. Notamos que apenas 5% do demonstrativo tiveram redução após a auditoria.

Dentre os 40 prontuários enfatizamos o de número 27, onde se evidenciou um acréscimo significativo. O valor da conta no total da pré-auditação era de R\$ 146.687,42 e pós-auditação totalizou R\$ 216.470,21, representando um aumento de 47,57% do valor.

Deve-se levar em consideração que os valores obtidos na pré-auditação não dependem apenas do preenchimento correto do prontuário, mas também, do lançamento de materiais e taxas.

Evidenciou-se que na maioria dos prontuários houve um acréscimo no valor após a auditoria devido ao preenchimento incorreto, falta de lançamento de materiais especiais, diárias e taxas entre outros.

Estes dados nos mostram a necessidade de revisão das contas, ressaltando a importância da cobrança correta. Na prática das empresas hospitalares a enfermagem desempenha um papel importante, pois, está diretamente envolvida com o uso de materiais, necessitando de um comprometimento da equipe quanto a utilização e os custos desses materiais. Embora seja primordial, o controle e a fiscalização da qualidade da assistência prestada ao cliente, a questão econômica da empresa também necessita de atenção⁶.

Nota-se carência no fluxo dos processos, gerando por vezes cobrança inadequada em conta, o que destaca a importância de uma análise criteriosa do prontuário realizada pela auditoria, avaliando não só os itens que faltam, mas também a identificação das falhas existentes no processo para expor aos responsáveis e estes posteriormente buscarem alternativas de melhorias.

O prontuário incompleto, bem como, lançamento errôneo de materiais e medicamentos, entre outros, são fatores que interferem na sustentabilidade financeira e induz a deficiência na qualidade do serviço prestado. Na prática o atendimento foi prestado com qualidade, entretanto, através da análise dos registros dificulta esta evidência, sendo fundamental o preenchimento correto do prontuário pelos envolvidos.

Acredita-se que gerenciar processos seja uma alternativa para minimizar as inconformidades.

Palavra Chave: Auditoria.. Gerenciamento. Qualidade..

Referências:

1. FERREIRA, Tânia S. et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichán, Bogotá v.9, n.1,p.38-49, Jan./Jun. 2009.
2. LOVERDOS, A. Auditoria e análise de Contas Médico - Hospitalares. São Paulo: STS, 1999.
3. MARTINI, Jussara Gue et al. Auditoria em Enfermagem. 1ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009, 127p.
4. MOTTA, Ana Leticia Carnevalli. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde. São Paulo: Iatria, 2003.
5. MOTTA, A. L. C. (2003); Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Iatria, 2004. 166p.
6. MOTTA, Ana Leticia Carnevalli; LEÃO Edmilson ; ZAGATTO José Roberto. Auditoria Medica no Sistema Privado: Abordagem Pratica para Organizações de Saúde. São Paulo: Iatria, 2009.

SEJA NOSSO ALIADO NESTE ANO DE 2013

Estamos no terceiro mês do ano de 2013 e a caminhada vai a passos acelerados. Temos grandes desafios, mas também esperança e muita fé, o que nos motiva a fazer a caminhada em conjunto.

A Igreja e o mundo estão passando por grandes e aceleradas mudanças e nosso País não fica fora deste contexto, especialmente o setor da saúde e da educação, os quais continuam enfrentando grandes e sérias dificuldades. Precisamos estar atentos para que possamos manter nossa Missão de atender com qualidade, carinho e amor; com a certeza de que Deus nos concede sabedoria, discernimento e as luzes necessárias para que possamos conduzir a bom termo a missão que assumimos e da qual somos responsáveis. Os gestores precisam de alternativas para se manter e prestar os serviços de forma a atender às exigências dos clientes, que cada dia estão mais informados a respeito de seu tratamento, bem como de seus direitos. A harmonia, compreensão, amizade, respeito, ética e compromisso são de suma importância para que possamos ter um crescimento contínuo de nossos serviços. Fazendo uso das palavras de nosso fundador, Padre Eduardo Micheles, "Tudo o que estiver ao meu alcance farei e Deus não me abandonará", podemos dizer que a confiança é algo essencial em nossas vidas e, embasados nesta confiança Divina sabemos o tamanho do nosso desafio diário em manter a qualidade, tendo o cuidado de nunca nos desvincularmos dos princípios e valores das Irmãs da Divina Providencia, pois, se Deus nos permitiu esta nobre missão é porque Ele sabe que temos capacidade para executá-la.. Para isto, pedimos diariamente a habilidade e a força necessária para exercer com amor, criatividade e nobreza a missão que a nós foi confiada.

Para esta profissão, desejo que os trezentos e sessenta e cinco dias do ano e as vinte e quatro horas do dia, sejam coroadas de bênçãos e que Deus os conduza de forma ética e humana, para que consigam a cada dia mais atingir seus objetivos, sabendo que trabalham em prol da vida, mas principalmente pelo respeito e amor ao próximo.

A todos os colaboradores do Hospital Santa Isabel, sem distinção de raça, cor, profissão ou credo, meus sinceros agradecimentos e tenham a certeza de que juntos podemos atingir e buscar as melhores alternativas para conseguirmos os melhores resultados.

"Confiai a Deus todas as vossas preocupações, porque Ele tem cuidado de vós." (1 Pedro 5,6)

Irmã Analuzia Schmitz
Diretora Geral



Irmã Analuzia Schmitz

Diretora Geral

GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS



Wilson Alberti Santin

Diretor Administrativo Financeiro

Quando pensamos em Gestão de Serviços de Saúde, lembramos logo do Serviço Público de Saúde, do Ministro da Saúde, dos Secretários Estaduais e Municipais, todos secundados por suas equipes, muitas extremamente capazes, outras nem tanto. Lembramos do Artigo 196 ao Artigo 200 da Constituição Federal do Brasil que diz: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...", da Lei 8080 e legislação subsequente complementando-a e, mais recentemente, da Emenda 29.

Amigo leitor, não dá uma sensação de que com toda essa legislação tudo está resolvido? Neste exato momento, até eu estou quase me convencendo de que isso é verdade. Vã ilusão!!! Serviços de saúde são muito mais do que uma legislação, que, aliás, temos até demais. Serviços de saúde compreendem muito mais do que leis; compreendem: planejar, organizar, dirigir, controlar e avaliar. Hoje nossa geração "Y" resolveu chamá-la de P-D-C-A: ...e que tudo isso seja feito com competência e habilidade, para que o processo de cuidar seja feito de forma a garantir a integralidade e qualidade da atenção à saúde. E isso vai muito além do "VAMOS FAZER UMA LEI", prática habitual no Brasil.

Por questão de área de atuação, iremos nos ater à Gestão Hospitalar. A palavra hospital denota um espaço destinado à hospedagem de pessoas doentes (clientes) que necessitam de tratamento. Então, comece entendendo que esse tratamento tem por sinônimo VIDAS. Entenda também que, para todas as pessoas, inclusive nós, tratamento é sinônimo de urgência e/ou emergência, ou seja, para ontem.

Agora continue o raciocínio, e não será difícil concluir que essas pessoas, que esses clientes, não querem estar no hospital. Vão satisfeitos a uma loja, a um shopping, pois vão satisfazer um desejo, um sonho, etc. Num hospital não irão satisfazer a um desejo, tão pouco a um sonho, irão buscar superar um momento de infortúnio. Qual será o cliente mais difícil de satisfazer? É em função disso que tudo é para ontem.

Vamos agora começar a pensar, bem superficialmente, o que é um hospital.

1. Pense agora que essas pessoas (clientes) precisam de hospedagem. Pensou? Então deve ter concluído que um hospital é, também, um grande hotel.

2. Pense agora em processar diariamente a roupa utilizada por essas pessoas (cama, banho, cirurgia,... Pensou? Então deve ter concluído que um hospital é, também, um grande local de processamento de roupa. No Santa Isabel são 47 toneladas/mês.

3. Pense agora na quantidade de refeições necessárias aos clientes internados e colaboradores. Pensou? Então deve ter concluído que um hospital é, também, um grande restaurante.

4. Pense agora que a medicina de hoje se utiliza, em muito, do diagnóstico radiológico ou laboratorial. Pensou? Então deve ter concluído que um hospital é, também, um centro de diagnóstico.

5. É desnecessário lembrar a importância dos profissionais que formam as equipes multidisciplinares no tratamento: médicos, radiologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e em radiologia, nutricionistas, psicólogos,...e todos os importantes colaboradores da área de apoio.

6. Pense agora que a gestão de pessoas num hospital compreende o importante colaborador da higienização ao médico com Mestrado e Doutorado. Pensou? Então deve ter concluído a alta heterogeneidade das pessoas com que se trata.

7. Pense agora que os fornecedores de um hospital (equipamentos, medicamentos e materiais usados nos clientes) são organizados em monopólios ou oligopólios. (monopólio=único fornecedor; oligopólio=poucos fornecedores para muitos compradores). Com um detalhe (?), muitos são multinacionais. Pensou? Então deve ter concluído que nosso espaço de negociação na maioria de nossas compras (suprimentos) é extremamente pequeno.

8. Pense agora que na média nacional os hospitais trabalham com percentual de atendimento na ordem de 80 a 85% de clientes oriundos do SUS, 18% convênios e 2% particulares. Pense ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS), nem nos consulta quanto valem nossos serviços; os planos de saúde ainda nos dão essa oportunidade, porém, isso não significa dizer que concordam conosco. Pensou? Então deve ter concluído que na gestão do processo comercial de um hospital os fornecedores cobram o que querem e os clientes nos pagam com o mesmo princípio, ou seja, quanto querem.

Deu para entender, um pouco, sobre a complexidade da gestão em saúde de um hospital? Que bom! Mas isso não é tudo, aliás, não será nada se o conjunto hospital não for eficaz.

- Não basta ser eficiente?

- Não, eficiente é o ventilador que gira, gira, gira, mas não sai do lugar. Ele movimenta o ar produzindo um efeito amenizador do calor. Já a missão do hospital não é amenizar, e sim, resolver.

Mas os hospitais têm algumas outras variáveis fundamentais em gestão. Por exemplo:

Demanda Espontânea.

O que é isso? É o fato de que nosso percentual de ocupação hospitalar não é definido por nós, mas pelos clientes-pacientes, a partir daquela necessidade de tratamento que enumeramos acima quando definimos hospital. Em isso ocorrendo (e ocorre), temos imensas dificuldades em PLANEJAR receitas e recursos necessários. Por favor, amigo leitor, não entenda que torcemos pela doença, queremos apenas demonstrar que o desafio da gestão hospitalar, em um cenário de demanda espontânea e escassos recursos, nos obrigam a verdadeiros desafios para gerir um hospital. Nossos tsunamis raramente são marolinhas conforme adjetivava o senhor Lula.

- E em meio a isso tudo um hospital precisa dar lucro?

- E como precisa!!

- Mas a quem vai esse lucro (se houver)?

- Na indispensável necessidade de atualização de equipamentos hospitalares, ou seja, reinvestido no hospital. Todos queremos tratamento com equipamentos de última geração. Ou não? E de onde sai senão das sobras?

Nesse texto já pensamos juntos sete vezes. Vamos pensar mais uma? Vamos lá:

Como trocamos em nossas casas a geladeira, o fogão, ...? Ou ganhando mais do que gastamos (lucro) ou fazendo empréstimo. De empréstimos a rede hospitalar brasileira já está com a capacidade exaurida.

Por fim, quero colocar uma questão que muitos nos perguntam:

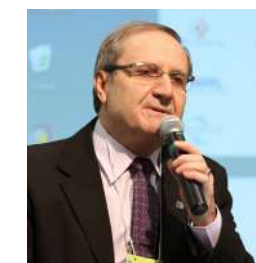
- Mas vocês não são isentos de impostos?

Pois bem, sobre os produtos que consumimos (medicamentos, materiais, energia...) pagamos os mesmos tributos que todos pagam. A imunidade dos hospitais reside na cota patronal do INSS, no IPTU, no IPVA e no imposto de renda. Mas pergunta-se: Que renda se os resultados são na maioria negativos?

Então meu caro leitor, pode ter a certeza de que fazer gestão hospitalar tem um belo viés de humanismo e uma réstia de masoquismo. Mas Deus nos colocou aqui, por isso, AMÉM!

Wilson Alberti Santin

Diretor Administrativo Financeiro



Wilson Alberti Santin

Diretor Administrativo Financeiro



Dr. Walter
Roque Teixeira

Diretor Clínico

HOSPITAL, LOCAL DE INTERDEPENDÊNCIA POR EXCELÊNCIA...

Arrisco-me a dizer, indo além do Professor Peter Drucker quando falava das organizações tipo “monstro de duas cabeças”, que administrativamente falando, o hospital é uma verdadeira Hydra de Lerna, monstro mitológico de várias cabeças, tamanha é a necessidade de atender quase incondicionalmente a todos seus vários clientes. Metaforicamente, entendo um hospital como um **cérebro**, por suas características de **multifuncionalidade interdependente**.

O **cérebro** é um brilhante e competente administrador, pois, exerce o **autocontrole**, **“ouve”** e **“responde”** incondicionalmente a todos os seus **“colaboradores”**, usando a **interdependência** como forma de melhorar o desempenho global. Coordena quase à perfeição sistemas complexos, com funções próprias e ao mesmo tempo absolutamente **interdependentes**, como o cardiovascular, o gastrointestinal, o imunológico, o visual, o próprio contexto psiconeuroendócrinoimunológico e tantos outros, sem deixar de obter os resultados desejados. E a complexidade aumenta quando sabemos que cada um destes sistemas é composto de **“colaboradores”** exigentes e nada modestos. Assim, mérito e sucesso são alcançados quando obtém destes **“colaboradores”** o comportamento de uma brilhante equipe, de uma orquestra afinadíssima, todos buscando um **objetivo comum: nossa própria sobrevivência!**

O **cérebro** ensina a obrigatoriedade da **divisão de trabalho**, pois, ninguém faz nada sozinho e isto, **não é fazer com que outros trabalhem por alguém**, mas uma forma de definir e dividir tarefas, atribuir papéis e funções, dar condições de contribuir com conhecimento, experiência e criatividade, de criar possibilidades de comunicação, buscando a saída do isolamento habitual e lutando para a integração em torno de um objetivo maior. Devemos confiar muito menos em nossas crenças e conhecimentos individuais e muito mais nas realizações de nossas equipes.

O **cérebro** é permanentemente **motivado** e **motivador** e ensina que é papel da **liderança** gerar esta motivação. Para tanto, atende **“necessidades”** e **“expectativas”**, além de proporcionar **“estímulos”** e **“incentivos”**. Também tem objetivos muito claros, pois, sabe que é sua **falta** quem gera a maior sensação de **impotência**. Ao longo dos anos, ensinam-nos e aprendemos com vigorosa rapidez, que simplesmente **não é possível** e ficamos cultivando a percepção de que **é impossível** fazer, gerando mesmo, um verdadeiro **colapso cognitivo**. Os argumentos são variados: ora por impossibilidade financeira, ora por não fazer parte dos objetivos das organizações, ora porque a participação dá muito mais trabalho do que a inércia. Enfim...

Especialmente, em uma instituição com a complexidade de um hospital, exige-se uma natural e necessária **interdependência de funções**, tornando cada um, desde o encarregado do **mais simples processo de higienização até o executor do mais complexo procedimento médico**, merecedor de justo reconhecimento e estímulo. É necessário entender que a falta ou inadequação de um único elo desta corrente em prol da recuperação de um ser humano enfermo pode comprometer todo um resultado. Como bem ensina o **Cérebro**, ninguém é o mais importante, todos precisarão agir e trabalhar na busca do **pensamento de equipe**. É muito mais seguro para todos, principalmente, para quem depende de nossos trabalhos.

Dr. Walter Roque Teixeira
Diretor Clínico

HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UTI: Uma Revisão Bibliográfica.

Nos últimos anos, observa-se crescente aperfeiçoamento de políticas e ações voltadas a promoção da humanização na assistência, não só na Unidade de terapia intensiva (UTI), mas na saúde como um todo, em suas diversas áreas. Dentre estas ações esta a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), instituído e regulamentado pelo Ministério da Saúde em 2001. O PNHAH elaborou um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de qualidade da assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, na tentativa de melhorar não só a qualidade, mas também a eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Além disso, o programa tem outro foco: aprimorar as relações entre o profissional de saúde e o paciente, aprimorar as relações dos profissionais entre si e as relações do hospital com a comunidade. “O PNHAH enfatiza que, a humanização, abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas que estão presentes no relacionamento humano”⁶.

Humanizar de acordo com os valores éticos, consiste em tornar uma prática bela, mesmo que ela lide com o que tem de mais doloroso e triste na natureza humana, como o sofrimento, a doença e a morte, ou seja, é a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro. O ponto importante da humanização está voltado para a consolidação da ética frente ao cuidado técnico científico. Também consiste na identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde⁶.

Humanização é “tornar-se humano, humanar-se. Tornar benévolo, afável, tratável, humano. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”⁶.

A UTI é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, que exigem complexidade no atendimento e mão de obra qualificada, assim como também tecnologia avançada em equipamentos. Neste setor atuam diversos profissionais, das mais variadas áreas, dentre eles os profissionais de enfermagem, que são os profissionais que, dedicam mais tempo ao lado desses pacientes, pois são os responsáveis pela assistência, entre banho, higiene, medicação, mudança de decúbito, bem como, a constante monitorização dos pacientes, e uso de aparelhos diversos, atividades que mantêm o profissional, grande parte do tempo ao lado do paciente crítico⁶.

O perfil do paciente em UTI, na maioria das vezes caracteriza-se por um paciente comatoso ou em sedação contínua, dificultando a troca de diálogo entre profissional de enfermagem e paciente. Além disso, a UTI pode ser vista como ambiente hostil e remeter a morte. “O ambiente da UTI transparece gravidade, inatividade e risco de morte, além de aparentar ser hostil negativo e distante da produção de saúde”². Diante disso, e da tecnologia empregada no atendimento a esse paciente, o trabalho pode se tornar mecanizado, pois quanto mais especializado for o serviço de saúde, mais presente pode estar as condições que afastam a humanização o que muitas vezes resulta em uma assistência mais tecnicista e mecanizada⁴.

Diante da importância da humanização no contexto da enfermagem, este estudo tem como objetivo investigar na literatura científica da área da enfermagem, a produção a cerca da humanização em UTI, o que poderá contribuir para a construção de conhecimentos e para a prática profissional, pois mesmo sendo uma temática relevante entre os profissionais ainda encontra-se diversos obstáculos na prática diária destes profissionais⁴.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Para tanto, realizou-se uma busca de artigos publicados nas bases de dados LILACS e BDNF e SCIELO. Como descritores foram utilizados: “Unidade de Terapia Intensiva”, “Equipe de Enfermagem” e “Humanização da Assistência”. Os dados foram coletados no período de fevereiro de 2013.

Os artigos que serviram para a construção do estudo compreendem publicações do ano de 2005 a 2011. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos nacionais e disponíveis em texto completo, versando sobre humanização do cuidado em UTI adulto.



Kelly da Aparecida
Moreira de Souza*

*Enfermeira Pós Graduanda em Terapia Intensiva.

Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: artigos internacionais e não estar disponível em texto completo, teses, dissertações, livros e outros informativos e artigos com ênfase na UTI neonatal.

Para a análise dos dados realizou-se, primeiramente, uma leitura ampla dos artigos selecionados após a seleção, iniciou-se uma leitura aprofundada e minuciosa, buscando compreender os estudos na íntegra. Os dados foram analisados e a seguir realizou-se a discussão.

De um total de 17 artigos, apenas 7 constituíram-se em material de análise, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão previstos e as repetições nas bases de dados.

Após a análise dos artigos selecionados percebeu-se 3 principais temáticas: a tecnologia como ameaça ao cuidado humanizado, a assistência a família e a ótica do profissional frente a humanização. Os artigos foram publicados entre o ano de 2005 a 2011 e estão representados no quadro¹.

Quadro 1 – Artigos selecionados para a pesquisa

Título	Ano Publicação
O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica.	2011
Tecnologia e humanização em ambientes intensivos	2010
Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem.	2009
Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro	2008
Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um Estudo Reflexivo	2007
O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI.	2006
Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de Enfermagem com a Família de Pacientes Internados em UTI.	2005

Fonte: Dados levantados pela pesquisadora, 2013.

Na sequência, descrevem-se os 03 temas mais abordados na pesquisa:

1. A tecnologia como ameaça ao cuidado humanizado: foi um tema de relevância encontrado nas publicações. A cerca dessa temática os autores não colocam como sendo principal fator que afasta o enfermeiro da humanização do cuidado, acreditam, no entanto que se a tecnologia for vista como barreira pelos profissionais, essa pode dificultar a assistência humanizada. Dessa forma é preciso usar a tecnologia a favor do paciente sem perder o toque e a essência do cuidado⁴.

2. A assistência à família: também foi mencionada em estudos, como parte a ser integrada no processo de humanização. A família é vista como continuação do cuidado prestado ao doente. Com a internação de um familiar em um ambiente muitas vezes visto como hostil, o familiar perde seu papel e nem sempre sabe qual função desempenhar diante do doente. Esses artigos mostram que os familiares percebem falta de atenção da equipe de enfermagem. A falta de informação é uma das principais queixas citadas pelos familiares. "A família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu familiar, necessitando sentir-se acolhida, respeitada e, também, cuidada"^{7,6}. Mas para que isso ocorra de fato o diálogo e a informação é necessária.

3. A ótica do profissional frente à humanização: os estudos mostram que os profissionais da equipe de enfermagem consideram que além do paciente e da família, a humanização deve preconizar a valorização dos próprios trabalhadores da saúde, e nesse contexto as publicações também mostram as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem ao colocar em prática a humanização na UTI. De uma forma geral, revelam que os fatores que dificultam o processo de humanização estão relacionados ao ambiente de alto estresse, ao cuidado voltado para um paciente em coma, além de lidar com as próprias emoções e sentimentos quando está a frente do sofrimento do paciente e da família, também foi citado a busca pela agilidade e tempo dispensado a parte burocrática^{7,6}.

A rotina de trabalho para grande parte dos profissionais se mostra insatisfatória e até frustrante, ocorrendo uma falha em relação aos papéis mal definidos entre a equipe de enfermagem, deixando a desejar as potencialidades de cada profissional. Além disso, os artigos mostram a insatisfação com a jornada de trabalho e o baixo salário, além da falta de tempo para o profissional passar com a família³.

Os profissionais também acreditam que as capacitações realizadas dentro dessas instituições devam ser voltadas não somente para a técnica, mas também para a qualificação com a temática do ser humano. O exercício da profissão é visto como um compromisso com o paciente significa estar perto e suprir todas as suas inquietações, ajudando o ser humano na recuperação da sua saúde no cuidado voltado para a ética^{3,6,7}.

Na abordagem da temática, observa-se que humanização no discurso dos enfermeiros é norteadada pelo contato e pela assistência integral. Em contrapartida na realidade do cotidiano das UTIs, percebe-se deficiência do enfermeiro em oferecer assistência humanizada, tendo entre as principais dificuldades a ausência de incentivo e a busca pela melhor qualidade de trabalho do próprio profissional enfermeiro.

A tecnologia nas publicações não é negativa, pelo contrário, acredita-se que auxilia no cuidado diferenciado aos pacientes da UTI, desde que utilizada de forma correta. No entanto, com o avanço tecnológico os profissionais não devem esquecer que máquina alguma possa substituir o trabalho de um ser humano dentro da essência do cuidado.

Ficou nítido que a inserção da família necessita ser intensificada na humanização, pois o familiar é continuidade do paciente na prestação do cuidado humanizado. A luta da enfermagem deve ser constante para vencer o abismo entre saber o que fazer e fazê-lo de fato. Neste sentido, é preciso ampliar a reflexão sobre o ser humano, incluindo todos os envolvidos.

A efetivação da humanização nos serviços de saúde exige colaboração de todos os envolvidos, gestores, técnicos, funcionários e a participação ativa dos usuários, sendo familiares ou pacientes. Outro ponto que merece ser repensado ao propor um cuidado humanizado é à formação profissional na área da saúde, que pode estar voltada para o aprendizado técnico e algumas vezes deixando de lado a abordagem crítica e a sensibilidade.

Dessa forma pressupõe-se que os profissionais de enfermagem precisam buscar estratégias para inserir de forma eficaz a humanização nas UTIs. Para tanto, é importante refletir o cuidado oferecido enquanto enfermeiro e o impacto que a profissão pode causar dentro da temática. Observa-se que o enfermeiro passa muito tempo ao lado do paciente e também é responsável pelo acolhimento familiar, desta forma cabe a esses profissionais, a busca de conhecimento a respeito do tema e estratégias práticas para melhorar a qualidade do atendimento, além de lutar pela qualidade do seu trabalho com aprimoramento profissional e buscar junto com as instituições maneiras de trabalhar com mais qualidade e conforto.

Humanizar não é só escutar, dar atenção e cuidar de pacientes, humanizar aborda o contexto familiar e profissional, pois estes também precisam de cuidado.

Palavras Chave: Equipe de enfermagem, Unidade de terapia intensiva, Humanização da assistência

Referências:

1. CAETANO JÁ et al. Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um Estudo Reflexivo. Esc Anna Nery R Enferm 2007 jun; 11 (2): 325 - 30.
2. CAMPONOGARA SILVIAMAR, et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica R. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr;1(1):124-132
3. COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem Interface -Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.571-80, 2009.
4. MARQUES IR, SOUZA AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos, Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 141-4.
5. PINHO de LB et al. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):66-72. www.ee.usp.br/reeus.
6. SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. o significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em uti. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006.
7. SILVEIRA RS, LUNARD VL, LUNARDI FILHO WD, OLIVEIRA AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de Enfermagem com a Família de Pacientes Internados em UTI, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005; 14(Esp.):125-30.



Kelly da Aparecida
Moreira de Souza*

*Enfermeira Pós Graduanda em Terapia Intensiva.



Kelly da Aparecida
Moreira de Souza*

*Enfermeira Pós Graduanda em Terapia Intensiva.

A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO E DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS



Carolina Elise Moreira Alberton*
Maria Elvira de Oliveira Petersen**

* Psicóloga, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica Breve, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas, Especializanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde e Mestranda do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo.
** Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde.

Atualmente, a literatura científica tem mostrado que enfermeiros e psicólogos estão mais atentos aos fatores emocionais das crianças diante da hospitalização, sendo possível observar a preocupação em desenvolver atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas através de estratégias lúdicas^{1,5}.

O surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, bem como as mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em enfermagem na última década e, recentemente, uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), apontam para uma valorização desses aspectos pelos enfermeiros⁵.

Nota-se que os profissionais da saúde estão preocupados em minimizar os efeitos nocivos que a hospitalização pode produzir na criança e em sua família. Nesse contexto, tentam encontrar formas de amenizar o sofrimento das crianças e, uma das maneiras encontradas, é o uso de práticas lúdicas e da preparação psicológica no hospital^{1,5}.

A preparação psicológica compõe uma vasta modalidade de intervenção, que abarca diversos procedimentos e técnicas, recomendadas por pesquisadores em psicologia da saúde e pediátrica para uso com crianças e familiares sujeitos a condições potencialmente estressantes¹.

Neste contexto objetiva-se, conhecer estudos científicos nos quais os autores utilizaram as diversas formas de brincar e a preparação psicológica como forma de amenizar o sofrimento das crianças e facilitar a recuperação nos diferentes contextos da hospitalização.

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o lúdico e a preparação psicológica como recursos de cuidado à criança hospitalizada. Foram incluídos na amostra artigos científicos produzidos no Brasil, independente do ano em que tenham sido publicados, redigidos por enfermeiros e psicólogos.

Para a coleta dos dados, utilizamos a base de dados Scielo e as palavras-chave empregadas para a busca foram: Criança hospitalizada, Jogos e brinquedos, Enfermagem pediátrica, Criança, Hospital e Psicologia Pediátrica. Foram localizados nove artigos que atenderam a esses critérios.

A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material bibliográfico encontrado, utilizando-se abordagem qualitativa. A leitura dos artigos permitiu evidenciar as principais convergências encontradas, que foram sintetizadas, agrupadas e categorizadas. As categorias foram: A hospitalização e suas repercussões emocionais na criança; A importância do brincar e do brinquedo terapêutico e A preparação psicológica como estratégia de atuação.

A hospitalização e suas repercussões emocionais na criança

A experiência de adoecimento implica na exposição da criança a vulnerabilidades de natureza física, social e psicológica e exige que o indivíduo tenha de lidar com demandas que geralmente extrapolam sua capacidade de adaptação habitual¹.

A doença e a hospitalização constituem as primeiras crises com as quais a criança se depara, em particular durante os primeiros anos, porque representam uma alteração do seu estado usual de saúde e da sua rotina ambiental⁴.

Destaca-se que, na prática, quando a criança é internada, as perdas e os fatores de estresse afetam, mais diretamente, seus familiares. Estes, por sua vez, podem afetar o estado emocional da criança e seu repertório de comportamentos diante da enfermidade e do tratamento. Diversas pesquisas confirmam que os comportamentos paternos influenciam profundamente as reações emocionais da criança e sua percepção da experiência de internação. Logo, indicam que os pais podem ser elementos-chave no processo de ajustamento e enfrentamento da hospitalização infantil¹.

Por outro lado, a hospitalização também pode representar para a criança uma oportunidade de aprendizado sobre a doença e o funcionamento de seu corpo; descobrir sobre as profissões da área da

saúde; adquirir habilidades de enfrentamento; provar competência para tomar decisões, independência, autocontrole e autoconfiança, tornando-a participante mais ativa em decisões clínicas⁹.

Assim, a assistência hospitalar deve levar em consideração que além do fator doença, há sentimentos originários da separação da criança de seu ambiente familiar e social, cujo contexto histórico e cultural não será o mesmo após a sua internação. Existem diversos recursos ou medidas que auxiliam uma assistência mais humanizada à criança, como explicar-lhe as razões da hospitalização, prepará-la para os procedimentos a que será submetida e valer-se do brinquedo como parte integrante da assistência no hospital^{3,4}.

A importância do brincar e do brinquedo terapêutico

Atualmente, existem diversos estudos dedicados a compreensão do lúdico como potencializador do desenvolvimento infantil, favorecendo a recreação, a estimulação, a socialização, a criatividade, a autonomia e a recuperação das crianças, no contexto da hospitalização. No final do século XX, Florence Nightingale já enfatizava a importância do brincar, preconizando, para a criança, cuidados de higiene física, alimentar e de meio ambiente, bem como recreação e ar puro^{2,4}.

Resgatar o espaço e tempo para as crianças brincarem é, sem dúvida, um dos maiores compromissos e desafios. Expressar-se por meio do brincar, é a forma mais natural de autoterapia que a criança dispõe (9).

Em 1970, já era enfatizada a importância dos profissionais conhecerem os brinquedos, e fazer dele um cuidado importante para a criança, a ser utilizado durante a realização de cuidados físicos, ou seja, cantando, contando histórias, fazendo jogos com os segmentos corpóreos e também sobre as diferentes formas do brinquedo terapêutico⁷.

Uma das modalidades lúdicas mais utilizadas, é o brinquedo terapêutico. Embora se fundamente na ludoterapia, é indicado para qualquer criança que viva experiências atípicas a sua idade, capaz de ser utilizada por qualquer profissional, com o objetivo de melhor compreender suas necessidades e sentimentos. É uma prática recomendada e regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem, de acordo com a resolução nº 295-2004⁷.

Conforme literaturas, o uso de brincadeiras no âmbito hospitalar, apresenta inúmeras vantagens, como conduzir as crianças a uma experiência que as façam sentir-se vivas, mesmo em situações estressantes, como quando doentes⁸.

Os brinquedos terapêuticos vêm sendo utilizado pelos profissionais de saúde não só como um meio de alívio para as tensões impostas à criança, mas também como uma possibilidade de comunicação pela qual podem dar explicações e receber informações da mesma⁸.

Sabemos que o hospital não é somente um local de sofrimento, e sim de apoio e comprometimento com seus clientes. No Brasil, o artigo 9º da Declaração de dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, trata de alguma forma de recreação ao paciente⁵.

Para criança hospitalizada, o brincar torna o ambiente alegre e menos traumatizante, contribuindo para sua recuperação, higiene mental, criando um vínculo também com a equipe de saúde. O desenvolvimento de atividades lúdicas, pedagógicas e recreacionais, evitam interromper o desenvolvimento infantil⁴.

O valor terapêutico do brinquedo, auxilia no processo de adaptação a internação, facilita a comunicação com a equipe cuidadora, estimula o desenvolvimento físico, psicológico e social, aperfeiçoa habilidades psicomotoras, favorece o equilíbrio físico, com finalidade de preservar e restaurar sua integridade orgânica⁶.

A leitura também pode ser utilizada, como forma de comunicação com a criança, através dos contos e fábulas, aliviam emoções fortes, como raiva, medo e sofrimento⁶.

Para minimizar os agravos decorrentes da internação, algumas estratégias podem ser desenvolvidas, como incentivar a valorização do lúdico como atividade geradora de desenvolvimento intelectual, social e emocional, e transformar o ambiente em um espaço agradável, no qual a criança sintase motivada e estimulada a brincar^{7,10}.

A preparação psicológica como estratégia de atuação

A preparação psicológica é caracterizada como um conjunto de procedimentos que objetivam aliviar as reações emocionais advindas da situação de hospitalização e facilitar a adaptação comportamental a este contexto. A preparação pode acontecer em três diferentes fases: antes da hospitalização; no momento da admissão hospitalar; ou antes dos exames e procedimentos médicos-hospitalares invasivos, tais como punções e cirurgias¹.

Os programas de preparação psicológica, executados antes da internação compõem ações de



Carolina Elise Moreira Alberton*
Maria Elvira de Oliveira Petersen**

* Psicóloga, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica Breve, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas, Especializanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde e Mestranda do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo.
** Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde.



Carolina Elise Moreira Alberton*
Maria Elvira de Oliveira Petersen**

* Psicóloga, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica Breve, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas, Especializando em Psicologia Hospitalar e da Saúde e Mestranda do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo.
** Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde.

caráter preventivo, dirigidas a crianças que nunca foram hospitalizadas, e podem ser desenvolvidos tanto na comunidade, quanto em ambulatoriais¹.

Já os programas de preparação desenvolvidos na admissão hospitalar também são de cunho preventivo como os anteriores e compreendem o fornecimento de informações sobre normas e rotinas da unidade, procedimentos a serem executados e treino em habilidades de enfrentamento¹.

A importância da preparação para a admissão hospitalar infantil consiste na redução das queixas típicas da internação; prevenção de comportamentos disfuncionais dos clientes, percebidos como fatores de estresse para os profissionais; e redução dos gastos hospitalares com a diminuição do tempo de internação, do uso de analgésicos e outros procedimentos técnicos¹.

Finalmente, dentre os programas de preparação psicológica que antecedem a execução de procedimentos médicos invasivos predominam-se três modalidades: provimento de informações, familiarizando o paciente com a circunstância a ser encarada; distração, por meio de jogos, brincadeiras e atividades concorrentes com o procedimento a ser realizado; e simulação da situação real por meio de jogos e desempenho de papéis, facilitando a adaptação comportamental da criança à situação¹.

Este estudo, mostrou que os trabalhos científicos de profissionais da saúde sobre o uso de brinquedos, músicas, leituras, teatros e da preparação psicológica no contexto hospitalar, reforçam os resultados positivos destas práticas. Há evidências que a implantação do lúdico vem sendo considerado cada vez mais, pois, quando se mostra importante, imprescindível e interessante torna-se também foco de pesquisas, além de se fazer cumprir as diretrizes do Estatuto da Criança, integrando sistematicamente a assistência a criança hospitalizada, no sentido de auxiliá-la a enfrentar os mistérios no período da internação.

Acreditamos que isso deva a preocupação dos profissionais em proporcionar as crianças e seus familiares, uma assistência mais humanizada, permeada de embasamento técnico científico pra sustentar estas necessidades.

Palavras Chave: Lúdico. Brinquedo terapêutico. Preparação psicológica.

Referencias:

- DOCA, Fernanda Nascimento Pereira; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, ago. 2007.
- FRANCISCHINELLI, Ana Gabriela Bertozzo; ALMEIDA, Fabiane de Amorim; FERNANDES, Daisy Mitiko Suzuki Okada. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 1, 2012.
- KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.
- LAPA, Danielle de Freitas; SOUZA, Tania Vignuda de. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011.
- LEITE, Tânia Maria Coelho; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008.
- LIMA, Regina Aparecida Garcia de et al. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009.
- MAIA, EdmaraBazoni Soares; RIBEIRO, Circéa Amália; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011.
- RIBEIRO, Circéa Amália; ANGELO, Margareth. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 39, n. 4, dez. 2005.
- SOARES, Maria Rita Zoêga; BOMTEMPO, Edda. A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 21, n. 1, abr. 2004.
- MAGALHÃES, Celina Maria Colino. Criação e Manutenção de Brinquedotecas: Reflexões Acerca do Desenvolvimento de Parcerias. Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, n 15, 2002.

REVISANDO OS DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UTI

O fígado, a maior glândula do corpo, pode ser considerado como uma fábrica química que manufatura, armazena, modifica e excreta uma grande quantidade de substâncias envolvidas no metabolismo diário. É responsável pela degradação da glicose, a conversão da amônia, a absorção proteica e lipídica, o armazenamento de vitamina e ferro, o metabolismo medicamentoso, a formação da bile, e a excreção da bilirrubina⁹.

“...O transplante hepático é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada de um fígado doente para a colocação de um fígado sadio”¹.

Existem duas maneiras de acontecer um transplante hepático, o intervivos e com doadores cadavéricos, pacientes que estejam em morte encefálica comprovada⁵. O transplante hepático é reconhecido como uma modalidade terapêutica estabelecida. A partir da década de 80, os transplantes passaram a ser considerados opção terapêutica e curativa para muitas doenças antes consideradas terminais. O primeiro transplante hepático do mundo foi realizado em 1963 por Thomas Starzl, em Denver, nos Estados Unidos (EUA)⁵.

No Brasil, em 1968, esse procedimento foi realizado pela 1ª vez no hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FM USP) e, em Minas Gerais, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), em setembro de 1994, iniciou-se o programa de transplante hepático brasileiro⁷.

O transplante de fígado é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna, exigindo cuidados de enfermagem específicos. O paciente é admitido na unidade de terapia intensiva, debilitado e imunodeprimido pela cirurgia e pela doença³. Esta prática objetiva o prolongamento da vida do doente, proporcionando qualidade de vida e recuperando a capacidade de trabalho do indivíduo⁸. Sendo assim, cabe ao enfermeiro planejar a assistência integral, de maneira ordenada e científica, utilizando o Processo de Enfermagem, ajustando as necessidades do paciente para que os objetivos possam ser alcançados.

Ao repensar a assistência de enfermagem para o paciente pós-transplantado hepático imediato em UTI, dentro de uma visão holística do indivíduo, que reflita em um compromisso com a excelência no atendimento, surgiu a preocupação de desenvolver um modo de fazer, fundamentado no modo de pensar e com isso surgiu a seguinte questão: como melhorar os cuidados de enfermagem ao paciente pós-operatório imediato de transplante hepático em UTI, através de revisão de literatura? Diante disso, despertou a necessidade de rever os diagnósticos e cuidados de enfermagem ao paciente pós-operatório imediato de transplante hepático em UTI.

Sendo assim, realizou-se uma revisão de literatura, pois reúne e analisam as evidências disponíveis, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões, fornecendo as intervenções um cuidado mais efetivo e de melhor custo benefício². Foi utilizada como fonte de pesquisa a base de dados Bireme e referências literárias, onde foram utilizadas palavras-chave, que tratam dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido ao transplante hepático, em seu período de pós-operatório imediato na UTI. Assim, foram encontrados 03 artigos e 01 capítulo bibliográfico conforme representa a tabela 1, os quais foram publicados entre 2000 e 2011. Dessa maneira foram analisados os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos cuidados, sugeridos em cada artigo. O período de investigação compreende de julho de 2011 a junho de 2012.

01º artigo reuniu 27 diagnósticos de enfermagem, sem os cuidados, pois este artigo tinha como



Silvana Januario Jorge*

*Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva.



Silvana Januario Jorge*

*Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva.

objetivo: a identificação dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatório imediato ao transplante hepático.

No 2º artigo pesquisado, foram listados 18 diagnósticos de enfermagem, com intervenções e com o objetivo de levantar os principais problemas e diagnósticos de enfermagem e propor intervenções aos pacientes no período pós-operatório de transplante hepático.

O 3º artigo foi um capítulo de uma bibliografia específica em UTI, que trata do transplante hepático, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no pós-operatório em UTI. Foram listados 12 diagnósticos de enfermagem e seus respectivos cuidados.

No 4º artigo pesquisado teremos os cuidados de enfermagem sem os diagnósticos de enfermagem, pois, as autoras tiveram como objetivo realizar um protocolo de atendimento ao paciente transplantado na UTI.

Tabela 1- Autores e seus respectivos títulos publicados e utilizados na pesquisa.

AUTORES	TÍTULO PUBLICADO
1º artigo: CANERO, R. T.; CARVALHO, R.; GALDEANO, E. L.	Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático.
2º artigo: OLIVEIRA, L. F.; GONZAGA, R. A. M.; GIARETTA, V. M.; SANT'ANNA, A. L. G. G.	Transplante hepático: intervenções de enfermagem no pós-operatório.
3º artigo: LASELVA, R. C.; COSTA, M. L. M.	Transplante hepático, in. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico
4º artigo: ROCHA, L. B. A.; KINA, C.; LOURENZEN, R.; SILVA, C. S.	Assistência de enfermagem a pacientes submetidos ao transplante hepático: cuidados intensivos no pós-operatório.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora. 2013.

Foram encontrados 17 diagnósticos de enfermagem e elencados os cuidados ao paciente transplantado hepático, conforme sugerido nos textos pesquisados. Estes diagnósticos e cuidados de enfermagem foram descritos, conforme se repetiram nos textos.

Segue os diagnósticos de enfermagem e cuidados que mais se repetiram nos relatos dos autores:

1. Déficit no autocuidado para banho/higiene: Realizar a higiene corporal do paciente; monitorar a ocorrência de eliminações intestinais e realizar pronta higiene; realizar higiene oral a cada turno, auxiliar na alimentação e a vestir-se.

2. Integridade tissular prejudicada: Adotar cuidados com drenos e sondas, evitando sua tração, para promover a fixação adequada; inspecionar a cavidade oral para avaliar condições da mucosa e sinais de sangramento; cuidados com o local da incisão e supervisionar a pele (sinais flogísticos e integridade).

3. Mobilidade no leito prejudicada: Promover conforto e controle adequado da dor, favorecendo a mobilidade do paciente; avaliar a ocorrência de dor de maneira pró-ativa, com o uso de escalas padronizadas; utilizar medidas alternativas para o controle da dor; promover o posicionamento adequado do paciente no leito para a prevenção de contraturas e deformidades.

4. Risco para aspiração: Prevenir pneumonia associada à ventilação (PAV); manter o paciente em decúbito elevado a 30º; interromper a sedação diariamente para avaliar a possibilidade de extubação precoce; utilizar cânula de intubação orotraqueal com aspiração subglótica; realizar descontaminação oral com clorexidina; realizar auditoria dos processos de trabalho; realizar a coleta de secreções para cultura e monitorar os resultados conforme protocolos; aplicar a terapia antimicrobiana conforme indicado; higienizar as mãos antes e depois de manipular o paciente.

5. Risco para infecção: Higienizar as mãos antes e depois de manipular o paciente; adotar técnica asséptica no manuseio com sondas, drenos, cateteres e tubos; realizar a troca dos sistemas/linhas venosas e arteriais a cada 72 horas; utilizar sistema fechado de infusão intravenosa; controlar data de permanência e débito de sondas, tubos e cateteres, a fim de promover sua retirada precoce tão logo seja possível; controlar o aspecto da ferida cirúrgica e da inserção do cateter e trocar diariamente os curativos com técnica asséptica; educar e envolver a equipe interdisciplinar para a prevenção de infecções; realizar auditoria dos processos de trabalho; realizar a coleta de secreções para cultura e monitorar os resultados conforme protocolos; aplicar a terapia antimicrobiana conforme indicado.

6. Risco para integridade da pele prejudicada: Avaliar os riscos para o desenvolvimento de úlcera de pressão (escalas de Norton, Braden, etc); adotar os protocolos de cuidados para a prevenção de úlceras de pressão; manter a pele limpa e seca, porém hidratada; aplicar hidratante na pele; manter o paciente sobre colchão ou superfície de redução de pressão; mudar o decúbito do paciente a cada 2 horas; avaliar criteriosamente a condição da pele uma ou duas vezes a cada 24 horas, conforme o risco.

7. Risco para quedas: Avaliar os riscos de queda; aplicar o protocolo de prevenção de quedas, mantendo a cama baixa, as grades elevadas.

8. Proteção ineficaz: Controlar exames laboratoriais relacionados à imunossupressão e coagulação; manter controle de sítios de possíveis sangramentos; adotar medidas para evitar sangramento quando for indicado o uso de swabs para higiene dos dentes, entre outros.

9. Risco para constipação: Controlar a frequência das eliminações intestinais; adaptar a dieta conforme o funcionamento intestinal.

10. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais: Promover a avaliação da nutricionista; administrar a dieta por sonda enteral, se indicado; administrar a nutrição parenteral, se indicado, atenção ao controle metabólico e prevenção de infecção; controle do peso; monitorização de líquidos.

11. Volume de líquidos excessivos: Realizar o controle diário de peso; realizar balanço hídrico; utilizar os dispositivos controladores de fluxo para infusão intravenosa; monitorização hemodinâmica invasiva.

12. Dor aguda: Controle da dor; redução da ansiedade e flatulência; controle da sedação e medicamentos; massagens simples; posicionamento do paciente.

13. Confusão aguda: Monitorização dos sinais vitais; monitorização neurológica; controle de alucinações e delírios; promoção da perfusão cerebral; redução da ansiedade; melhora do sono; controle de medicamentos; controle da hipo e hiperglicemia; controle do ambiente: segurança; precauções contra convulsões; prevenção de quedas; controle ácido-básico.

14. Perfusão tissular ineficaz: Controle hídrico (renal); cuidados circulatórios: insuficiência venosa.

15. Risco para temperatura corporal desequilibrada: Controle de infecção; cuidados com o local de incisão; cuidados com lesões; monitorização de sinais vitais; controle hídrico; controle do ambiente; cuidados pós-anestésicos; tratamento da febre.

16. Mucosa oral prejudicada: Manutenção, proteção e restauração da saúde oral.

17. Troca de gases prejudicada: Monitorização respiração; proporcionar a permeabilidade da cânula orotraqueal; manter a oximetria de pulso; exercícios respiratórios frequentes, para proporcionar melhor expansividade torácica^{1,4,6}.

Quando o paciente é admitido na UTI, recebe a assistência de enfermagem imediata, uma abordagem diferenciada e individualizada⁵. É neste momento que cabe ao enfermeiro planejar uma assistência de enfermagem específica, contribuindo para um plano terapêutico direcionado e assistência contínua ao paciente. Os cuidados prestados ao doente transplantado são semelhantes a uma cirurgia de grande porte. Os pacientes chegam entubados, com cateteres diversos, sondas e drenos. A atuação da enfermagem prestada no período pós-operatório constitui uma fase crítica, podendo o paciente apresentar complicações e distúrbios metabólicos.

O conhecimento técnico científico do enfermeiro envolvido diretamente com o paciente é relevante, pois somente assim a assistência de enfermagem será prestada com qualidade e eficiência⁶.

Os diagnósticos e cuidados de enfermagem elencados durante a pesquisa, foram importantes para o aprimoramento constante e também vem a acrescentar nas atividades desenvolvidas diariamente aos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva. Sendo assim é evidente que a atuação do enfermeiro nesta especialidade vem evoluindo, envolvendo um julgamento rápido e assim buscando o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem ao paciente transplantado hepático e envolvendo toda a equipe em uma abordagem humanizada.

Palavras Chave: Lúdico. Transplante hepático. Cuidados intensivos. Cuidados de enfermagem.

Rerefências:

- CANERO, R. T.; CARVALHO, R.; GALDEANO, E. L. Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. Rev. Einstein. 2004; 2(2):100-104.
- MENDES, S. D. K., GALVÃO, M. C. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. Revista latino-americana de



Silvana Januario Jorge*

*Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva.



Silvana Januario Jorge*

*Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva.

enfermagem, 2008, Set-out, 16(5). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 15 jul 2011.

3. MIES, S. Transplante de fígado. Rev. Ass. Med. Brasil, 1998; 44(2): 127-34.

4. OLIVEIRA, L. F.; GONZAGA, R. A. M.; GIARETTA, V. M. A.; SANT'ANNA, A. L. G. G. Transplante hepático: intervenções de enfermagem no pós-operatório. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e V Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior - Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0188_0363_01.pdf.

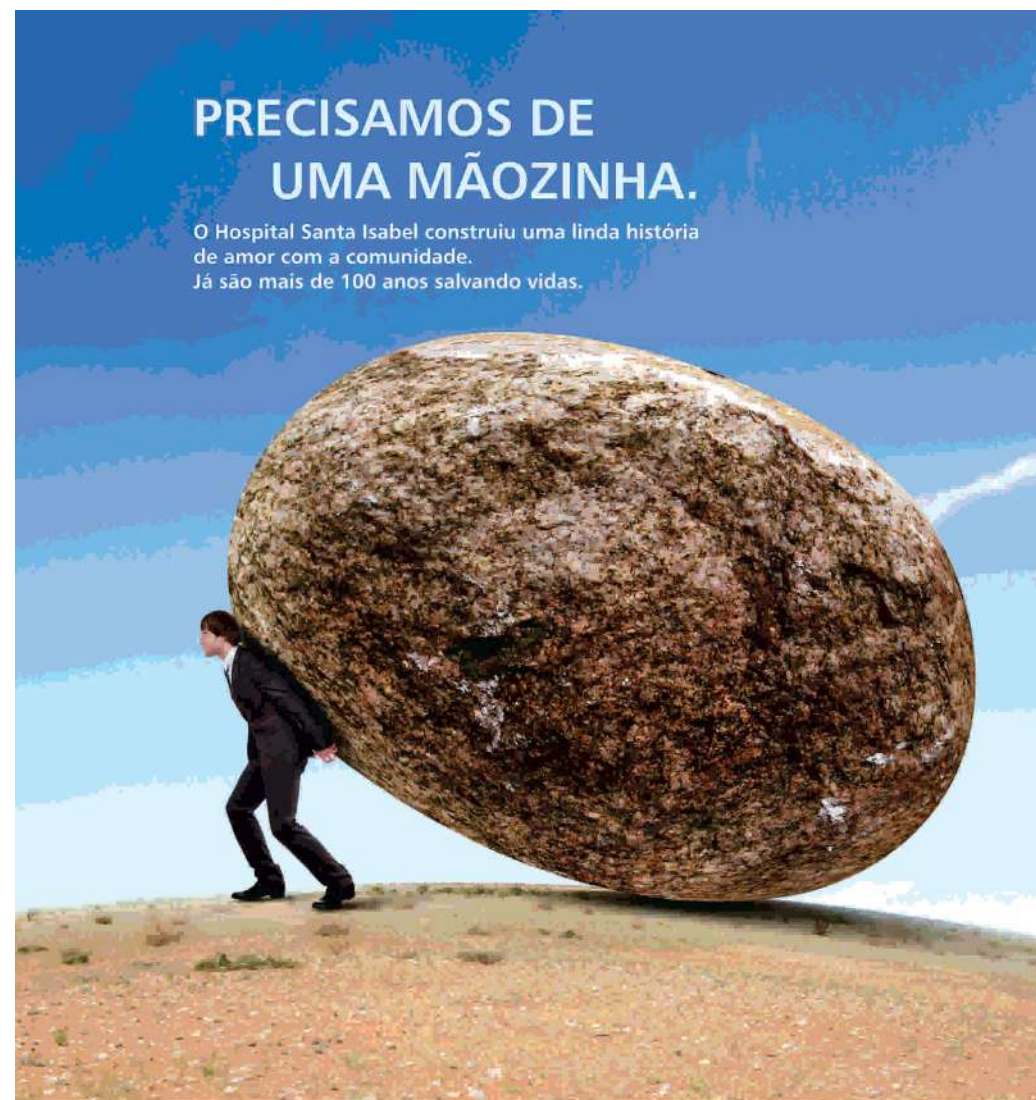
5. RAMOS, C. I.; OLIVEIRA, L. A. M.; BRAGA, B. A. V. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. Rev. Cienc. Cuid. Saude 2011, Jan/Mar; 10(1): 116-126.

6. ROCHA, KINA, LOURENZEN E SILVA Assistência de enfermagem a pacientes submetidos ao transplante hepático: cuidados intensivos no pós-operatório. Rev. Nursing, SP; 3(26): 18-22, jul.2000.

7. SALVIANO, M.E.M. Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós operatório na unidade de internação. [Dissertação de mestrado] Belo Horizonte(M.G.): Escola de enfermagem/UFGM; 2007.

8. SILVA, T. C.C.; CARVALHO, R. Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório. JBT J Bras Transpl 2006; 9:481-485.

9. SMESLTZER, C. S.; BARE, G. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Tradução José E. F. de Figueiredo. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. V.2. Título original: Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th.



Foram inúmeras pedras retiradas do caminho, sempre com a participação de pessoas que acreditam no trabalho em equipe. Essa caminhada continua, ainda temos muitas pedras para retirar. É por isso que pedimos a sua ajuda: adote um quarto. Afinal, o que é mais valioso não é o que nós temos e sim quem nós temos em nossas vidas.



(47) 3321-1104 | amabel@santaisabel.com.br

A IMPORTÂNCIA DA COMISSÃO DE INFECÇÃO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO



Mirelli Elisa Alves*
Natália Eirão Zulin**
Neusa Maria Martini***
Rodrigo Duarte Perez****

Equipe do SCIH:
*Enfermeira
**Enfermeira
***Enfermeira Coordenadora;
**** Médico Infectologista e Coordenador da CCIH.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH) - HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - ABRIL 2012.

Atualmente as infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) constituem uma das principais preocupações dentro dos serviços de saúde, principalmente quando se trata das unidades de terapia intensiva (UTI).

É neste ambiente que encontramos associação de vários fatores propícios ao surgimento de IRAS, tais como, clientes graves com risco de vida iminente, com doenças severas, freqüentemente vivendo à custa de medidas adicionais de suporte, com várias intervenções invasivas, ocasionando a quebra de barreiras fisiológicas¹.

O controle das IRAS é essencial em todo ambiente hospitalar. Assim, as unidades de cuidados ao paciente crítico requerem atenção especial por parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), pois além de constituírem população de alto risco, estes sofrem maiores conseqüências na ocorrência de infecção.

Embora as UTI's representem apenas 10 a 15% dos leitos hospitalares, estas unidades respondem por até 30% de todas as infecções hospitalares, sendo cerca de cinco a dez vezes maiores do que em outras unidades de internação, contribuindo com mais de 25% dos custos totais da hospitalização¹.

As principais IRAS são pneumonias, infecção do trato urinário, infecção de ferida operatória e infecção de corrente sanguínea. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)² as pneumonias constituem a principal infecção, sendo responsável por aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas UTI's, com mortalidade variando de 20% a 60%, além de prolongar a hospitalização em torno de 12 dias, aumentando os custos da mesma.

Vale lembrar que as pneumonias associadas e não associadas à ventilação mecânica são complicações evitáveis, passíveis de serem controladas através de medidas preventivas².

Como conseqüência da gravidade de doenças de base associado ao comprometimento imunológico e demais presenças de fatores de risco, os pacientes criticamente enfermos são especialmente susceptíveis à rápida colonização por patógenos endêmicos da flora hospitalar, que tem a sua principal via de transmissão através das mãos de profissionais de saúde. Entretanto, vale lembrar, que muitas das infecções hospitalares originam-se da flora endógena do paciente, decorrente de desequilíbrio induzido por quimioterapia, uso de corticóides, terapia antimicrobiana e uso de procedimentos invasivos³.

Os riscos de infecção estão presentes no ambiente hospitalar e precisamos administrá-los da melhor forma possível, já que não podemos eliminá-los totalmente, sendo necessária a conscientização de todos os profissionais envolvidos no ambiente crítico.

Embora haja esse reconhecimento, as maiores dificuldades existentes no contexto do controle de IRAS relacionam-se à necessidade de conscientização dos profissionais de saúde para a execução de tarefas que possam auxiliar no controle das infecções através da adoção de medidas preventivas⁴.

Esse estudo teve como objetivo reportar as atividades desenvolvidas pela CCIH na UTI de adultos de uma Instituição de Saúde visando à prevenção e redução das principais infecções ocorridas nesse ambiente. Procuramos relatar o impacto das ações educativas da CCIH na redução das infecções, principalmente das pneumonias relacionadas à assistência à saúde.



Mirelli Elisa Alves*
Natália Eirão Zulin**
Neusa Maria Martini***
Rodrigo Duarte Perez****

Equipe do SCIH:
*Enfermeira
**Enfermeira

***Enfermeira Coordenadora:

**** Médico Infectologista e Coordenador da CCIH.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH) - HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - ABRIL 2012.

Os resultados do presente estudo contribuem para embasar novas pesquisas sobre infecção hospitalar e incentivar a continuidade e importância da presença da CCIH dentro da UTI com maior frequência.

Trata-se de um relato de experiência com delineamento epidemiológico, ocorrido em um hospital terciário, de atendimentos de alta complexidade, com acomodação de 250 leitos. Possui CCIH ativa desde 1976. Mensalmente são formuladas na CCIH as estatísticas e taxas de incidência das IRAS, com o objetivo de controlar os indicadores de infecção e, desta forma, reavaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes.

Através das análises mensais dos indicadores, observou-se que os índices de infecção da UTI encontravam-se elevados, chegando a atingir em junho de 2012, 30,3%, fato que chamou a atenção da CCIH, que decidiu realizar auditoria do setor e, posteriormente implantação de rotinas e atividades educativas com toda a equipe multidisciplinar.

As infecções do trato respiratório inferior estão sempre entre as mais importantes causas de infecção adquirida no ambiente hospitalar, juntamente com as topografias do sítio cirúrgico, trato urinário e da corrente sanguínea¹.

Como os índices de pneumonia estavam elevados e esta constituía uma realidade constante em nosso ambiente, decidimos inicialmente realizar ações que visaram prioritariamente à prevenção das mesmas.

A ANVISA² traz os principais fatores de risco para pneumonia associada à assistência à saúde, agrupando-os em quatro categorias:

1. Fatores que aumentam a colonização da orofaringe e/ou estômago por microrganismos.
2. Condições que favorecem aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal.
3. Condições que requerem uso prolongado de ventilação mecânica com exposição potencial a dispositivos respiratórios e/ou contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde.
4. Fatores do hospedeiro como extremos de idade, desnutrição, condição de base grave, incluindo imunossupressão.

Destas categorias, as três primeiras, incluem fatores de risco considerados modificáveis e estes devem constituir o alvo das medidas preventivas. E, baseado nesses fatores as medidas tomadas pela CCIH foram às seguintes:

- Higiene das Mãos
- Decúbito elevado (30 – 45°), mantido 24 horas por dia, salvo em contra-indicações
- Aspiração de secreção orotraqueal rotineiramente
- Higiene oral com antissépticos
- Técnica correta de banho de leito

A escolha das atividades foi baseada de acordo com as principais irregularidades observadas no setor durante a sua auditoria. A partir de então, buscou-se focar os principais pontos críticos e intervir nestes.

A capacitação sobre higienização das mãos foi realizada através de palestra baseada nas recomendações da ANVISA, com demonstração da técnica através de um vídeo, posteriormente foi encenado pelo orientador da CCIH a técnica e em seguida todos os participantes foram encaminhados para uma pia e ali, um por um, realizou a lavagem das mãos, sempre supervisionado reforçando a técnica, a seqüência e o tempo correto. Cada capacitação teve duração de uma hora, realizada com grupo de 5 a 10 pessoas, no total houve a participação de 49 colaboradores.

Todas as demais citadas foram realizadas através de palestras interativas, dinâmicas, simulações e atividades práticas.

A UTI tem capacidade para oito leitos, durante o ano de 2012 foram internados 549 pacientes, destes, 116 tiveram IRAS, ou seja, 21% dos clientes. Em toda Instituição de Saúde em questão ocorreram 512 infecções no decorrer deste ano, desta forma, 46% dessas foram dentro da UTI adulto. Podemos conferir na tabela abaixo as taxas de IH mensal durante o ano de 2012.

Quadro 1 – Taxa de infecção hospitalar da UTI adulto de acordo com as topografias

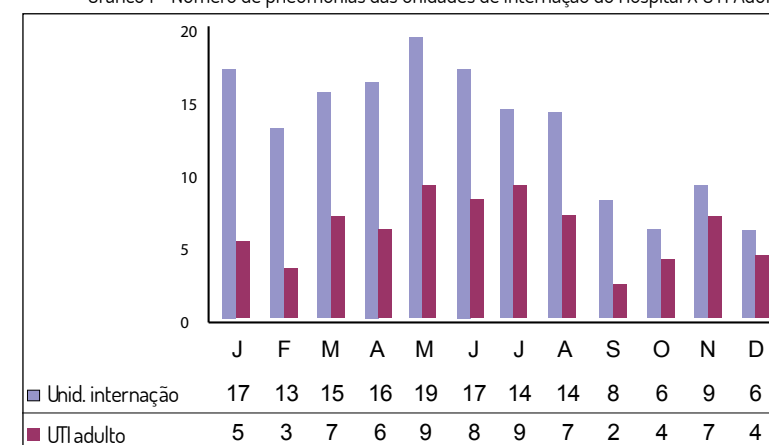
Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
UTI ADULTO	16,2%	19,5%	26,7%	22,7%	27,9%	30,3%	18,9%	22,2%	14,5%	13,5%	19,2%	21,8%
PNEUMONIA	13,5%	7,3%	12,5%	13,6%	20,9%	24,2%	15,1%	15,5%	2,1%	6,5%	13,5%	7,8%
TRATO URINÁRIO	2,7%	7,3%	5,3%	2,2%	2,3%	0,0%	1,9%	2,2%	2,1%	0,0%	0,0%	9,8%
CORRENTE SANGÜINEA	0,0%	2,4%	5,3%	4,5%	2,3%	6,06%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
OUTRAS	0,01%	2,4%	3,5%	2,2%	2,3%	0,0%	1,8%	4,5%	10,2%	6,5%	5,8%	1,9%

Fonte: SCIH, 2012

Através do quadro acima podemos observar o aumento ocorrido no mês de junho, com a taxa de infecção mensal atingindo 30,3%. A partir desse dado, imediatamente em julho, deu-se início as capacitações para toda a equipe multidisciplinar da UTI para a higienização das mãos, sendo realizadas essas capacitações durante todo o mês. Em agosto foram iniciadas as demais atividades educativas. Também podemos observar através do quadro, a predominância das pneumonias associadas à assistência à saúde sobre as demais topografias.

A pneumonia é a principal causa de infecção nosocomial em pacientes internados na UTI, sendo os maiores índices em pacientes submetidos à ventilação mecânica. No gráfico abaixo podemos ver o comparativo.

Gráfico 1 – Número de pneumonias das unidades de internação do Hospital X UTI Adulto



Fonte: SCIH, 2012

Neste gráfico podemos observar quantas pneumonias relacionadas à assistência à saúde ocorreram no hospital em geral e, destas quantas foram na UTI adulto. No mês de junho, por exemplo, ocorreram 09 pneumonias em todo o hospital e 08 apenas na UTI, totalizando 17 pneumonias ao todo.

Embora as atividades inicialmente fossem direcionadas ao combate da pneumonia houve diminuição das demais topografias, fato que podemos relacionar a maior conscientização de todos à lavagem das mãos e ao imenso apoio recebido pela equipe médica, de fisioterapia e de enfermagem da unidade. Juntamente com as ações da CCIH, a equipe multidisciplinar da UTI adotou várias medidas para prevenir as demais topografias, como por exemplo, a criação de um protocolo para controle da inserção de acessos venosos centrais, através da auditoria conjunta do procedimento por um profissional enfermeiro.

Após dar-se por encerrado as atividades educativas, finalizamos com uma reunião geral com todos os representantes das áreas mais críticas da instituição, para a entrega de um manual próprio e direcionado a prevenção das IRAS. Esse manual está disponível atualmente na UTI geral adulto, UTI coronariana e na Unidade de Cuidados Especiais, elaborado e baseado nas melhores recomendações dos manuais da Organização Mundial da Saúde (OMS), ANVISA e guias do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos e da Europa.

As medidas preventivas focadas durante os treinamentos com as equipes de saúde procuraram reforçar os conceitos básicos para a prevenção das IRAS com o objetivo de formar hábitos pelos profissionais, além da teorização do conhecimento.



Mirelli Elisa Alves*
Natália Eirão Zulin**
Neusa Maria Martini***
Rodrigo Duarte Perez****

Equipe do SCIH:
*Enfermeira
**Enfermeira

***Enfermeira Coordenadora:

**** Médico Infectologista e Coordenador da CCIH.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH) - HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - ABRIL 2012.



Mirelli Elisa Alves*
 Natália Eirão Zulin**
 Neusa Maria Martinj**
 Rodrigo Duarte Perez***

Equipe do SCIH:
 *Enfermeira
 **Enfermeira
 ***Enfermeira Coordenadora;

**** Médico Infectologista e Coordenador da CCIH.
 SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
 HOSPITALAR (SCIH) - HOSPITAL DE ALTA
 COMPLEXIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - ABRIL 2012.

A higiene das mãos é fundamental para evitar a infecção e deve fazer parte de todas as campanhas educativas. A cabeceira do leito elevada diminui os riscos de micro aspirações. O conhecimento das etapas sequenciais do banho de leito é de extrema importância, uma vez que o colaborador toma consciência da área mais suja e mais limpa e, por qual área deve começar. Desta forma, realizar a higiene correta das mãos, mantendo a cabeceira elevada por todo o período, realizando primeiramente a higiene oral com anti-séptico bucal e posteriormente realizar a aspiração oro traqueal, para após toda essa seqüência dar a continuidade ao banho, foram as medidas reforçadas e que trouxeram um impacto significativo e positivo à CCIH.

O apoio da equipe multidisciplinar, com representação ativa da área médica, de fisioterapia e de enfermagem é extremamente importante ao controle de infecção, uma vez que para a sua prevenção é preciso a participação de todos para alcançar o objetivo desejado. Além de que, após as atividades houve a criação de um vínculo e proximidade maior entre a CCIH e a equipe da UTI.

O principal problema encontrado foi a baixa adesão dos profissionais à lavagem das mãos. E, após o desenvolvimento das ações para estimular a higienização das mãos, observamos uma maior responsabilidade a essa prática e quedas visíveis dos índices de infecções. Entretanto, também observamos que, sem novos estímulos, há queda na participação na lavagem das mãos ao longo do tempo, como podemos observar com o aumento das infecções nos dois últimos meses do ano.

A atenção dos profissionais deve direcionar-se às medidas profiláticas e de controle da IRAS tendo como meta garantir a qualidade da assistência oferecida à comunidade. Para tanto, torna-se necessário esforços contínuos na busca de soluções eficazes e eficientes. Urge a elaboração de programas educativos, que colaborem para despertar a equipe, quanto ao envolvimento individual e coletivo para o controle das infecções.

Palavras Chave: Infecção hospitalar. Prevenção e controle. Unidade de terapia intensiva.

Referências:

1. FERNANDES, A. T.; FERNADES, M.O.V.; FILHO, N.R.; Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
2. ANVISA. Infecções do Trato Respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009.
3. OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T.; Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2005.
4. ERDMANN, A. L.; LENTZ R. A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. Revista Texto Contexto Enferm. 2004; 13:34-49.

ENFERMAGEM QUEM SOMOS... ONDE ESTAMOS!

Os quadros abaixo demonstram informações sobre o condicionamento dos profissionais de enfermagem na instituição:

Quadro 1 - Total de colaboradores da enfermagem subordinados a Direção de Enfermagem

FUNÇÃO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Enfermeira Coordenadora Centro Cirúrgico	01
Enfermeira Coordenadora CME	01
Enfermeira Coordenadora Agencia Transfusional	01
Enfermeiro Coordenador Hemodinâmica	01
Enfermeira Coordenadora Unidade Coronariana	01
Enfermeira Coordenadora Terapia Intensiva	01
Enfermeira Coordenadora Serviço de Emergência	01
Enfermeira Coordenadora do Ambulatório de Especialidades	01
Enfermeira Coordenadora da CIHDOTT	01
Enfermeiro Coordenador Unidades de Internação	11
Enfermeira Coordenadora Educação Permanente	01
Enfermeiro Assistencial	63
Enfermeiro Junior	104
Técnico de Enfermagem	235
Auxiliar de Enfermagem	20
Total	443

Fonte: Dados fornecidos pelo RH da instituição, 2013.

Quadro 2 - Total de colaboradores da enfermagem subordinados a Direção Administrativa e Financeira

FUNÇÃO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Enfermeiro Coordenador de Serviços de Prontoúrios	01
Enfermeira Coordenadora Central de Agendamento	01
Enfermeira Coordenadora Setor de Imagens	01
Enfermeira Coordenadora Setor de Auditoria de Contas Médica	01
Enfermeira Coordenadora Terapia Intensiva	05
Enfermeira Auditora	02
Enfermeira Auditora Junior	01
Enfermeira Medicina do Trabalho	01
Enfermeira Junior Faturamento	01
Enfermeiro Junior Setor de Imagens	03
Técnico de Enfermagem Farmácia	06
Total	23

Fonte: Dados fornecidos pelo RH da instituição, 2013.

Quadro 3 - Total de colaboradores da enfermagem subordinados a Direção Geral

FUNÇÃO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Enfermeira Coordenadora-CCIH	01
Enfermeira - CCIH	02
Total	03

Fonte: Dados fornecidos pelo RH da instituição, 2013.

Quadro 4 - Total de colaboradores da enfermagem na instituição

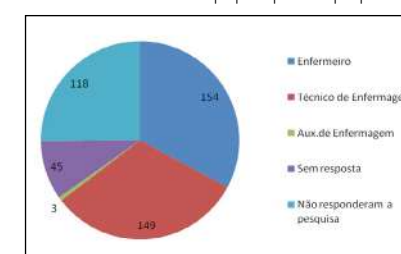
FUNÇÃO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Técnicos de Enfermagem	224
Enfermeiros Coordenadores	26
Enfermeiros	71
Enfermeiros Juniores	108
Auxiliares de Enfermagem	20
Total	469

Fonte: Dados fornecidos pelo RH da instituição, 2013.

Estadística dos Colaboradores da Enfermagem na Instituição

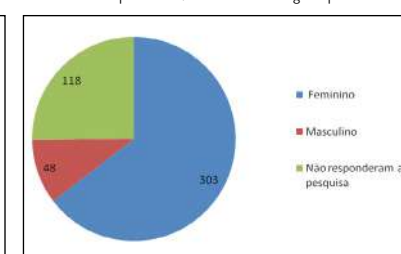
A representatividade do perfil dos profissionais da enfermagem foi mensurada através de um questionário entregue aos 469 colaboradores da enfermagem e evidenciadas em gráficos.

Gráfico 1 - Profissionais que participaram da pesquisa



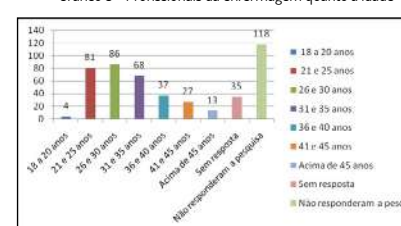
Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

Gráfico 2 - Representatividade da enfermagem quanto ao sexo



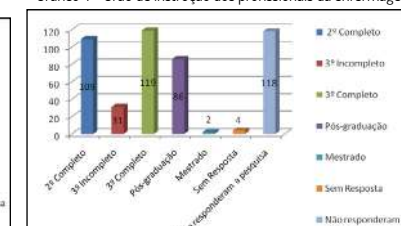
Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

Gráfico 3 - Profissionais da enfermagem quanto à idade



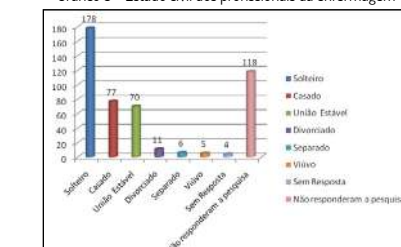
Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

Gráfico 4 - Grau de instrução dos profissionais da enfermagem



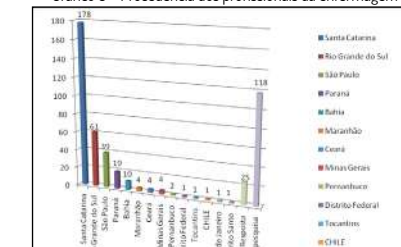
Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

Gráfico 5 - Estado civil dos profissionais da enfermagem



Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

Gráfico 6 - Procedência dos profissionais da enfermagem



Fonte: Pesquisa realizada com os profissionais da enfermagem, 2013.

GESTÃO EM FOCO



“Gestão dos Serviços de Saúde”, é o foco do Simpósio que a Comissão Científica de Enfermagem (Cocien) do Hospital Santa Isabel (HSI), de Blumenau (SC), realiza no dia 12 de Junho de 2013, no auditório do SENAC, de Blumenau - SC. O objetivo deste evento será absorver/ socializar conhecimentos, bem como troca de ideias. Serão abordados temas fundamentais para que se possa buscar subsídios e estratégias utilizadas pelas instituições e profissionais para se manterem e destacarem-se no mercado de trabalho. Em um único dia de evento, serão abordados temas pertinentes a Gestão dos Serviços de Saúde. Inicialmente o tema abordado será “geração X e Geração Y, ministrado pelo diretor administrativo Financeiro do Hospital Santa Isabel, com larga experiência no ramo de administração hospitalar. Este tema atualmente tão pertinente e discutido entre diversos gestores, sendo que de forma direta e indireta influencia na realização de processos e alcance de metas. Na sequência o Diretor Técnico e infectologista do hospital Santa Isabel, Doutor Rodrigo Duarte Perez irá contemplar os participantes com o tema de Infecção Hospitalar e suas interfaces na área de saúde, onde diversos países, bem como o Brasil, caracterizados pela destinação de pequena quantidade de recursos financeiros para o setor saúde, têm, na prevenção e no controle da infecção hospitalar, o atendimento a uma necessidade econômica, devido os elevados custos que demandam os casos de infecção hospitalar. O Simpósio também contará com a participação da Superintendente da Sociedade Divina Providencia e Consultora de Gestão Estratégicas Processos e Qualidade na Gestão de Alto Desempenho Sônia Remor que nos contemplará com a palestra “Planejamento Estratégico ou Eficácia Operacional: principais tendências na Gestão Hospitalar”, sabedores que este tema é fundamental para que possamos aperfeiçoar nossos conhecimentos, vista esta ferramenta ser de total importância para as organizações que desejam se firmar e atingir seus objetivos e metas. E por fim, A palestrante Master Coach Executiva Janaina Manfredini encerrará as atividades com o tema “O que te motiva a ser o melhor profissional que você pode ser?”.

INSCRIÇÕES: SIMPÓSIO “GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”

As inscrições iniciaram no dia 08 de maio de 2013

Local de inscrição:

Público interno:
Hospital Santa Isabel,
5º andar - Sala Educação
Permanente
(Horário das 06h às 19h30m de segunda à sexta-feira) ou via e-mail

Público externo:
Inscrição via e-mail -
cocien@santaisabel.com.br -
mandando o formulário de
inscrição preenchido.

Efetivação da Inscrição:
Confirmação através do depósito:
Banco do Brasil
Agência: 3420-7
Conta: 4396-6

Obs.: O comprovante de depósito deve ser enviado via e-mail (cocien@santaisabel.com.br) ou levado no dia do evento!

	Valor até 31/ maio	A partir 01/junho
Profissionais de nível médio / Estudantes	R\$ 20,00	R\$ 25,00
Profissionais de nível Superior	R\$ 30,00	R\$35,00

Obs.: No dia do evento não serão realizadas inscrições!

Organização: Comissão Científica de Enfermagem

1. Joslaine Rafaela Menegazzo
2. Ivany Berdyj Hildinger
3. Maria Elvira Pettersen
4. Bruna Maria Vieira
5. Aline Caren Schmidt
6. Maria Lucia Soero de Almeida



SIMPÓSIO: GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DATA: 12/06/2013

Local do Evento: Auditório da Faculdade de Tecnologia SENAC
Av. Brasil, 610, 3º Andar - Ponta Aguda - Blumenau

HORÁRIO	ATIVIDADE	PALESTRANTE
07h45 às 08h15	Cadastramento e Entrega de Materiais	-
08h15 às 08h30	ABERTURA	-
08h30 às 09h30	Gerações: Conflitos? Ou Somatórios?	Vilson Alberti Santin Pós graduado em Gestão Hospitalar; Diretor administrativo financeiro do Hospital Santa Isabel
09h30 às 09h45	Coffee Break	-
09h45 às 10h45	Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da Saúde	Dr Rodrigo Duarte Peres Médico Infectologista; Coordenador do CCIH; Diretor Técnico do Hospital Santa Isabel
10h45 às 11h45	Gestão dos Serviços de Saúde	Enfª. Andrea da Silva Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Mestre em Engenharia de Produção - Ergonomia pela UFSC; Diretora de Ações em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau; Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB
11h45 às 13h15	Almoço	Externo
13h15 às 13h30	Dinâmica	-
13h30 às 15h00	Planejamento Estratégico ou Eficácia Operacional: principais tendências na Gestão Hospitalar.	Sônia Remor Graduada em Ciências Econômicas; Coach de Resultados na Sônia Remor Coaching; Superintendente na Sociedade Divina Providencia; Proprietária e Consultora de Gestão, Estratégias, Processos e Qualidade na GAD - Gestão de Alto Desempenho
15h00 às 15h15	Coffee Break	-
15h15 às 16h45	“O que te motiva a ser o melhor profissional que você pode ser?”	Janaina Manfredini CEO e Head Master Coach Trainer CEO e Head Master Coach Trainer Advanced Coach Senior (Post-Master Coach) pelo Behavioral Coaching Institute - BCI (EUA), Master Coach Executiva pelo Instituto Brasileiro de Coaching, Trainer em PNL pelo Instituto Brasileiro de Coaching e Certified Master Coach pelo Behavioral Coaching Institute - BCI (EUA)



ESTRATÉGIA DE GESTÃO QUE DEU CERTO!

Em 2010, diante da necessidade de profissionais técnicos de enfermagem e a carência destes no mercado de trabalho, o hospital adotou como estratégia a contratação de enfermeiros assistenciais Junior para suprir esta dificuldade.

O que levou a esta iniciativa foi a crescente procura de emprego por profissionais enfermeiro recém formado. Aproximadamente 60% dos currículos que adentraram no setor recrutamento e seleção foram de enfermeiros.

Considerando esta realidade e com o objetivo de agregar à necessidade a oportunidade, elaborou-se o projeto de enfermeiro assistencial Junior, a partir da contratação de enfermeiro recém formado com experiências acadêmicas ou em estágios extracurriculares.

O projeto teve o intuito de suprir a demanda técnica e por outro lado oportunizando a inserção destes profissionais no mercado de trabalho, bem como, a valorização profissional da categoria.

Iniciou-se com a contratação 12 enfermeiros junior para atuar na assistência prestando cuidados integrais ao paciente, buscando o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de resolução de problemas, combinados com a habilidade técnica científica vital para o processo de cuidar.

A assistência prestada por estes profissionais atingiu e atinge a satisfação dos clientes e os resultados administrativos. As resoluções de processos são realizadas de forma mais efetiva.

Atualmente, a instituição conta com 104 enfermeiros assistenciais Junior distribuídos em diversas unidades de internação, bem como, no Serviço de Emergência e Sala de Recuperação Pós Anestésica.

Estes profissionais se destacam pelo comprometimento e interesse próprio de crescer. Perante a oportunidade interna para enfermeiro assistencial, o enfermeiro assistencial júnior é oportunizado através de processo seletivo. Um dos critérios do processo é o período em que atuam na instituição.

O incentivo é realizado pela direção de enfermagem, através de reuniões bimestrais. São também realizadas capacitações freqüentes diante das necessidades identificadas, com a finalidade de atuarem com segurança tanto profissional quanto aos clientes e familiares.

Com esta iniciativa evitou-se deixar de atender clientes e por outro lado oportunizou-se emprego à profissionais enfermeiros.

Vista a deficiência de técnicos de enfermagem disponíveis para contratação, percebe-se que outras instituições de saúde aderiram a esta prática, contudo, a inclusão de enfermeiro assistencial Junior aos serviços de saúde tende a crescer.





Fisioterapia Intensiva

apendicopai.com.br



Responsável Técnico: Yuri C. Góss.

A recuperação de uma enfermidade é uma jornada desafiadora...

Mas quando há o amparo de uma mão capaz e amiga, encontra-se a segurança e confiança necessária para uma trajetória tranquila.

Uma empresa de profissionais experientes e capazes, preparada para dar assistência em seus desafios.

A Fisioterapia Intensiva é uma empresa parceira do Hospital Santa Isabel desde 2004, onde assiste as unidades de terapia intensiva, enfermagem clínico/cirúrgica, ambulatórios de cardiologia e transplantes, além de prestar serviços aos colaboradores do hospital com ginástica laboral e atendimento ortopédico em doenças relacionadas ao trabalho.

Confiança é tudo. Compromisso com você.



Laboratório
Santa Isabel
Análises Clínicas

47 3326 4381

TEKA

PROFILINE

★★★★★

O Hospital Santa Isabel e a TEKA completam 23 anos de parceria.

A TEKA fornece enxovais com todo carinho, atendendo com conforto às necessidades dos pacientes.



Há 77 anos no mercado hospitalar

Produtos de ponta em primeiros-socorros, cirurgias, tratamento e higiene.



UNICA NO SEGMENTO COM SELLO ABNT



Cremer
Proteger a vida

Call Center
0800 701 3080
Atendimento ao Consumidor
0800 727 0522
www.cremer.com.br
falasom@cremer.com.br

