

*revista
brasileira de
enfermagem*



ANO XVI

ABRIL DE 1963

N.º 2



Nos tempos pioneiros do comércio no Brasil, surgiu um herói, o Caixeiro-Viajante. Figura importante nos sertões brasileiros levando notícias fazendo negócios. Ficou famoso. Ganhou apelido, "Cometa", porque como os astros, aparecia de tempos em tempos, de cidade em cidade. Os anos passaram, mas a profissão ficou e desenvolveu-se. E hoje, há milhares de viajantes cruzando o Brasil em tôdas as direções, levando progresso, bem-estar e conforto às populações mais distantes. Os viajantes de hoje têm outras condições de trabalho. Para conduzir dinheiro, dispõem de novos meios práticos e absolutamente seguros, como os "Cheque-Cometa" e as "Cartas Acolhimento de Cheque" do Banco de Crédito Real de Minas Gerais.

SE OS "COMETAS" AINDA EXISTISSEM...

CHEQUE-COMETA

O "Cheque-Cometa" é dinheiro em caixa! As mais importantes organizações de todo o país - lojas, hotéis etc. - aceitam-no como se fôsse moeda sonante. Com uma diferença: é à prova de roubo. E mesmo em caso de perda, sua segurança é a mesma, pois só pode ser utilizado mediante a repetição da sua assinatura no ato do pagamento.



BANCO DE CRÉDITO REAL
de Minas Gerais S. A.



1 9 1 2 - 1 9 6 3

Símbolo de Serviço

Padrão de Qualidade



Um cafêzinho brasileiro em Nova York

A Carta Patente com que o Ministério da Fazenda e a Superintendência da Moeda e do Crédito autorizaram a Agência do Banco da Lavoura a entrar em funcionamento em Nova York é uma cabal demonstração da maturidade econômica do Brasil! Na primeira Agência bancária brasileira a operar nos Estados Unidos - a do Lavoura - V. encontrará um ambiente bem brasileiro, onde pode tomar um bom cafêzinho, ler revistas e jornais brasileiros e, em breve, fazer todas as operações bancárias! É um pedaço do Brasil em pleno coração de Nova York!

Antes de viajar, passe pela Agência do Banco da Lavoura de sua cidade e peça um cartão de apresentação para o gerente de nossa Agência em Nova York. Ele terá o máximo prazer em atendê-lo.



Banco da Lavoura

DE MINAS GERAIS. S. A.

A maior organização bancária particular da América Latina.

3 razões decisivas para V. preferir o

NOVO ALGODÃO YORK

Mais absorvente! As fibras longas do Novo Algodão York receberam tratamento especial de hidrofilição. Por isso absorvem os líquidos com muito mais eficiência. O Novo Algodão York, por ser hidrófilo, não é apenas um "espalhador" de medicamentos, mas participante da medicação! Mais puro! Absolutamente estéril, o Novo Algodão York é o mais puro que V. pode

encontrar. É um produto que traz em si toda a experiência e toda a confiança das Indústrias York! Mais macio! Quando o Novo Algodão York toca sua pele, V. quase nem chega a senti-lo, tal sua maciez. Delicado e macio é o algodão mais recomendável que V. pode adquirir! Algodão York Caixas de 250, 100, 50 e 25 gramas. Algodão Beta Rolos de 500 e 250 gramas.



*Quem
conhece...
confia!*

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XVI

ABRIL DE 1963

N.º 2

SUMÁRIO

	Pág.
EDITORIAL	
Enfermagem nos Serviços de Saúde Escolar	57
SERVIÇO	
Cirurgia Cardíaca a Céu Aberto — <i>Anna Carolina L. Oliveira</i>	59
Ante-Projeto de Regimento do Serviço de Enfermagem — <i>Ariadne Lopes de Menezes</i>	69
INTERESSE GERAL	
Registro da Revista	86
Relatório do III Congresso Nacional de Enfermeiros Práticos e Servidores de Hospitais do Brasil — <i>Ir. Maria Blanda de Queiroz</i>	88
Histórico da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul — <i>Ruth Anacleto e Yvonil Baptista</i>	92
O Caso de Kewanee — <i>Dorothy Peters</i> — Trad. de <i>Anyta Alvarenga</i>	95
Comentário do Editor	105
NOTÍCIAS	
Legislação	107
Levantamento de Necessidades de Enfermagem	107
Bólsas Concedidas pela CAPES em 1963	107
ABEn	
Organização	109
Endereços	111

Diretor Responsável: Clarice Della Torre Ferrarini

Diretor Redator Chefe: Haydée G. Dourado

Editor: Marina de Andrade Resende

Gerente: Altair Alves Arduino

Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - sala 1.304

Rio de Janeiro — GB

CAPA DE SANTA ROSA

EDITORIAL

ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR

É dos mais produtivos, em termos de melhor saúde para as populações, o campo da assistência à saúde dos escolares, desde os pequeninos da escola maternal até os alunos de pós graduação universitária.

A Associação Brasileira de Enfermagem não está satisfeita com o estado atual da enfermagem nos serviços de saúde das escolas. Alinhemos aqui alguns aspectos tomados a vôo de pássaro, do que já, e sem pesquisa específica, pode ser verificado. Servirão para que as Seções da Associação neles meditem e formulem um esquema de providências para melhor encaminhamento do problema.

Tomemos inicialmente fatos da Guanabara.

Nos cinco lustros que medearam entre os primeiros serviços de saúde escolar, por volta de 1930, estimulados pelo Oscar Clark e contados até que surgisse a primeira reação da ABEn — Seção do antigo Distrito Federal na década de 1950, a favor do respeito à legislação vigente, quanto a provimento nos cargos de enfermeiro, o que se observava era uma triagem para os serviços de enfermagem escolar de uma maioria de atendentes sem habilitação alguma, uma vez que dentre as pessoas admitidas, as que conhectam os métodos e técnicas da enfermagem eram de preferência designadas para visitaçào domiciliar. Logo depois da lei de 1935, que criou os cargos respectivos, atingiu a cêrca de 200 as enfermeiras de saúde pública nas unidades sanitárias da Guanabara. Trabalhavam em subchefias de 8 a 10 cada; a chefia geral não abrangia o serviço de enfermagem escolar. Ainda hoje qualquer de nós que seja do campo da saúde pública pode fazer a experiência de comparecer a um serviço de Saúde Escolar da Secretaria da Educação na Guanabara e ajuizar por si mesma o padrão do trabalho de enfermagem.

Na Capital de São Paulo, a assistência de que estamos tratando tem aspectos dignos de nota. Primeiramente, o Estado criou a educadora sanitária e fêz, assim, os profissionais que, ao lado dos médicos, realizam o trabalho. E o realizam com eficiência facilmente constatável. Por exemplo, a Universidade de São Paulo tem um programa de saúde escolar bem executado, enquanto que a do Brasil

não o possui ainda nesse nível. Não percamos a esperança de que o seu Reitor mude esse estado de coisas, mesmo porque a Escola Ana Neri, a primeira a cogitar, no Brasil, da enfermagem de saúde pública, está na Universidade do Brasil.

Para que se tomem outros flagrantes ilustrativos da situação nacional, torna-se necessário que sejam feitos levantamentos, no programa de pesquisa de enfermagem, examinando precisamente serviços selecionados de saúde escolar. Ficaria a classe com elementos suficientes para ajuizar se já pode tomar o problema e nomear uma Comissão Especial para coligir dados adicionais e propor à Assembléia algumas diretrizes.

Podemos assegurar que o assunto está a merecer tratamento prioritário, tal é o benefício que advirá para a população escolar, e ainda tal o perigo de ver-se perdido, para sempre, para a enfermagem de saúde pública, esse campo tradicionalmente seu.

SERVIÇO

CIRURGIA CARDÍACA A CÉU ABERTO

ANNA CAROLINA L. OLIVEIRA (*)

A Enfermagem moderna deve acompanhar constantemente o progresso da Medicina para que possa integrar-se realmente na equipe de saúde.

Visando este objetivo, faremos um ligeiro retrospecto da evolução da cirurgia cardíaca, a fim de compreendermos a importância dos cuidados de enfermagem, nos períodos pré e pós operatórios, ao paciente submetido a este tipo de cirurgia.

Com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, o homem tornou-se mais audacioso e procurou explorar melhor o organismo humano.

O coração, um dos órgãos vitais de nosso corpo, também teve sua área invadida e estudada, para que se tornasse possível a correção de seus defeitos tanto congênicos como adquiridos.

Paralelamente, desenvolveram-se a hematologia, os processos de exames bioquímicos, a técnica e interpretação radiográficas, possibilitando o diagnóstico mais específico do paciente cardíaco.

As afecções mais comuns do coração e grandes vasos podem ser esquematizadas da seguinte forma:

A — *Malformações congênicas:*

- a — Persistência de ducto arterioso
- b — Estenose pulmonar
- c — Coarctação da aorta
- d — Comunicação interauricular
- e — Comunicação interventricular
- f — Tetralogia de Fallot:
 - 1 — estenose da artéria pulmonar
 - 2 — dextroposição da aorta
 - 3 — comunicação interventricular
 - 4 — hipertrofia do ventrículo direito.

(*) Auxiliar de Ensino da Cadeira de Enfermagem Cirúrgica, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

B — Defeitos adquiridos:

- a — pericardite constrictiva
- b — enfarte do miocárdio
- c — traumatismos do miocárdio
- d — estenoses e insuficiências valvulares: mitral, tricúspide e aórtica.

Inicialmente foi tentada a cirurgia à volta do coração, com a finalidade de corrigir as coarctações da aorta, a persistência de ducto arterioso, a pericardite constrictiva. Para a tetralogia de Fallott era feita, e ainda se faz, a anastomose das artérias aorta e pulmonar (operação de Potts) ou a anastomose das artérias subclávia e pulmonar (operação de Blalock-Taussing) ¹.

Os resultados obtidos foram encorajadores e os estudos prosseguiram.

O homem penetrou então no interior do coração, porém às cegas, com auxílio apenas da percepção táctil. O cirurgião introduzia o dedo através de uma auriculeta e separava as válvulas estenosadas. Foram realizadas assim as comissurotomias mitral e aórtica.

Outros defeitos ainda estavam por ser corrigidos e o cirurgião necessitava encontrar recursos que lhe permitissem a total visibilidade das câmaras internas do coração. Precisava encontrar um método que incluísse as seguintes condições:

- manter as câmaras cardíacas exangues
- garantir a oxigenação dos tecidos, principalmente da célula nervosa e do miocárdio
- não alterar os componentes do sangue.

Primeiramente, os cirurgiões recorreram ao pinçamento das veias cavas e da artéria pulmonar, impedindo desse modo que o sangue penetrasse no coração D.

A seguir foi possível provocar a parada cardíaca por 3 minutos, causando anóxia no miocárdio pelo pinçamento da aorta² ou com injeção de cloreto de potássio no músculo cardíaco. Durante estes 3 minutos, o operador podia atuar sobre o coração D, devendo logo após este período, restabelecer a circulação.

Mas o tempo era insuficiente para o cirurgião e o risco de lesão das células nervosas era grande.

Foi usada então a hipotermia pois quanto mais baixa a temperatura do homem, menores são suas necessidades metabólicas, por-

1) Nestas operações é criado um quinto defeito que permite a passagem do sangue venoso proveniente do coração E. para a artéria pulmonar, conduzindo-o aos pulmões para sua oxigenação. Aumenta assim o teor de sangue oxigenado circulante.

2) O coração cessa seus movimentos quando o músculo cardíaco não é oxigenado

tanto de oxigênio. A circulação poderia ser interrompida de 8 a 10 m., desde que a temperatura do operando fôsse baixada para 20° C. aproximadamente. O cirurgião teria neste caso, seu limite de tempo ampliado.

Concomitantemente a êsses processos eram estudados ainda outros recursos, nos quais era desviada a circulação do sangue venoso do paciente, para sua oxigenação fora do organismo.

Após estudos e experiências realizadas em animais concluíram os pesquisadores, que o processo de circulação extracorpórea, com auxílio do coração-pulmão artificial era eficiente.

Êste sistema, além de manter o sangue circulante oxigenado, evitando os perigos da anóxia, proporcionou a visão total das câmaras cardíacas exangues, dando assim o tempo necessário ao cirurgião.

O processo consiste em desviar o sangue venoso das duas veias cavas, superior e inferior, através de tubos de material plástico, para um oxigenador. Há vários tipos de oxigenadores, como o de bôlhas, de telas, de discos. O importante é que aí são formadas películas muito finas que permitem a exposição das hemácias ao oxigênio, ocasionando o fenômeno da hematose. Neste trabalho focalizaremos o aparelho coração-pulmão artificial cujo oxigenador é de discos, os quais durante suas rotações formam suas películas de sangue que devem ser oxigenadas.

Uma vez oxigenado, o sangue volta ao corpo do paciente pela artéria femural, previamente dissecada, impulsionado por uma bomba de rôletas.

Foi necessária a resolução de outros problemas para que se tornasse possível a aplicação segura dêste processo:

- quantidade de sangue em estoque;
- hemólise ocasionada pelo traumatismo que as hemácias sofrem durante a circulação fora do organismo;
- formação de coágulos, quando o sangue entra em contacto com superfícies estranhas.

Em relação ao primeiro item foi verificado que seria preciso o sangue de 10 a 15 doadores, do mesmo tipo que o paciente, colhido poucas horas antes, em frascos siliconizados e com 20 mg de heparina. A quantidade de sangue exigida é grande porque todos os frascos e tubos do aparelho deverão estar cheios no momento em que fôr estabelecida a circulação extracorpórea.

Para diminuir a hemólise é feita a siliconização dos frascos, tubos e partes metálicas do aparelho. Sendo o verniz de silicônio uma substância hemorrepelente, o sangue deslizará por estas paredes sem aderir à sua superfície e reduzirá o traumatismo das hemácias.

Outro cuidado é a heparinização do paciente e do sangue doado, para que seja afastada a possibilidade de formação de coágulos durante o circuito no coração-pulmão artificial. Uma vez interrompido o circuito, o operando recebe sulfato de protamina que vai neutralizar a ação anticoagulante da heparina.

Estudados estes problemas, a cirurgia cardíaca com circulação extra corpórea tomou grande impulso e vem procurando sempre maiores aperfeiçoamentos. Hoje o cirurgião pode trabalhar durante o tempo necessário dentro do coração, corrigindo seus defeitos e permitindo uma sobrevida mais longa e mais amena ao paciente.

Tornou-se necessária uma equipe que conhecesse todos os problemas deste tipo de cirurgia. A enfermeira, como membro integrante deste grupo, deve estar bem orientada e esclarecida para que realmente possa dar ao paciente todos os cuidados que este necessita.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1 — Cuidados de enfermagem pré-operatórios

A enfermeira tem importante papel no preparo físico, psíquico e religioso do paciente durante o período pré-operatório.

Além dos pontos que são sempre observados em todos os pacientes cardíacos, devemos dar especial atenção ao problema emocional resultante da expectativa de uma intervenção cirúrgica.

A confiança do indivíduo e seus familiares na equipe hospitalar deve ser mantida e a enfermeira incluirá em seu programa a educação daquele grupo com relação ao período pós-operatório.

O paciente deve ser orientado sobre os seguintes itens:

- necessidade da tosse produtiva
- respiração ampla e exercícios respiratórios
- mobilização no leito
- comunicar sempre que sentir dor a fim de ser convenientemente medicado.

No caso de ser criança, pois grande número destes pacientes se enquadram entre a 1ª e a 2ª infância, o mais importante é diminuir o medo do ambiente hospitalar e às enfermeiras. Havendo bastante carinho no contacto entre a equipe hospitalar e a criança, conseguimos vencer em parte o problema da tensão em que a criança internada se encontra.

Quando possível, o paciente deve ser apresentado a um outro de diagnóstico semelhante e que tenha tido uma fase pós-operatória normal. Este fato traz muita confiança ao paciente e estimula-o a colaborar melhor no tratamento, desde que já tenha idade para compreensão.

Recomenda-se a internação alguns dias antes da intervenção, para possibilitar a adaptação do paciente.

Na manhã da operação, deve este receber cuidados iguais a qualquer paciente cirúrgico, ou seja:

- higiene corporal
- jejum
- retirada de próteses
- controle dos sinais vitais
- medicação.

Os familiares devem ser orientados em proceder com a maior naturalidade e, melhor ainda, em abster-se de estar presentes na manhã da operação. Procuramos assim evitar o aumento da tensão emocional do paciente.

Uma vez na sala de operação, é introduzida no paciente sonda vesical de demora e realizada a dissecação de veias do membro inferior e superior para reposição dos líquidos perdidos durante a cirurgia.

Tem início então, a anestesia e o ato cirúrgico.

II — Cuidados de enfermagem pós operatórios

A — Unidade do paciente

A unidade do paciente deve estar completa e pronta para receber um operado. A cama deve ser alta com possibilidade de proporcionar as posições de Fowler e Trendelenburgo. Se possível, o operado deve ser transportado da sala de operação para o quarto já em sua cama. Utilizam-se hoje tipos de cama com rodas grandes, grades e suportes de sôro. Caso não haja no hospital este tipo de cama, a passagem do paciente da maca para o leito deve ser feita com o máximo cuidado, observando-se o funcionamento dos frascos de drenagem, sôro, sangue, etc.

O oxigênio deverá estar pronto para ser ligado de acôrdo com a orientação do médico. A nebulização contínua tem sido preferida à tenda úmida, porque a visibilidade da tenda é prejudicada pela opacidade que o plástico adquire com o tempo. A nebulização contínua, ou seja, o fluxo de oxigênio, passando pelo vaporizador com sôro fisiológico e detergente, umidifica as vias respiratórias e permite a eliminação das secreções com maior facilidade.

B — Pontos a serem observados

Nos pós-operatórios imediatos, uma vez recebido o paciente da sala de operações, a enfermeira deverá conservá-lo muito bem em posição correta e verificar as condições de funcionamento dos drenos torácicos, dos tubos de polietileno das veias dissecadas, do gotejamento do soro ou do sangue.

a. Contrôles dos sinais vitais:

T.P.R. e P.A. devem ser verificados de meia em meia hora, ou com maior frequência se necessário. Há grande importância neste controle, pois uma parada cardíaca pode ocorrer e o médico terá apenas 3 minutos para fazer a toracotomia seguida por massagem cardíaca. Se durante tão curto espaço de tempo a anóxia não for vencida há perigo de lesões nervosas.

b. Controle de líquidos:

São controlados os líquidos administrados e eliminados. A administração é feita por via oral e endovenosa. Os líquidos são eliminados por via renal, drenagem de tórax e de curativos, sudoreses intensas, vômitos e acidentalmente, diarreia.

A densidade e quantidade de urina devem ser verificadas pois só assim se poderá acompanhar a evolução do processo de eliminação renal.

O controle de sangue perdido e sua reposição são feitos de hora em hora. Geralmente é prescrito 1 cc de Gluconato de cálcio por via endovenosa após cada 100 cc de sangue transfundido. Este cuidado mantém normalizado o processo de coagulação no organismo do paciente.

De acordo com a viscosidade sanguínea, serão administrados líquidos tanto por via oral como endovenosa. A alimentação líquida deve ser anotada, especificando-se quantidade e tipo de alimento.

c. Eliminação de secreções brônquicas:

A enfermeira deve estimular e auxiliar o paciente a tossir e eliminar secreção brônquica. Como geralmente

a dor impede que a tosse seja produtiva, é necessário aplicar o sedativo prescrito e em seguida auxiliá-lo da seguinte maneira: colocar firmemente uma das mãos sobre a incisão e a outra, nas suas costas para proporcionar sensação de segurança e pedir-lhe que tussa.

Em caso de dificuldade na eliminação de secreção, o médico deve ser avisado e, se houver indicação, este realizará a respiração endotraqueal.

A manutenção das vias aéreas em boas condições possibilita melhor oxigenação dos tecidos e evita complicações pulmonares.

d. Drenagem do tórax:

Para funcionamento correto da drenagem são observados os seguintes pontos:

- conservar bem fechadas as conexões entre os frascos;
- manter o frasco coletor em nível mais baixo que o tórax do paciente (1 m. mais ou menos);
- evitar angulações nos drenos.

O líquido drenado deve ser observado quanto a seu aspecto e volume.

e. Medicação:

A enfermeira verifica e providencia a medicação assim que o paciente voltar da sala.

Para os casos de emergência é aconselhável a existência de certos medicamentos na própria sala de recuperação ou unidade de enfermagem, tais como: cardiotônicos, analépticos, antihistaminicos, anticoagulantes, frascos de soro de diferentes tipos e antibióticos. Geralmente consulta-se o cirurgião para padronização em conjunto desses medicamentos.

III — Complicações pós-operatórias

Entre as complicações pós-operatórias que podem surgir destacamos:

- choque por hemorragia
- parada cardíaca
- fibrilação (movimento irregular e desordenado) do coração
- embolias
- complicações pulmonares.

- A hemorragia pode surgir ocasionada por:
 sangramento de capilares
 rompimento de uma ligadura
 desequilíbrio do mecanismo de coagulação (lembrar que o paciente foi heparinizado)
- A parada cardíaca e a fibrilação podem ter como causas:
 estimulação do vago
 reação às drogas anestésicas
 hipóxia.

Nestes casos, o cirurgião também intervém fazendo a toracotomia e massagem cardíaca. Caso não retornem os movimentos, é procedida a excitação elétrica do miocárdio, sendo utilizado o desfibrilizador.

- A embolia é causada por modificação do mecanismo de coagulação do sangue, podendo o êmbolo instalar-se em qualquer artéria de fino calibre, o que impedirá a circulação na área correspondente.

- As complicações pulmonares são decorrentes de estase de secreções na árvore brônquica.

A movimentação do paciente, a expansão adequada dos pulmões, a tosse produtiva e a umidificação constante das vias aéreas são medidas eficazes na profilaxia das broncopneumonias e atelectasias.

IV — *Material necessário*

Considerando todos os pontos anteriormente descritos, podemos deduzir que tipo de material deve existir em uma sala de recuperação em uma unidade de enfermagem utilizada para este fim, que é o seguinte:

- material esterilizado:
 dobraduras em geral (gases, compressas);
 pacotes de campo;
 caixa com seringas e agulhas de diferentes tamanhos e calibres;
 caixa com instrumental para traqueotomia, toracotomia, dissecação de veia, pequena cirurgia e curativos;
 caixas com sondas para sondagem vesical, cateter nasal e para aspiração de secreção brônquica, acessórios do desfibrilador;
- aparelho de aspiração de drenagem de tórax e respectivos frascos;
 aparelho de aspiração de secreção brônquica;
 — aparelho de respiração artificial de fácil manejo;

- desfibrilador;
- frascos graduados para controle de líquidos ingeridos e eliminados;
- medicamentos de emergência.

V — *A equipe de enfermagem*

É recomendável que este tipo de paciente seja cuidado por enfermeira, ou por auxiliar de enfermagem sob supervisão direta da enfermeira.

A assistência contínua e a observação das reações do paciente são de extrema importância, daí a necessidade de se exigir da equipe de enfermagem, visão de conjunto e iniciativa para resolver adequadamente os problemas que possam surgir. Além da constante assistência médica, é importante a vigilância contínua de enfermagem, principalmente nas primeiras 24 horas pós-operatórias.

VI — *Período pós-operatório mediato e convalescença*

Após o período crítico inicial, a vigilância e cuidados continuam de maneira menos intensa.

É de suma importância que o paciente aceite bem a alimentação prescrita, pois precisa ter forças e reservas para garantir a boa recuperação física.

Outro ponto a ser observado é em relação à posição do paciente. Quando a incisão é lateral, devido a uma reação de defesa à dor, o operado projeta o ombro do lado operado para cima e para a frente, o que pode causar uma escoliose. Quando é mediastina, ele inclina o tórax para a frente e pode surgir uma ligeira cifose.

Cabe à enfermeira observar que a postura seja mantida corretamente para evitar estes problemas e orientar o paciente sobre exercícios como: movimento de adução dos braços, encostar o tronco na parede e caminhar corretamente etc. A atividade é determinada pelo médico de acordo com o caso e sua evolução.

VII — *Orientação para alta*

O paciente e familiares devem ser esclarecidos sobre os seguintes pontos:

- atividade e repouso
- dieta

medicamentos
assistência psicológica
importância do seguimento médico.

Os três primeiros itens serão estabelecidos de acôrdo com o caso e a prescrição médica.

Em relação ao problema psicológico, cumpre dizer que a família não deve superproteger o indivíduo, adulto ou criança, pois se o fizer só lhe trará maiores problemas.

Em resumo, nos casos de cirurgia cardíaca a céu aberto é exigido um tipo de pessoal de enfermagem especializado. Este deve estar preparado para dar assistência ao paciente e colaborar eficientemente com a equipe médica.

BIBLIOGRAFIA

- FALWASSER, Angela, S.R.N., S.C.M., Ward Sister — Nursing Aspects of Cardiac Surgery. *Nursing Times*, 55 (3): 278-280, March 6, 1959.
- FELIPOZZI, Hugo, e outros — Correção Cirúrgica dos Defeitos do Septo Auricular sob Contrôlo da Visão com Emprêgo de um Novo Conjunto Coração Pulmão Artificial. *Revista Paulista de Medicina*, 52 (4): 27 — abril, 1958.
- FELIPOZZI, Hugo, e outros — Coração Pulmão Artificiais para Cirurgia Intercardiaca. *Hospital de Hoje*, 6:69, 1.º trimestre, 1957.
- KANNEBLEY, Zuleika M. e KOBER, Leda M. — Drenagem Fechada do Tórax. *Revista Paulista de Hospitais*, 7 (8): 31 — agosto, 1959.
- LIMA, Adauto Barbosa e PERFEITO, José dos S. — Cardiopatas Congênitas. *Hospital de Hoje*, 7-8, 1957.

ANTE-PROJETO DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ARIADNE LOPES DE MENEZES *

O presente trabalho foi elaborado como subsídio para os Regimentos dos Hospitais do Departamento de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde e Assistência, do Governo do Estado da Guanabara.

Para compô-lo, consultamos a documentação hábil que se encontra relacionada ao fim dêste trabalho e fizemos uma cuidadosa análise das tarefas que são executadas ou que devam ser executadas pelos participantes da equipe de enfermagem nos hospitais para o qual o Regimento se destina.

Decidimos trazê-lo à publicação animados pelo desejo de ser útil e também na esperança de que sugestões nos sejam oferecidas para a sua melhoria.

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM — SEÇÃO I

Da finalidade e competência

Art. 1.º — O Serviço de Enfermagem tem por finalidade prestar assistência de enfermagem, bem como administrar tôdas as atividades dela decorrentes, de modo a que sejam atendidas, sem solução de continuidade, as necessidades fundamentais de natureza — física, mental, espiritual e social da clientela do Hospital.

Art. 2.º — Para atingir tais finalidades, compete ao Serviço de Enfermagem:

- I — Identificar os problemas de enfermagem relativos a cada paciente, para planejamento individualizado dos cuidados que lhe devam ser prestados;
- II — Observar e registrar as reações do paciente, quanto à evolução do caso, para o necessário esclarecimento dos profissionais que o assistem.
- III — Manter a ambiência física e psicológica favorável à recuperação do paciente, propiciando-lhe as devidas condições de

(*) Enfermeira pela Escola Ana Neri.
Presidente da Comissão Supervisora de Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde e Assistência do Estado da Guanabara.

- limpeza, conforto e segurança;
- IV — Orientar o paciente e sua família, tanto na adoção de medidas que possam recuperar e preservar a saúde, como na utilização dos recursos de comunidade, destinados ao bem-estar social;
- V — Assistir o médico na realização dos exames e tratamentos, executando suas prescrições;
- VI — Preparar o ambiente e o material necessários às atividades médicas e de enfermagem, bem como responsabilizar-se por seu uso, reposição, manutenção e controle, quando nos setores de enfermagem;
- VII — Manter registros atualizados sobre a execução dos cuidados de enfermagem e a observância das prescrições médicas referentes a cada paciente, bem como elaborar os relatórios das atividades inerentes ao serviço;
- VIII — Administrar, dentro das normas regimentais, todo o pessoal lotado no Serviço de Enfermagem e promover, constantemente, por todos os meios, o seu aperfeiçoamento;
- IX — Manter relações coordenadas e harmônicas com os diversos setores do hospital e com eles colaborar para o bom conceito da instituição na comunidade.

SEÇÃO II

Da subordinação e estrutura

Art. 3.º — O Serviço de Enfermagem, órgão de nível executivo que desempenha atividades de natureza técnico-científica, está diretamente subordinado ao Diretor do Hospital, mantendo com os demais Serviços e Setores relações de coordenação.

Art. 4.º — O Serviço de Enfermagem compreende, em princípio, os seguintes setores:

- 1 — Admissão
- 2 — Unidades de Internação de Clínicas:
 -
 -
 -
- 3 — Unidade de Internação de Clínica Obstétrica
- 4 — Centro Médico Ambulatorial
- 5 — Centro Cirúrgico.

SEÇÃO III

Do pessoal

Art. 5.º — As classes de servidores, próprias do Serviço de Enfermagem, segundo a Lei n.º 14/60 do Estado da Guanabara, são as seguintes: enfermeiros, obstetrizas, auxiliares de enfermagem e atendentes.

- I — O cargo de Chefe de Serviço de Enfermagem e as funções de subchefia dos setores de enfermagem são privativos dos enfermeiros diplomados de acordo com as Leis Federais ns. 775/49 e 2604/55.
- II — A chefia ou subchefia de maternidade podem também ser exercidas por obstetriz diplomada, de conformidade com os referidos diplomas legais.
- III — Constituem funções de subchefias a serem exercidas por enfermeiros, segundo escala hierárquica:
- a) Subchefe de Serviço
 - b) Supervisor de Turno
 - c) Enfermeiro-Chefe de Unidade.
- IV — A função de Subchefe do Serviço de Enfermagem só deverá ser prevista quando o porte e a complexidade do trabalho a exijam.

Parágrafo único — A fim de que o pessoal profissional possa ser inteiramente aproveitado no exercício das respectivas funções técnicas, as atividades burocráticas afins e complementares da enfermagem, serão atribuídas a escreventes-datilógrafos.

Art. 6.º — Todo o pessoal lotado no Serviço de Enfermagem está sujeito a rodízios de setores e de turnos e a folgas móveis que poderão incidir em qualquer dia da semana.

Art. 7.º — A duração da jornada de trabalho obedece aos dispositivos legais vigentes.

Parágrafo único — Admite-se, para o turno da noite e, em casos especiais para o turno do dia, horários compactos de no máximo 12 horas, com os intervalos e as compensações cabíveis, observado o limite de horas semanais a que estiver sujeito o servidor, por força de disposições legais.

Art. 8.º — Os serviços, quando designados para a enfermagem, obedecem à escala de horários e de tarefas, elaborada pelo Enfermeiro-Chefe da Unidade.

Art. 9.º — ATRIBUIÇÕES DE CHEFE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

- a) Dirigir o Serviço de Enfermagem nos seus aspectos técnicos e administrativos, bem como o pessoal nêle

- lotado, cumprindo e fazendo cumprir os dispositivos regimentais vigentes;
- b) Responsabilizar-se pela manutenção de um bom padrão de enfermagem, orientando o pessoal na identificação dos problemas de cada paciente e na elaboração do respectivo plano de cuidados e de educação sanitária extensivos aos familiares;
 - c) Supervisionar a assistência que deva ser prestada pelo pessoal do Serviço de Enfermagem ao médico, na visita aos pacientes e na realização dos respectivos exames e tratamentos e controlar a fiel observância de suas prescrições;
 - d) Elaborar escalas de férias e de trabalho do pessoal de enfermagem, promovendo os necessários rodízios de setores e de turnos, bem como zelar pela pontualidade em serviço;
 - e) Avaliar freqüentemente a eficiência de trabalho do pessoal de enfermagem, para fins de apreciação de mérito e pesquisa das necessidades de treinamento;
 - f) Propôr as medidas administrativas cabíveis referentes ao pessoal que lhe é subordinado, na forma das normas vigentes;
 - g) Promover, de modo constante e por todos os meios, o aperfeiçoamento do pessoal lotado no Serviço e assistir continuamente os novos servidores, na respectiva adaptação ao trabalho;
 - h) Indicar ao Diretor, o seu substituto eventual, quando não existir Subchefe do Serviço, e os enfermeiros ou obstetrizas que devam dirigir os setores integrantes do Serviço de Enfermagem;
 - i) Fazer a previsão de todo o material do Serviço de Enfermagem e tomar, junto aos órgãos competentes as providências cabíveis para prover os respectivos setores, do material necessário à execução dos trabalhos;
 - j) Manter o controle de uso, guarda e conservação do material e dos equipamentos existentes nos setores de enfermagem, colaborando com os serviços competentes na realização e atualização dos respectivos inventários;
 - l) Promover a manutenção e o controle da ordem e da limpeza, nos ambientes de enfermagem, zelando pela observância das normas estabelecidas;

- m) Verificar a correção dos registros específicos de enfermagem, constantes do prontuário de cada paciente; elaborar os relatórios de atividades inerentes ao serviço e manter atualizados os correspondentes registros estatísticos;
- n) Promover reuniões com o pessoal de enfermagem para estudo dos problemas e interpretação de normas de trabalho, bem como participar das reuniões de serviço com as demais chefias do hospital;
- o) Participar do planejamento e atualização das normas e programas de trabalho do hospital e elaborar, com sua equipe, normas e programas para o Serviço de Enfermagem, em consonância com as diretrizes estabelecidas;
- p) Colaborar com os demais setores do hospital, a fim de que haja perfeito entrosamento dos serviços e pleno rendimento das suas atividades.

Art. 10 — ATRIBUIÇÕES DO SUBCHEFE DO SERVIÇO

- a) Assistir à Chefe do Serviço de Enfermagem, em todos os seus trabalhos, e substituí-la em seus impedimentos;
- b) Auxiliar no encaminhamento do expediente diário;
- c) Preparar escala de horários ou reajustar as escalas elaboradas pelas diferentes chefias, de grau inferior, para apreciação e revisão por parte do Chefe do Serviço de Enfermagem;
- d) Participar do planejamento e da execução dos programas de treinamento do pessoal;
- e) Executar outras atividades que lhe forem delegadas pelo Chefe do Serviço de Enfermagem;
- f) Colaborar com os demais serviços do hospital a fim de que as relações mútuas se processem de modo coordenado e harmônico.

Art. 11 — ATRIBUIÇÕES DO SUPERVISOR DE TURNOS

- a) Supervisionar as atividades do pessoal de enfermagem que trabalha nos expedientes vespertinos e noturno;
- b) Supervisionar continuamente, a execução dos cuidados de enfermagem e das prescrições médicas, bem como a correção dos respectivos registros;
- c) Providenciar o suprimento eventual de material que se torne necessário durante o expediente;

- d) Fazer os reajustamentos necessários nas escalas de horários, em virtude de falta de pessoal ou emergência de serviço;
- e) Solucionar os problemas disciplinares ocorridos durante o seu expediente de trabalho ou propor ao Chefe do Serviço de Enfermagem as medidas cabíveis;
- f) Elaborar relatórios diários sobre as ocorrências e dificuldades verificadas no Serviço;
- g) Colaborar no planejamento dos programas de treinamento do pessoal de enfermagem e participar do seu desenvolvimento;
- h) Desempenhar outras atribuições delegadas pelo Chefe do Serviço de Enfermagem;
- i) Colaborar com os demais serviços do hospital, a fim de que as relações mútuas se processem sempre de modo coordenado e harmônico.

Art. 12 — ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO-CHEFE DA UNIDADE.

- a) Supervisionar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente, ou executá-los, sempre que necessários, auxiliando o seu pessoal na identificação dos problemas de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem e o de cumprimento das prescrições médicas, bem como supervisionar a sua execução, realizando os trabalhos de enfermagem mais complexos;
- c) Prestar assistência ao médico na realização de exames e tratamentos; acompanhá-lo na visita aos pacientes, bem como informá-lo das ocorrências de interesse, verificadas nas últimas 24 horas;
- d) Preparar escala de tarefas e colaborar no planejamento de todas as escalas de horários do pessoal que trabalha em sua unidade;
- e) Cooperar no planejamento e execução das atividades de treinamento do pessoal de enfermagem e participar das atividades educativas que se refiram a pacientes.
- f) Determinar e supervisionar as tarefas de limpeza a serem executadas pelo pessoal subalterno designado para a unidade;
- g) Prover a unidade com o material necessário ao desempenho dos trabalhos médicos e de enfermagem, e manter o respectivo controle de uso, reposição, guarda e conservação;

- h) Zelar pela conservação dos equipamentos e instalações localizados na unidade e de uso do pessoal de enfermagem;
- i) Manter ambiência física e psicológica favorável à recuperação dos pacientes, proporcionando-lhes condições de limpeza, conforto e segurança;
- j) Verificar a correção dos registros de enfermagem constantes do prontuário médico e de outros formulários usados, bem como elaborar relatórios inerentes ao serviço, coletando os dados de avaliação indispensáveis;
- l) Coordenar a transmissão do serviço na unidade, segundo rotina estabelecida;
- m) Promover reuniões com a equipe de trabalho e participar das que forem de iniciativa da chefia de enfermagem;
- n) Manter a chefia de enfermagem informada sobre as ocorrências do serviço, solicitando da mesma, quando necessário, as providências cabíveis;
- o) Manter em serviço relações coordenadas e harmônicas com todos os setores do hospital e contribuir para o bom conceito da instituição na comunidade.

Art. 13 -- ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA

- a) Prestar cuidado integral de enfermagem à clientela do hospital, de modo a atender as suas necessidades;
- b) Identificar os problemas de enfermagem do paciente, para planejamento da execução dos cuidados que lhe devem ser prestados.
- c) Observar e registrar as reações do paciente que permitam esclarecer e controlar a evolução do caso;
- d) Promover e manter ambiência física e psicológica favorável à recuperação do paciente, propiciando-lhe condições de conforto, limpeza e segurança;
- e) Participar de todas as atividades relativas à educação sanitária do paciente e de sua família;
- f) Assistir o médico na realização dos exames e tratamentos, cumprindo fielmente as suas prescrições;
- g) Registrar os cuidados e prescrições médicas executadas;
- h) Dar ao material médico e de enfermagem o tratamento cabível quanto à limpeza, guarda, conservação, acondicionamento e esterilização;

- i) Executar e controlar o preparo pelo pessoal auxiliar de enfermagem, do material necessário ao cuidado e tratamento do paciente;
- j) Manter, na execução de suas atividades, boas relações com o pessoal e setores do hospital, bem como com os familiares do paciente;
- l) Observar, quando em trabalho, todos os dispositivos regimentais vigentes que lhe dizem respeito e a seu setor.

Art. 14 — ATRIBUIÇÕES DA OBSTETRIZ

- a) Prestar assistência de enfermagem obstétrica à mulher no ciclo gravídico-puerperal;
- b) Acompanhar o parto e o puerpério normais, limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido;
- c) Observar e registrar as reações da paciente que permitam esclarecer e controlar a evolução do caso;
- d) Promover e manter ambiência física e psicológica favorável à recuperação da paciente, propiciando-lhe condições de conforto, limpeza e segurança;
- e) Participar de todas as atividades relativas à educação sanitária da paciente e de sua família;
- f) Assistir o médico na realização dos exames e tratamentos, cumprindo fielmente as suas prescrições;
- g) Registrar os cuidados e prescrições médicas executados;
- h) Dar ao material médico e de enfermagem o tratamento cabível quanto à limpeza, guarda, conservação, acondicionamento e esterilização;
- i) Executar e controlar o preparo pelo pessoal auxiliar de enfermagem, do material necessário ao cuidado e tratamento da paciente.
- j) Manter, na execução de suas atividades, boas relações com o pessoal e setores do hospital, bem como com os familiares da paciente;
- l) Observar, quando em trabalho, todos os dispositivos regimentais vigentes que lhe dizem respeito e a seu setor.

Art. 15 — ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL AUXILIAR DE ENFERMAGEM (1)

- a) Executar as tarefas referentes ao arranjo do ambiente, arrumação e conservação do material da unidade;
- b) Participar da recepção dos pacientes admitidos;
- c) Auxiliar os profissionais médicos e de enfermagem na realização de exames e tratamento;
- d) Executar, sob supervisão do Enfermeiro, tarefas de enfermagem ou outras correlatas, que lhe forem determinadas;
- e) Coletar e encaminhar material para exames de laboratório ou prestar auxílio na realização dessa tarefa, segundo rotinas estabelecidas;
- f) Preparar e acondicionar o material destinado à esterilização;
- g) Participar das atividades de educação sanitária aos pacientes;
- h) Cumprir os dispositivos regulamentares que lhe dizem respeito e manter dentro do ambiente de trabalho atitude respeitosa e cordial para com os pacientes, superiores hierárquicos, pessoal do serviço e visitantes.

Art. 16 — ATRIBUIÇÕES DO ESCRIVENTE-DATILÓGRAFO

- a) Executar todos os serviços burocráticos afins e complementares, de atividades da enfermagem;
- b) Manter em ordem os fichários do setor e responsabilizar-se pela sua arrumação;
- c) Zelar pela manutenção da ordem no seu ambiente de trabalho, solicitando ao chefe do setor as providências para requisição de formulários e material de expediente;
- d) Atender ao telefone, "telespeaker" e chamados, registrando ou transmitindo os atendimentos recebidos;
- e) Preencher avisos, atestados, rótulos de frascos para exames de laboratório e providenciar o seu encaminhamento, bem como o de todo o expediente do setor, segundo rotinas vigentes;
- f) Executar os serviços datilográficos do setor;
- g) Conservar os prontuários em ordem, mantendo-os atualizados;

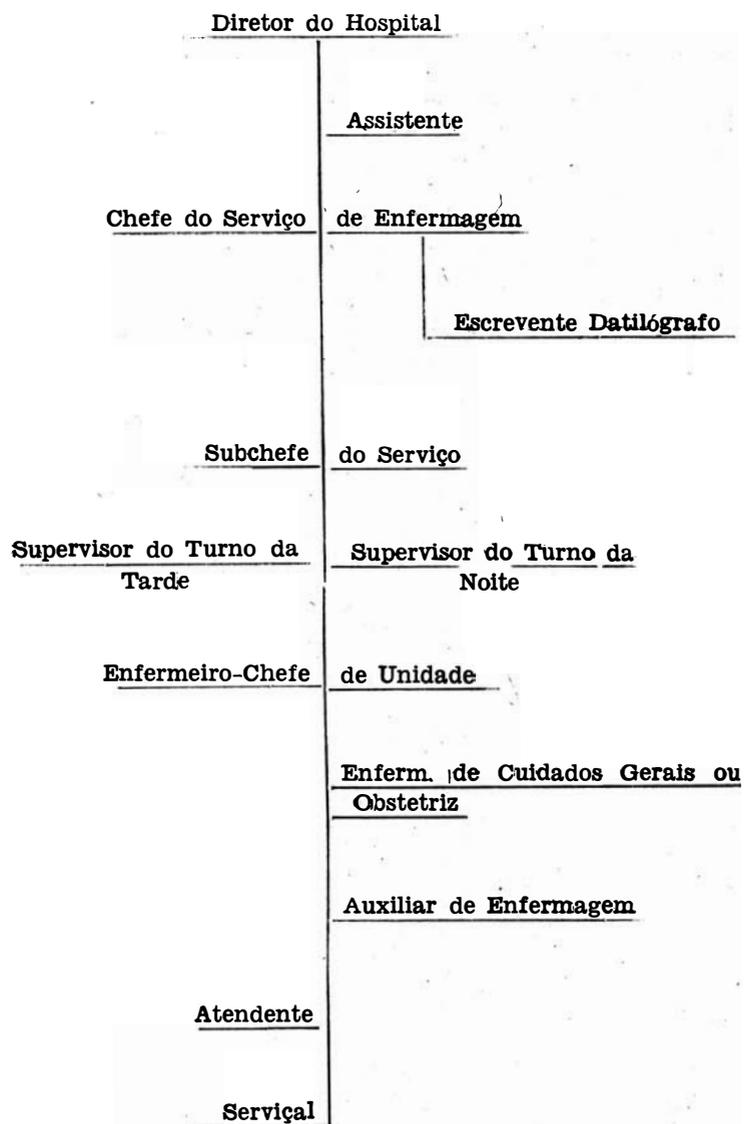
(1) Inclui auxiliares de enfermagem, práticos de enfermagem e atendentes.

- h) Colaborar na recepção e encaminhamento de visitantes no setor;
- i) Auxiliar no inventário do material;
- j) Atualizar o painel de ocupação de leitos, mapa de dieta etc.;
- l) Controlar a entrada, saída e permanência no setor, de médicos e de pessoal de enfermagem;
- m) Cumprir todos os dispositivos regimentares que lhe dizem respeito;
- n) Manter atitude respeitável em serviço e colaborar para as boas relações em serviço.

Art. 17 — ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO

- a) Executar tarefas de limpeza, de acordo com as normas estabelecidas;
- b) Zelar pela manutenção da limpeza nas suas áreas de trabalho;
- c) Conferir o material da sala de limpeza e reunir os utensílios para execução de seu trabalho;
- d) Conservar, remover e arrumar móveis, máquinas, etc.
- e) Limpar e guardar seus instrumentos de trabalho;
- f) Enviar os panos de chão e de limpeza à lavanderia;
- g) Levar requisições, transmitir recados e transportar volumes;
- h) Executar outras tarefas adicionais determinadas pelo Enfermeiro-Chefe da Unidade;
- i) Notificar quebras e avarias de material sob sua responsabilidade;
- j) Comunicar ao Enfermeiro-Chefe da Unidade a necessidade de solicitação de consertos e reparos, bem como as ocorrências e irregularidades verificadas;
- l) Fazer a remoção do lixo, a reposição de suprimento do material e panos de limpeza;
- m) Coletar a roupa suja ou contaminada para remessa à lavanderia, segundo as instruções estabelecidas;
- n) Proceder a limpeza geral nos casos previstos;
- o) Ajudar na remoção de pacientes e de cadáveres;
- p) Observar as normas hospitalares que lhe dizem respeito, mantendo em serviço atitude digna, respeitosa e cordial.

Art. 18 — ESCALA HIERÁRQUICA DE FUNÇÕES



SEÇÃO IV

DAS NORMAS BÁSICAS PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR (2)

Art. 19 — *Relativas a Pessoal*

- a) o Serviço de Enfermagem Hospitalar funciona durante 24 horas ininterruptas, pelo que o pessoal tem de ser distribuído por 3 ou 4 expedientes, segundo a duração de cada jornada;
- b) cada jornada de trabalho deve ter a duração mínima de 6 horas a máxima de 8 horas, admitindo-se para o expediente noturno um prolongamento para 12 horas, em regime de noites alternadas;
- c) o total de horas de trabalho semanal depende da legislação a que estiver sujeito o servidor;
- d) o expediente noturno não deve ser diário. Recomenda-se a alternância de noites e a concessão das folgas regulamentares para obtenção de um serviço acordado, vigilante e atuante;
- e) os dias de folgas são móveis, dada a impossibilidade de todos folgarem aos sábados e aos domingos, pois as atividades da enfermagem são incessantes e contínuas. Assim, a folga pode incidir em qualquer dia da semana, de 2.ª-feira a domingo;
- f) o fluxo de folgas e férias tem de ser disciplinado para garantir uma assistência sempre equilibrada. Por necessidade de serviço, o horário pode ser dilatado, cabendo à chefia de enfermagem julgar essa necessidade e determinar o prolongamento do expediente. Neste caso, o Serviço de Pessoal e o Diretor devem ser, em tempo, notificados;
- g) as horas extraordinárias de trabalho do pessoal devem ser compensadas em folgas ou horas, remuneradas, em dinheiro, isso na dependência do regime adotado na instituição;
- h) todo o pessoal de enfermagem está sujeito a rodízio de setores e de horários, conforme as necessidades e por determinação da chefia de enfermagem;
- i) o servidor de enfermagem pertence ao Serviço de Enfermagem em geral, e não exclusivamente a um determinado setor;

(2) As normas serão desdobradas em ação através de rotinas que serão publicadas oportunamente.

- j) as interrupções de serviço para as refeições devem estar sujeitas a escalas pré-estabelecidas para evitar que, nessa hora, fiquem os setores abandonados;
- l) a ausência do servidor ao serviço deve ser comunicada com antecedência mínima de 2 horas, diretamente à chefia de enfermagem, para que esta possa tomar as providências para a substituição. A chefia do serviço encarregar-se-á de transmitir ao Serviço do Pessoal a ocorrência;
- m) nenhum participante de equipe de enfermagem pode deixar o serviço sem antes transmitir, dentro de um absoluto rigor, os respectivos encargos ao responsável pelo expediente seguinte;
- n) no início de cada expediente, deve ser efetuada a entrega e a recepção do serviço, com o máximo respeito, rigor, e no recinto de cada setor;
- o) os expedientes devem se cruzar por $\frac{1}{2}$ hora para que a entrega e recepção de serviço possam efetuar-se de modo eficiente;
- p) nenhum servidor de enfermagem deve permanecer no hospital após o seu expediente;
- q) a chefia de cada setor deve reunir diariamente o pessoal para transmitir instruções, fazer comunicações e comentários de serviço e verificar as condições de ordem, limpeza dos uniformes e o porte de equipamento individual obrigatório (relógio, caneta, tesoura e lápis);
- r) as tarefas a serem executadas devem ser analisadas pela chefe de cada setor e a sua distribuição pelo pessoal deve ser bem dosada e de acordo com a habilitação e capacidade de cada servidor;
- s) sempre que novas técnicas e métodos passarem a ser usados, o pessoal deve ser previamente informado e treinado na sua aplicação;
- t) o plano de cuidados de enfermagem deve ser elaborado com base nos problemas de enfermagem apresentados pelo paciente e visando o seu cuidado integral;
- u) os pacientes em estado grave ou aqueles que, pelas suas condições mereçam cuidados especiais, devem ser objeto de especial vigilância por parte da chefe do setor;
- v) além de reuniões rotineiras, por ocasião de entrega e recepção de serviço, as chefias de setores, bem

como a chefia de serviço de enfermagem, devem obrigatoriamente realizar reuniões periódicas para análise dos serviços prestados, de orientação constante do pessoal e para exame dos problemas de serviço.

Art. 20 *Relativas a Material e Equipamentos*

- a) O pessoal de enfermagem é responsável pelo uso, guarda e conservação do material existente na sua área de trabalho, desde que existam condições para tal responsabilidade;
- b) controles permanentes devem ser mantidos sobre o material, segundo o método e a frequência estabelecidos em rotina;
- c) material de mais fácil extravio ou avaria deve ser conferido diariamente e de um expediente para outro;
- d) as quebras, faltas e desvios de material devem ser objeto de notificação pelo responsável à chefe imediata, para as providências de reposição, indenização etc.;
- e) o Serviço de Enfermagem, através das chefias dos setores, deve colaborar com o Setor de Material na realização de inventários periódicos;
- f) deverá ser exigida indenização e reposição do material extraviado, desde que fique evidente o descuido dos servidores quanto ao zelo;
- g) o reabastecimento de medicação deve ser diário e os demais podem ser efetuados em dias determinados, de acordo com as necessidades e segundo ajuste com o Serviço de Material;
- h) cada setor deve ter estoque mínimo, fixo e padronizado de material, roupa etc. para cada período de 24 horas. Este estoque não deve, entretanto, assumir a feição de um subalmoxarifado;
- i) a manutenção, uso e reposição desse estoque deve ser objeto de controle contínuo da chefia de enfermagem;
- j) o material e equipamento devem ser dispostos nos armários ou depósitos de acordo com rotinas estabelecidas quanto à arrumação, localização, posição, acondicionamento etc.

Art. 21 *— Relativas a Instalações*

- a) O pessoal de enfermagem colabora na conservação

- da planta física e das instalações, sendo-lhes ministradas, periodicamente instruções sobre o assunto;
- b) o Serviço de Manutenção do Hospital deve fornecer ao Serviço de Enfermagem normas escritas sobre os cuidados que lhe cabe observar, nesse particular;
 - c) as avarias nas instalações devem ser prontamente comunicadas à Seção de Consertos e Reparos pela Chefia do Setor para as providências cabíveis.

Art. 22 — Relativas a Ambientes

- a) O pessoal de enfermagem é responsável pela ordem, arrumação e estética dos alojamentos dos pacientes;
- b) as salas de trabalho devem ser cuidadosamente limpas e arrumadas, devendo a disposição do material e equipamento obedecer a rotinas pró-estabelecidas;
- c) a limpeza diária dos setores é efetuada por serviçais, cabendo à chefia do setor supervisioná-los quanto à eficiência do trabalho realizado e a observância das técnicas recomendadas;
- d) é conveniente que o serviço de limpeza das áreas de enfermagem fique diretamente subordinada à Enfermeira-Chefe de setor;
- e) a limpeza periódica ou de faxina deve obedecer a calendários pré-estabelecidos;
- f) a limpeza de base deve ser efetuada, diariamente, no expediente que mais convier e a de conservação deve ser feita durante os 3 ou 4 expedientes diários;
- g) deverá haver serviçais em todos os expedientes e a quantidade, de cada um deles, variará de acordo com o porte e a natureza do serviço a ser realizado;
- h) as escalas de tarefas dos serviçais devem ser feitas pela Chefe de Enfermagem do Setor onde estão lotados.

Art. 23 — Relativas a Produção e Registros

- a) Todas as ocorrências em relação ao paciente e aos serviços de enfermagem a ele prestados devem ser objeto de registro no relatório individual de enfermagem constante do Prontuário Médico;
- b) as atividades dos setores devem constar de relatórios periódicos;
- c) o plano de trabalho de enfermagem, para cada período de trabalho, deve ser elaborado e analisado quanto à sua realização e resultados;

- d) os dados referentes à movimentação de pacientes e produção do setor devem ser registrados em Boletim de Movimento e Mapas de Produção;
- e) os fatos constantes dos Boletins de Produção devem representar valores para avaliação contínua de serviço;
- f) todos os serviços burocráticos afins e complementares das atividades de enfermagem devem ser da responsabilidade do Escriurário de Enfermagem, cabendo à chefe do setor supervisionar os seus trabalhos;
- g) o funcionamento dos setores nos seus aspectos específicos deve ser regulado por normas especiais.

Art. 24 — Das Atividades do Treinamento

- a) Todo o pessoal de enfermagem deve ser constantemente treinado;
- b) os chefes de setores devem aproveitar tôdas as oportunidades para efetuar treinamento em serviço;
- c) as necessidades de treinamento devem ser avaliadas constantemente quanto à eficiência de trabalho individual e o comportamento ético;
- d) todo nôvo servidor deve ser objeto de atenção especial quanto à sua orientação para o trabalho e introdução no serviço;
- e) constitui função inerente ao comando, o treinamento do pessoal, e tôda a chefe que não o fizer deverá ser observada.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — American Hospital Association and National League of Nursing Education — Manual de Fundamentos de Boa Enfermagem Hospitalar — Tradução do S.E.S.P.
- 2 — Barret, Jean — Ward Management and Teaching 2.^a edition — New York, Apleton Century Crofts Inc. New York — 1954.
- 3 — Brown, Esther Lucile — Enfermagem para o Futuro — New York Russel Sage Foundation, 1948 — Publicado em 1949 pelo SESP, Av. Rio Branco, 251, Guanabara — Brasil.
- 4 — Câmara dos Vereadores e Prefeito Francisco Negrão de Lima — Lei 880 que dispõe sobre o Estatuto do Funcionário da Prefeitura do Distrito Federal, de 17 de novembro de 1956 — Departamento de Imprensa Nacional — Rio de Janeiro, 1952.
- 5 — Finer, Herman — Administration and the Nursing Service New York. Macmillan — 1952.
- 6 — Governo Provisório do Estado da Guanabara, Assembléia Legislativa — Lei 14, de 24 de outubro de 1960. Diário Oficial — Estado da Guanabara — Suplemento no n.º 153, de 24 de outubro de 1960 — Parte I.

- 7 — Governo do Estado da Guanabara — Assembléia Legislativa, Lei 134, de 27 de dezembro de 1961, Diário Oficial — Estado da Guanabara, Parte I — Ano III, n.º 61, de 29 de março de 1961.
- 8 — Henderson, Virginia — Princípios Básicos Sobre Cuidados de Enfermagem — Conselho Internacional de Enfermagem — Publicado pela Associação Brasileira de Enfermagem — 1962. Tradução em Português de Anyta Alvarenga, enfermeira da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.
- 9 — Mac Earchern, Malcolm T. — Enfermagem Hospitalar — Revista Paulista dos Hospitais, n.º 3, Ano I, Vol. I pg. 17, março de 1953.
- 10 — Serviço Especial de Saúde Pública
Ministério da Saúde — Enfermagem (Leis, Decretos, Portarias) SESP — Av. Rio Branco, 251, 13.º andar — Caixa Postal 1530 — Rio de Janeiro, DF. 1959.
- 11 — SORTEC.
“Job Analysis” e “Job Evaluation” Sobre Profissionais de Enfermagem — Rua Almirante Barroso, 6, sala 508 — Rio de Janeiro.
- 12 — Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (mimeografado);
- 13 — Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná (mimeografado);
- 14 — Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade da Bahia (mimeografado);
- 15 — Regimento do Hospital do IAPC do Estado da Guanabara (mimeografado);
- 16 — Regimento do Hospital do IAPC de São Paulo (mimeografado);
- 17 — Regimento do Hospital do IAPC do Maranhão (mimeografado);
- 18 — Regimento do Hospital do IAPB do Rio de Janeiro (mimeografado);
- 19 — Regimento do Hospital do IPASE do Rio de Janeiro.

INTERÊSSE GERAL

REGISTRO DA REVISTA

No Histórico da Revista, publicado no n.º de dezembro de 1962, com o título acima, informei não ter sido possível verificar os documentos comprobatórios de registros.

Ao tratar de conseguir papel para a impressão do n.º citado, soube que, na Alfândega, a Revista tem o Registro n.º 375.

A 4 de fevereiro de 1963, com um formulário da Seção de Comunicações do Departamento Nacional de Propriedade Industrial, Termo n.º 378 740 de 19/5/1958, até então arquivado na ABEn, retirei no Ministério da Indústria e Comércio o Certificado de Registro de Marca n.º 273 047, cujo pagamento de taxa havia sido efetuado a 26/6/62.

O registro, conforme consta do certificado, prevalecerá, para todos os efeitos, pelo prazo de 10 anos, terminando a 12 de julho de 1972.

Consta ainda do certificado transcrição de dispositivos do Código de Propriedade Industrial referentes às marcas registradas, segundo os quais:

“Art. 137 — O uso da marca, título de estabelecimento, insígnia e expressão ou sinal de propaganda deverá ser feito tal como se efetuou o registro, sob pena de cessar a proteção, obrigando a novo depósito qualquer alteração nos seus elementos componentes.

Parágrafo único — Do disposto neste artigo excetua-se as modificações relativas ao nome do titular, no caso de transferência ou alteração de nome, residência, bem como outras indicações sem caráter distintivo.

Art. 138 — O registro da marca de indústria e de comércio, título de estabelecimento e insígnia prevalecerá, para todos os efeitos, por dez anos, podendo ser prorrogado indefinidamente por períodos idênticos e sucessivos.

Parágrafo único — A prorrogação deverá ser requerida na vigência do último semestre do decênio de proteção legal, cu nos três meses seguintes, com o pagamento da multa prevista na tabela anexa (Cr\$ 50,00).

Art. 141 — Não será prorrogado o registro, quando fôr introduzida qualquer modificação nos elementos característicos da marca, nome comercial, título de estabelecimento, insígnia ou expressão ou sinal de propaganda.

Parágrafo único — Em tais condições, a proteção poderá ser pleiteada como registro novo.

Art. 142 — O processo de prorrogação de registro obedecerá às formalidades, prazos e taxas que este Código estabelece.

Art. 143 — A propriedade de marca, título de estabelecimento, insígnia e expressão ou sinal de propaganda pode ser alienada por ato inter-vivos, ou transferida em virtude de sucessão legítima ou testamentária, desde que o seja simultaneamente com o respectivo gênero de indústria ou de comércio.

Art. 144 — A anotação da alienação ou transferência do registro deve ser requerida ao Diretor do Departamento Nacional da Propriedade Industrial, mediante a apresentação do respectivo certificado e dos instrumentos originais de alienação ou transferência, em forma legal, ou das suas certidões.

Parágrafo 1.º — A transferência ou alienação só produzirá efeito depois de anotada no Departamento.

Parágrafo 2.º — A anotação será registrada em livro próprio e fornecida no certificado.

Art. 145 — Será anotada no Departamento Nacional da Propriedade Industrial, à vista de documentos em forma legal, ou de certidões, qualquer alteração quanto ao nome do proprietário da marca, título insígnia ou expressão ou sinal de propaganda. Dêse ato dar-se-á certidão ao interessado, ficando arquivado os documentos.

Art. 152 — Caducará o registro de marcas de indústria ou de comércio, título, insígnia, expressão ou sinal de propaganda, se qualquer pessoa, com legítimo interesse, provar perante o Departamento Nacional de Propriedade Industrial que o respectivo proprietário, ou seu representante legal, sem motivo de força maior, deixou de fazer uso dos mesmos durante dois anos consecutivos, tanto no primeiro decênio de proteção, como no das sucessivas prorrogações.

LIVROS

Enfermagem no Lar — Noções Práticas

Autor: Marina de Vergueiro Forjaz

Editor: Companhia Editôra Nacional, Rua Gusmão 639, S. Paulo, SP

Preço: Cr\$ 600,00

É uma brochura aparada, editada em 1963, formato 13,8 x 21 cm., papel Bufon, capa finamente desenhada, sugerindo motivos do lar, em cartolina azul envernizada. Está subdividida em 3 partes.

A primeira parte: "Prevenção da Doença" contém 7 capítulos, com os seguintes títulos: Condições gerais de saúde no lar; Nutrição; Cuidados pré-natais, natais e pós-natais; Cuidados na primeira infância; Cuidados na idade pré-escolar e escolar e na adolescência; Cuidados na idade adulta; Cuidados na velhice.

A segunda parte trata de: 'Cuidados de Enfermagem do Doente' e consta de 5 capítulos, abordando: A doença no lar; Como agir em caso de doença; Conforto do doente; Execução de tratamentos; Cuidados especiais.

A terceira parte denominada: "Primeiros Cuidados em Acidentes e Doenças Agudas" trata em 21 tópicos de: Medidas gerais de pronto-socorro; Asfixia; Choque elétrico; Hemorragia; Envenenamento; Fraturas; Ferimentos; Insolação e intermação; Queimaduras; Corpos estranhos; Objetos deglutidos; Mordeduras de animais; Desmaio; Quedas com lesões na cabeça; Desidratação; Convulsões; Epilepsia; Apendicite; Hérnias; Acidentes cardíacos; Acidentes vasculares cerebrais.

ENFERMAGEM DO LAR tem por finalidade ajudar a mãe de família na manutenção da saúde do grupo familiar. Escrito em linguagem simples e clara é acessível à dona de casa brasileira.

A autora é sobejamente conhecida na enfermagem nacional; ocupa desde 1958, cargos na Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, da qual é, no momento, primeira vice-presidente. Presidente da Comissão de Ética da mesma Associação, desde 1958, estimulou a elaboração do Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem, publicado nesse mesmo ano, e promoveu, em colaboração, um trabalho de pesquisa sobre o ensino de ética nas escolas de enfermagem brasileiras, publicado em 1961.

Na Inglaterra, em Londres e em Plymouth, teve oportunidade de fazer enfermagem domiciliar, o que certamente contribuiu para o enriquecimento de seu primeiro livro: 'Enfermagem no Lar'.

RELATÓRIO DO "III CONGRESSO NACIONAL DOS ENFERMEIROS PRÁTICOS E SERVIDORES DE HOSPITAIS DO BRASIL"

IR. M. BLANDA DE QUEIROZ *

De 11 a 15 de novembro de 1962 realizou-se na capital cearense o III Congresso dos Práticos de Enfermagem, com o título que acima mencionamos.

(*) Presidente da ABEn, Seção do Ceará.

Organizado pelo Sindicato dos Enfermeiros e Empregados de Hospitais e Casas de Saúde de Fortaleza, dele participaram delegações dos seguintes Estados da federação: Bahia, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará. O número de Congressistas não atingiu a 200.

O Regimento Interno do Congresso dava direito a voz e a voto a qualquer congressista que exercesse funções de enfermagem. Não havia taxa de inscrição.

Os trabalhos do Congresso foram, em parte, prejudicados pelo número excessivamente grande de propostas e requerimentos enviados à mesa, solicitando votos de louvor ou de protesto. (Entre os últimos havia muitos contra as enfermeiras). A maior parte do tempo dedicado às sessões plenárias passava-se lendo, discutindo e aprovando os requerimentos.

Grandes e acalorados debates foram originados pela apresentação de um trabalho sobre o uniforme dos práticos de enfermagem e, pelo trabalho, apresentado por D. Haydée G. Dourado, intitulado: "Plano de Cursos para Formação de Pessoal de Enfermagem e Treinamento de Atendentes".

É impossível descrever a confusão que reinou na sessão plenária quando foi apresentado o trabalho de D. Haydée. Chegou a um ponto em que ninguém mais se entendia e depois de um grande tumulto o trabalho foi rejeitado porque foi considerado contrário aos interesses da classe.

Os elementos considerados líderes da classe demonstraram, durante todo o Congresso, uma declarada aversão e hostilidade contra as enfermeiras, dizendo mesmo que estas tudo fazem para prejudicá-los. Com o intuito de dar algum esclarecimento fizemos um pequeno trabalho, cuja cópia anexamos a este relatório, entretanto não nos deram oportunidade de apresentá-lo.

O IV Congresso será realizado em Maceió, de 11 a 15 de novembro.

Do temário do Congresso, constava:

1 — ESTRUTURA:

- a) — fundação de órgãos da classe em todas as Unidades Federadas e Municípios onde existam estabelecimentos hospitalares e farmacêuticos;
- b) — intercâmbio e relações sociais e diplomáticas entre todas as Sociedades congêneres, reservando-se o direito à autonomia das mesmas;
- c) — reconhecimento em todo Território Nacional, de profissionais práticos, das Sociedades, como órgão da classe.

2 — CULTURA:

- a) — escolas para formação de enfermeiras de ambos os sexos;
- b) — inclusão do enfermeiro-prático nas Escolas, já existentes;
- c) — órgão de imprensa da classe;
- d) — direito de crítica.

3 — ÉTICA

- a) — moralização dos costumes;
- b) — modalidade de tratamento.

4 — ECONOMIA:

- a) — remuneração digna;
- b) — cooperativas; (fundação)
- c) — salário-profissional;
- d) — casa do enfermeiro-prático.

5 — PREVIDÊNCIA SOCIAL:

- a) — risco de vida e saúde;
- b) — classificação de função;
- c) — estabilidade;

Tema I — b

Intercâmbio com Sociedades Congêneres.

É a primeira vez que usamos da palavra, na qualidade de participante deste conclave.

Pedimos desculpa, ao plenário, de falar sobre um assunto que tem sido motivo de controvérsia neste Congresso. Entretanto, não é nossa intenção suscitar novas polêmicas; desejamos, apenas, defender o nosso ponto de vista pessoal e o ponto de vista da Associação Brasileira de Enfermagem.

Pedimos desculpa, ainda, de apresentar um trabalho tão modesto, pois os nossos inúmeros afazeres não nos permitiram preparar algo de melhor para apresentar neste plenário.

Muito embora seja a Associação Brasileira de Enfermagem uma sociedade civil, cultural, muito lucrariam os práticos de enfermagem se procurassem manter intercâmbio ou relações com a nossa Associação, pelo menos não cometeriam o erro ou a injustiça de pensar ou dizer que trabalhamos contra os enfermeiros práticos e

práticos de enfermagem. Pelo contrário, reconheceriam que trabalhamos para dar a todos e a cada um, o lugar que lhe compete na equipe de saúde. Se em determinados lugares surge um conflito entre uma enfermeira e um prático, ou se, num ambiente de trabalho, não existe uma harmonia perfeita entre as duas categorias, isto não significa que a Associação esteja tomando o encargo de hostilizar, menosprezar ou trabalhar contra os práticos de enfermagem.

Na situação em que se encontra a enfermagem no Brasil, seria uma utopia pensar que os nossos hospitais poderiam funcionar sem o trabalho dos práticos e auxiliares de enfermagem. Todos reconhecem a necessidade destes incansáveis colaboradores da equipe de saúde. Na nossa maneira de pensar e analisar as coisas, chegamos à conclusão de que existe muito malentendido entre práticos de enfermagem e enfermeiros.

O trabalho da ABEn, as nossas reivindicações, giram em torno de um motivo justo e razoável, como seja o de dar a cada um, militante na enfermagem, o título que lhe compete por direito, por lei. Não podemos admitir que se dê o título de prático de enfermagem a quem não o é; que se chame enfermeiro prático a quem é prático de enfermagem, ou se chame de enfermeiro a qualquer pessoa que chegue ao hospital, ponha na cabeça uma touca e comece a trabalhar.

Queremos advertir aos caros congressistas o perigo em que incorremos quando generalizamos. Como disse antes, pode acontecer que uma ou outra enfermeira não consiga trabalhar em harmonia com os práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, entretanto, isto não decorre do fato de ser ela enfermeira de alto padrão, pois não é isso que aprendemos na Escola de Enfermagem e, não foi para isto que a Escola nos concedeu um diploma. Tal atitude por parte de uma enfermeira decorre de outros fatores que não nos compete analisar no momento.

Senhores, em tôdas as classes profissionais encontramos aqueles que não correspondem ao que deles se espera, mas por isto não vamos dizer que todos os profissionais de tal ou qual profissão são maus. Se há entre as enfermeiras algumas que incorrem em erros, como seja, o de não aceitar bem os enfermeiros práticos, há também entre estes os que hostilizam, falam mal, ridicularizam as enfermeiras. Isto é inegável. Haja visto um artigo publicado no último número da "Revista de Enfermagem", intitulado: "De Touca Sim, mas de Filó". Os senhores podem folhear tôdas as Revistas Brasileiras de Enfermagem, revista editada pela Associação Brasileira de Enfermagem, jamais encontrarão artigos de tal natureza.

Assim sendo, queremos simplesmente advertir aos caros congressistas que não é falando mal desta ou daquela enfermeira, dêste ou daquele médico que os práticos de enfermagem e enfermeiros práticos conseguirão aquilo a que se propõem alcançar. Tal maneira de agir, além de ferir a ética profissional, gera maiores conflitos, maiores desentendimentos e, nada se constrói pagando mal com mal. Melhor "status" social, melhor qualificação alcançariam se conduzissem a sua luta de classe por outro caminho.

Na qualidade de enfermeira de alto padrão e ocupando atualmente o cargo de Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, seção do Ceará, compareci a êste Congresso com a única intenção de trazer a todos uma mensagem de paz, de oferecer a nossa colaboração no sentido de encontrar uma solução que resolva os problemas que afligem a tôdas as categorias de profissionais da enfermagem no Brasil.

Recomendações:

No sentido de conseguir um melhor entrosamento entre enfermeiros práticos e enfermeiros de alto padrão, recomendamos:

- 1 — Que os enfermeiros práticos e práticos de enfermagem adquiram assinatura da "Revista Brasileira de Enfermagem";
- 2 — Que solicitem o "Boletim Informativo da ABEn";
- 3 — Que participem dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, realizados anualmente, promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem.

HISTÓRICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM "CRUZEIRO DO SUL"

RUTH ANACLETO E YVONIL BATISTA *

A ESCOLA DE ENFERMAGEM "CRUZEIRO DO SUL", foi fundada no dia 1.º de setembro de um mil novecentos e trinta e sete (1937), em Rio Verde, Estado de Goiás, resultado do esforço e dedicação do casal missionário Dr. Donald Covil Gordon e sua esposa D.^a Helen Gary Gordon, os quais viram a necessidade de um serviço médico organizado, e de profissionais de enfermagem devidamente preparados para o atendimento da vasta região do sudoeste Goiano.

Sob a direção da enfermeira missionária D.^a Beatrice L. Le-nington, a Escola de Enfermeiras começou a funcionar com quatro

(*) Diretora e Vice-Diretora da Escola

môças que tinham como instrução o curso primário. Estavam, porém, imbuídas do desejo ardente de servir a Deus e ao próximo, e ansiosas por um preparo específico para o serviço de enfermagem.

O campo de estágio era um pequeno Hospital, talvez o único da vasta região, aberto ao público e organizado pelo casal Gordon.

As dificuldades, sobretudo pela rudeza do meio com seu povo inculto, de índole fria e dado ao crime, foram imensas. A distância dos centros de conforto, grande impecilho a elementos bem preparados, que viessem dar apoio ao Hospital e à Escola, os quais tentavam engatinhar, embora com poucos recursos. Porém, Deus vem abençoando o trabalho. O Hospital vem crescendo, a Escola melhorando e o evangelho de Jesus Cristo vem mudando atitudes e ideais.

Enfrentando problemas e dificuldades, a Escola tem procurado manter-se dentro dos padrões do ensino que regem as Escolas de Enfermagem, tendo tido por muito tempo como fonte de informação e inspiração a Escola de Enfermagem "Ana Nery".

Foi oficialmente reconhecida pelo Governo Federal conforme Decreto Lei n.º 34 964 de 19 de janeiro de 1954, passando a ter o nome que hoje ostenta: — ESCOLA DE ENFERMAGEM "CRUZEIRO DO SUL".

Recebendo por certo tempo duas turmas de alunas por ano, já formou sua vigésima quinta turma de enfermeiras, as quais estão prestando serviços em vários setores da enfermagem, por diferentes regiões do Brasil.

São seus objetivos:

- 1.º — Preparar enfermeiras para o serviço Hospitalar e de Saúde Pública.
- 2.º — Incentivar melhor cuidado ao doente; trabalhar para a saúde da coletividade; estimular o desenvolvimento da profissão, elevando-a através de melhoramento social e cultural de cada aluna.
- 3.º — Despertar nas alunas o espírito de serviço e amor ao próximo, no espírito de amor a Deus.

A Escola tem procurado dar às alunas de enfermagem o melhor ensino possível para isso enviando elementos do corpo docente para os cursos e estágios especializados nos grandes centros do País.

Possui prédio próprio com acomodações adequadas ao conforto das alunas, boa biblioteca e material didático relativamente bom.

O campo de estágio das alunas é principalmente o Hospital Evangélico e seu ambulatório, que consta com bom serviço médico cirúrgico, sendo hospital geral.

Possui cinquenta leitos, assim distribuídos: — Clínica Médica — 15; Clínica Cirúrgica — 15; Clínica Obstétrica — 7; Clínica Pediátrica — 7; outros, 6.

A Escola é mantida pelo Hospital e as alunas provêm grande parte do serviço de enfermagem do Hospital.

A administração da Escola está a cargo de um Conselho Deliberativo e a Direção, a cargo de uma Diretora, uma Vice-Diretora e um Tesoureiro, eleitos pelo referido Conselho.

Está planejada a independência financeira da Escola que será mantida diretamente pela Missão Presbiteriana do Brasil Central, juntamente com a Igreja Presbiteriana do Brasil, procurando-se ainda, auxílios dos poderes públicos.

Em 1961, o Conselho Deliberativo resolveu criar o Curso de Auxiliar de Enfermagem, deixando de funcionar por tempo indeterminado, o Curso de Enfermagem, visto ter entrado em vigor a exigência do secundário completo, para o ingresso nas Escolas de Enfermagem. Reconhece-se que os campos de estágios são pequenos, pouco adequados a um curso de nível superior, assim como a comunidade apresenta índice acentuado de subdesenvolvimento, e que o corpo docente não está em condições de manter o referido curso.

A mudança da Capital Federal para Brasília tem trazido à região uma onda de progresso. A administração pública municipal mostra-se preocupada, tentando resolver os problemas básicos de saneamento, educação e conforto, o que tornará possível, a existência não só de um, mas de vários cursos de nível superior na cidade.

A direção da Escola, numa luta pelo progresso da enfermagem e pela elevação dos ideais da classe, vem se preocupando cada vez mais com o melhoramento do ensino e está envidando esforços no sentido de proporcionar ao corpo docente, oportunidades de cursos e estágios nos grandes centros do País.

Dentro de suas possibilidades, a Escola de Enfermagem "Cruzeiro do Sul" vem cumprindo sua missão, dando ao Brasil enfermeiras, as quais vêm prestando bons serviços de enfermagem, dentro do espírito de Cristo que veio ao mundo ' não para ser servido, mas sim, para servir' .

Fontes de Informação

- 1 — Arquivos da Escola.
- 2 — Ex-alunas e ex-membros da Direção da Escola.
- 3 — Decreto Lei n.º 34 964 de 19/1/1954.

O "CASO" DE KEWANEE *

Traduzido por ANYTA ALVARENGA

Em uma pequena cidade do Estado de Illinois (E.U.A.) um grupo de enfermeiras corajosas e de firmes convicções decidiu demitir-se dos cargos que ocupava em um hospital, porque o baixo padrão deste não lhes oferecia meios para prestar bons cuidados de enfermagem a seus pacientes. Recorreram à Associação Americana de Enfermeiras, Seção de Illinois (I.N.A.)**. Quem nos relata este fato ocorrido em Kewanee, é Dorothy Peters, assistente da secretária executiva da Comissão de Relações Públicas da I.N.A. Miss Peters possui também experiência em relações humanas na indústria e é um dos redatores da Revistada da Associação Americana de Odontologia.**

A cidade de Kewanee está situada no Estado de Illinois, cerca de 200 quilômetros ao sudoeste de Chicago.

Um trem antigo da Estrada de Ferro Burlington, com poltronas de estofamento duro, faz o trajeto Chicago-Kewanee em duas horas. Neste percurso, cerca de 60 minutos além da área de Chicago, logo após passar por Aurora os passageiros chegam a um município chamado Henry — uma belíssima área de terras cultivadas, com verdes pastagens e estábulos anexos, com residências de fazendeiros, toda pontilhada de silos e celeiros. Vê-se ainda, ao longe, uma pequena fábrica lançando sua fumaça no horizonte.

Kewanee possui apenas 16.000 habitantes. Já foi uma cidade industrial próspera, que oferecia conforto, mas que nos últimos anos regrediu; várias fábricas foram fechadas ou transferidas para outros locais, o desemprego tornou-se problema sério e os homens foram obrigados a procurar trabalho em outras localidades.

Conta a autora que ao chegar em Kewanee, numa tarde de junho de 1961, a cidade lhe pareceu adormecida sob o sol de verão. A caminhada de quarteirão e meio, da estação de tijolos vermelhos até o único hotel da cidade, foi feita através de uma das ruas principais, onde os proprietários e balconistas passam o tempo ociosamente nas portas das lojas dirigindo-se familiarmente aos transeuntes, perguntando pela família e pelo resultado da pescaria do fim-de-semana.

"Nem eu tampouco nenhum outro forasteiro — continua ela — poderia perceber pelo aspecto da cidade, o menor indício de que ali poderia ocorrer um incidente que causaria impacto na enfermagem através de toda a nação. Entretanto isto aconteceu para provar

(*) Tradução autorizada do artigo de Peters Dorothy — The Kewanee Story American Journal of Nursing, outubro de 1961.

(**) Nota do tradutor

que, aquêles que a praticam têm capacidade para dirigir seus próprios destinos e os cuidados que prestam a seus pacientes”.

Como a história começou

Kewanee possui dois hospitais — o São Francisco (St. Francis Hospital) com capacidade para 81 leitos e o Hospital Público de Kewanee (Kewanee Public Hospital) com 75 leitos. (A designação “público” ilude, pois este hospital é uma instituição particular sem finalidade de lucro, mas que não pertence ao Estado).

Antes de 14 de março, pelo que se sabia na sede central da I.N.A., o Hospital Kewanee era uma dessas instituições onde as enfermeiras pouco mostravam interesse pelas atividades da profissão. Entretanto, em meados de julho, essas mesmas enfermeiras demitiram-se *em massa*, em protesto contra uma situação que consideravam aquém dos padrões aceitáveis, não só em relação aos serviços de enfermagem, como aos salários e à falta de interesse da administração do Hospital em cooperar com esses seus servidores para melhoria dos cuidados ali prestados. No período de pendência, não só as enfermeiras, o administrador e os membros do Conselho Administrativo do Hospital foram envolvidos, como também a I.N.A. e seus Distritos, a Associação de Hospitais de Illinois, o Prefeito de Kewanee, a Câmara Municipal, o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar e seu pessoal não profissional, todos participaram do acontecimento. A notícia se espalhou através do Estado e os serviços de comunicação, por sua vez, levaram ao conhecimento de toda a nação o “caso” de Kewanee. Como foi que isto aconteceu?

No dia 14 de março de 1961, a seguinte carta foi recebida na sede da I.N.A. “Pedimos que nos remetam o folheto sobre *Salário recomendado para enfermeiras de cabeceira*. Estamos pleiteando aumento de salário no Hospital Público de Kewanee e gostaríamos de saber quanto percebem as enfermeiras que estão prestando serviços de enfermagem geral em outras instituições, nas diversas regiões do país”.

O folheto solicitado foi enviado a Kewanee. Decorrido um mês, aos 14 de abril, Elizabeth Fulghum, que dirige o programa de previdência social da Associação, recebeu uma carta do Clube de Enfermeiras do Hospital Público de Kewanee (Kewanee Public Hospital RN Club) na qual havia o seguinte trecho: “Fomos informadas de que devíamos escrever-lhe, caso estivéssemos necessitando de um mediador... As enfermeiras daqui são, na maioria, pessoas que necessitam trabalhar e não podem perder seu emprego... Há dois anos fomos ameaçadas de perder nosso cargo... se algum dia trouxéssemos um emissário aqui... Nossa pergunta é a seguinte: justifica-se

queremos um mediador para este litígio e poderá o administrador do Hospital, por isto, demitir as enfermeiras? .. Sem dúvida alguma precisamos de alguém que nos apóie e esteja do nosso lado”.

Miss Fulghum respondeu-lhes que a I.N.A. trabalharia com elas dando-lhes orientação e assistência; que serviria como consultora. mas que a força maior estaria na união do próprio grupo, e que o primeiro passo para isto seria tornarem-se membros da Associação

Filiação das enfermeiras

Elas combinaram uma reunião cuja data foi marcada para 15 de maio e solicitaram o comparecimento de Miss Fulghum. Anteriormente, poucas enfermeiras eram membros da I.N.A., já nessa ocasião, quase todas, tanto as de tempo integral como as de tempo parcial tornaram-se sócias. Cerca de 75% das 46 enfermeiras do staff do Hospital Kewanee indicaram a I.N.A. como sua mediadora.

Logo no início do ano, o Hospital aumentou o preço da diária. Foi comunicado aos pacientes que este aumento tinha sido necessário a fim de pagar o aumento de salário que as enfermeiras vinham pleiteando.

Poucos meses depois, em março, tanto quanto podiam lembrar-se, o administrador do Hospital ofereceu-lhes a seguinte escolha — a majoração de salário seria dada se aceitassem um corte de 50% no número de enfermeiras do staff; ou então teriam que ficar com o mesmo salário, para que fosse mantido o mesmo número de enfermeiras. *O serviço de enfermagem do Hospital já não era bom*; elas sentiram que se o staff fosse reduzido à metade, os cuidados de enfermagem ao doente decairiam mais ainda. Votaram a favor da manutenção de todas as enfermeiras. Em abril foi-lhes dado um aumento, mas seus salários continuavam ainda abaixo daqueles pagos em toda aquela região e mesmo no Estado de Illinois.

Foi a esta altura dos acontecimentos que esse grupo de enfermeiras solicitou o auxílio da I.N.A. De acordo com sugestões da Associação, as enfermeiras iniciaram imediatamente um estudo sistemático dos padrões de serviços de enfermagem e de salário das enfermeiras.

Coragem para ação

Em reuniões semanais realizadas na residência ora de uma ora de outra, as enfermeiras foram elaborando recomendações (*) que visavam ajustar as condições de trabalho e de salário às exigências

(*) Recomendações que formaram um relatório, mais tarde denominado “Manifesto à Comunidade” (Nota do tradutor).

legais e aos padrões profissionais. Recomendavam que o Hospital se enquadrasse aos padrões mínimos exigidos por lei, com relação aos cuidados de enfermagem, que aumentasse o número de enfermeiras do staff, aumentasse os salários e instituisse um programa de educação em serviço. Propuzeram um contrato que desse alguma segurança às enfermeiras. Sugeriam ainda reuniões entre o grupo local e o Hospital, a fim de discutirem os métodos adequados de esterilização, de prover meios para reparo e substituição de material quebrado ou obsoleto. Juntaram tudo o que fôra averiguado às recomendações e prepararam um relatório onde constatavam tôdas as ocorrências.

Posteriormente, quando as exonerações em massa se tornaram em realidade, a autora perguntou a várias enfermeiras onde haviam encontrado coragem e convicção para tomar uma atitude tão drástica, um passo tão pioneiro face à oposição do hospital, à reprovação dos médicos e do jornal da cidade.

Algumas disseram que a coragem para a luta surgira como fruto do que haviam aprendido sobre os padrões legais e profissionais exigidos para prestação de cuidados de enfermagem e das recomendações sobre as condições de emprêgo que haviam sido elaboradas através de trabalho de cooperação de muitas enfermeiras, em todo o Estado. Elas haviam encontrado na lei e nos padrões fixados de acôrdo com o julgamento de suas colegas, confirmação daquilo de que já estavam convictas: os padrões de cuidados de enfermagem no Hospital de Kewanee não ofereciam segurança, pois eram inadequados os serviços; e elas não estavam recebendo pagamento condizente com a profissão. Mais importante ainda, descobriram que somente delas e de ninguém mais — legal e eticamente — deveria partir a exigência de que fôsse endireitado o que estava errado. Para serem verdadeiramente enfermeiras, sentirem-se verdadeiramente orgulhosas da profissão e cumprirem sua missão com os pacientes elas teriam que exigir melhoria dos serviços de enfermagem, não obstante conseqüências pessoais.

Mais tarde, enquanto trabalhavam para corrigir essas condições, verificaram ser correta a sua suposição inicial de que nenhuma enfermeira poderia ter esperança de melhorar o padrão dos serviços de enfermagem e de salários no Hospital de Kewanee, através de seus esforços individuais; que nenhuma enfermeira poderia sozinho, persuadir o administrador, o Conselho Administrativo do Hospital ou a comunidade, de que era essencial uma mudança. Teriam que reunir os esforços de todo o grupo e tomar decisões, planejar e agir juntamente com a associação de classe para levar avante qualquer iniciativa.

Uma enfermeira é demitida

Aos 14 de junho, enquanto os dados estavam sendo colhidos para o relatório, o administrador do Hospital demitiu uma enfermeira, membro da I.N.A. e supervisora, havia dez anos, no departamento de obstetrícia. A reação das outras enfermeiras foi imediata. No dia seguinte ao de sua demissão foi enviada ao diretor do Hospital uma carta assinada por 27 enfermeiras; 19 compareceram pessoalmente para expressar seu protesto. As enfermeiras queriam exonerar-se imediatamente mas a conselho da I.N.A., resolveram trabalhar o resto da semana a fim de dar tempo ao Hospital para tomar as providências com relação aos cuidados dos pacientes.

Aos 20 de junho, Miss Fulghum e Doris Pettitt, presidente do Distrito local da I.N.A. solicitaram uma reunião com o diretor a fim de examinarem a demissão e as recomendações das enfermeiras para melhoria dos serviços de enfermagem do Hospital. Este concordou e a reunião foi marcada para o dia 26. Porém, no dia 22, Miss Fulghum recebeu no escritório central da I.N.A. uma carta do diretor comunicando que o Hospital havia cancelado a reunião.

Naquele mesmo dia o escritório central da I.N.A. apelou para o Conselho Administrativo do Hospital e enviou a cada membro cópia do *Relatório* das enfermeiras, juntamente com um pedido de reunião. O Conselho nem sequer lhes respondeu.

No dia 26 à noite, Miss Fulghum e eu nos reunimos com as enfermeiras do Distrito local da I.N.A. Um membro da diretoria da emissora de rádio de Kewanee pediu para estar presente à reunião; as enfermeiras concordaram com sua presença. Foi enviado convite à redação do jornal local e ambos, rádio e jornal mandaram seu representante; lá permaneceram enquanto as enfermeiras discutiam o problema relacionado com o Hospital e as medidas que iriam tomar daí por diante. Uma das presentes, que acabara de sair do Hospital para ir à reunião, revelou que o diretor havia reunido os servidores naquele dia, com exclusão das enfermeiras de tempo parcial, alegando que elas não pertenciam ao staff. Na reunião ele havia declarado que a enfermeira demitida não seria readmitida e que os membros do Conselho não se reuniriam com a I.N.A., pois esta era *um órgão estranho* ao Hospital, *uma terceira facção*; que o Conselho se reuniria somente com as enfermeiras do Hospital.

Mrs. Pettitt, Presidente da Comissão, relatou aos presentes que antes da reunião, ela, Miss Fulghum e as enfermeiras do Hospital haviam entrado em contato com o Presidente e os membros do Conselho que haviam sido encontrados nos seus telefones, renovando o pedido anterior de uma reunião; seu pedido fôra recusado e haviam-

lhes dito que o Conselho reunir-se-ia no dia seguinte à noite, mas não considerava necessário comunicar a I.N.A. e às enfermeiras os assuntos a serem discutidos e as decisões tomadas.

A esta altura, as enfermeiras se exasperaram. Que pretendia o Conselho recusando uma reunião com elas? Quem sabia melhor sobre cuidados de enfermagem senão os que os prestavam? O Conselho tinha por dever ouvir também a versão das enfermeiras; e elas não queriam uma reunião sem suas representantes na I.N.A.; da qual desejavam o apoio e a orientação. Nós as aconselhamos tentarem a reunião sòzinhas, pois eram tão poucos os caminhos para se chegar a um acôrdo. (Illinois não possui meios legais — leis trabalhistas — para forçar o empregador a se reunir com os empregados; e na lei federal Taft-Hartley são excluídos os hospitais não lucrativos).

As enfermeiras se reúnem com o Conselho

Aos 30 de junho, os dois grupos se reuniram. As enfermeiras tinham escolhido algumas de seu grupo para falarem em seu nome e estas haviam preparado cuidadosamente o que iriam dizer ao Conselho. Elas sabiam que estariam falando a algumas pessoas de grande influência na cidade e queriam fazê-lo com dignidade e eficácia, para crédito da profissão que representavam. (O Conselho é constituído de um diretor de finanças e um chefe de pessoal de duas firmas, dois advogados, os proprietários de 3 firmas locais e o presidente de um banco. Não há representantes de sindicatos ou organizações de “gente pequena”).

As enfermeiras não tiveram oportunidades de apresentar seu ponto de vista. O presidente do Conselho falou em nome de todos os seus membros; dois advogados do Hospital estavam presentes. Elas foram informadas de que o Conselho não trataria de coisa alguma com o grupo, mas ouviria suas queixas, *individualmente*. Elas acharam a proposta inaceitável e injusta, uma vez que o Conselho estava agindo em grupo, como um todo, e usando também uma “terceira facção” — seus consultores jurídicos — enquanto lhes negavam êsse direito. Quando assim se expressaram, o presidente encerrou a reunião.

Após a recusa do Conselho, de parlamentar com o Distrito local da I.N.A., fôram enviadas cópias do “*Manifesto à Comunidade*” a tôdas as organizações da cidade e aos membros do staff médico do Hospital, juntamente com um pedido de reunião com êstes. O jornal e a emissôra locais mostraram os dois lados da questão com imparcialidade, mas no editorial intitulado “*Dever para com o Público*”, o jornal sugeriu que as enfermeiras desistissem das reivindicações,

embora insinuasse de maneira sutil, que o Hospital poderia talvez examinar as acusações das enfermeiras para verificar se havia necessidade de efetuar algumas modificações.

As enfermeiras decidem demitir-se

Que fazer então? As enfermeiras reuniram-se novamente. Decidiram demitir-se. Não foi uma decisão fácil de ser tomada. A maioria precisava do emprego. Sentiam que haviam tentado todos os meios a seu alcance para melhorar os padrões de cuidados de enfermagem e as condições de salários no Hospital. Haviam tentado individualmente; haviam tentado uma reunião com o Diretor; haviam transigido razoavelmente com o Conselho; já haviam apelado para o staff médico e tentado falar com os membros do Conselho; haviam, inclusive, informado à comunidade. *E nada mudara!*

Como poderiam corresponder às suas responsabilidades legais e éticas, de prover bons cuidados de enfermagem aos pacientes, se não podiam sequer modificar situações que afetavam esses serviços? Seria realmente indicado, sob o ponto de vista ético, deixar o problema de lado como um "caso encerrado" tal e qual o editorial do jornal havia sugerido, e consentir que as condições do Hospital continuassem num padrão abaixo do aceitável? Como poderiam elas aceitar a demissão de uma enfermeira competente, simplesmente porque estava cooperando com o Distrito local da I.N.A.? E, ainda mais, como iriam aceitar a falta de respeito e cortezia demonstrados pela administração do Hospital para com as enfermeiras? Cada uma havia preparado seu pedido de demissão. Iria a I.N.A. dar-lhes apoio?

Aos 6 de julho, a Comissão Executiva da I.N.A. se reuniu para ouvir as enfermeiras. Depois de cuidadoso exame de todos os passos que estas haviam tomado, a Comissão votou pelo apoio. Foi aprovado o plano, estabelecendo que as enfermeiras adiassem sua demissão por um período de 3 semanas, de forma a permitir que nenhum paciente no Hospital ficasse privado dos cuidados de enfermagem de que carecia; concordou em ajudá-las no esclarecimento às classes profissionais e à comunidade, dos motivos de sua demissão em massa; e concordou em auxiliar aquelas que iriam sofrer necessidades em consequência da demissão.

Essa mesma Comissão Executiva preparou um manifesto que em parte dizia: "Para se conseguir serviços de enfermagem adequados em um hospital, necessário será obter recursos completos para sua manutenção e condições adequadas de trabalho e ambiente. A falência em sanar condições que há muito se encontram aquém dos padrões aceitáveis é um abuso grave à confiança do paciente e da comunidade. A Associação de Enfermagem do Estado de Illinois desaprova sem reserva essa situação".

"A I.N.A. recomenda às enfermeiras que escrupulosamente se abstenham de colaborar com a administração do Hospital Público de Kewanee em qualquer abuso de confiança do paciente ou da comunidade, pois estariam estimulando a manutenção de baixos padrões ao concordarem em trabalhar no Hospital enquanto persistirem essas condições; está em jogo a integridade da profissão de enfermagem e do cuidado aos pacientes".

Três semanas são passadas desde que a última exoneração foi apresentada ao Hospital; este continua na atitude de negar-se a uma reunião com as enfermeiras; não aceitou, inclusive, ofertas do Departamento Estadual de Trabalho (states' labour department), do Prefeito da cidade e membros da Câmara Municipal, para servirem de mediadores na questão.

Alguns melhoramentos mínimos foram entretanto realizados no equipamento do Hospital. Foi indicada uma comissão entre os médicos da instituição para "investigar" os cuidados de enfermagem ali prestados. O chefe do staff relatou que os padrões eram bons e que a controvérsia toda surgira devido a um simples ferrólho do esterilizador de comadres que havia sido quebrado e fôra reparado desde então. (Não foi).

As enfermeiras foram imediatamente contra aquela declaração, e em reunião com todo o staff médico relataram em detalhes todas as deficiências dos serviços de enfermagem, explicando e sustentando a correção do modo como agiram. Uns poucos médicos concordaram com elas; outros não. No fim da reunião, o staff médico decidiu solicitar da administração do Hospital que se reunisse com as enfermeiras. Não sabemos se a solicitação foi feita.

O boletim informativo da Associação de Hospitais de Illinois atacou as enfermeiras e a I.N.A.; este ataque foi respondido por Mrs. Pettitt.

O apoio de outras colegas tem sido enorme. O Hospital tem conseguido recrutar umas poucas enfermeiras, oferecendo-lhes 80 dólares mensais além do salário que pagava às demissionárias. Apesar disto tem sido constatado que a chefe do Serviço de Enfermagem e as poucas enfermeiras restantes têm trabalhado em horário dobrado e que estão sendo treinadas atendentes para ocuparem as vagas das enfermeiras. A permanência de pacientes em ambos os hospitais de Kewanee é baixa, de forma que tem sido difícil avaliar o impacto das demissões.

Como foi conseguido o apoio das enfermeiras? O Distrito local da I.N.A. tem acompanhado cuidadosamente toda notícia de admissão de qualquer nova enfermeira; colegas têm visitado colegas; enfermeiras particulares têm conversado com outras enfermeiras particulares; tem sido explicado às enfermeiras que se as do Hos-

pital não puderam prestar bons cuidados de enfermagem devido às condições ali existentes, outras não poderão fazê-lo tampouco; que recusar a trabalhar no Hospital será a única forma de impedi-los de continuar a abusar da confiança da comunidade, forçando-os assim, a uma mudança para melhor. Elas compreenderam o problema e concordaram em saná-lo. As enfermeiras do Hospital São Francisco já haviam prometido, anteriormente, não trabalhar no K.P.H. O 5.º Distrito da I.N.A., em cujo território está localizada Kewanee, enviou carta a todos os sócios explicando a situação e pedindo que não aceitassem trabalho no K.P.H. A diretoria do 1.º Distrito da I.N.A. da área de Chicago, ofereceu para ajudar qualquer enfermeira que desejasse colocação em Chicago.

Quanto à comunidade, há considerável discussão. O Clube Lions inicialmente ofereceu e depois retirou o convite às enfermeiras, para lhes contar sua história. Os Sindicatos de Empregados no Comércio e Operários ouviram-nas; cerca de 10 ou 12 outros sindicatos independentes e da AFL e CIO (*) convidaram-nas a falar. Algumas enfermeiras já encontraram emprego. Outras estão aguardando.

Muitas perguntas têm sido feitas sobre Kewanee, tais como: "haveria outros meios menos drásticos de resolver a disputa? Qual tem sido a reação de outras enfermeiras com relação às demissões? Qual o pensamento do público? Como eram as enfermeiras que tomaram essa decisão? E agora, depois que a tomaram, como se sentem com relação a este passo? O que foi ganho — se houve proveito — com a experiência de Kewanee?"

O balanço

Se havia outros meios de melhorar as condições dos serviços e salários no Hospital de Kewanee, ninguém foi capaz de sugerí-los. Os corretivos a serem usados pelas instituições estaduais responsáveis pelos hospitais e cuidados de enfermagem, freqüentemente precisam ser instigados pelas enfermeiras. É obrigação da associação de classe conseguir as leis necessárias e fazer com que estas sejam cumpridas. Não há lei que obrigue as autoridades hospitalares a se reunirem com as enfermeiras, a fim de discutir litígios, mesmo que 100% delas assim o desejem. A opinião pública em Illinois tem-se mostrado, freqüentemente, compreensiva mas daí não resultou, até agora, um só contrato entre enfermeiras e seu empregador.

Nós, a princípio, estávamos sumamente preocupados com o que os membros de outros Distritos, fora de Kewanee, poderiam pensar com respeito às demissões em massa, e como reagiriam em relação

(*) AFL e CIO são confederações de sindicatos das mais poderosas dos E.U.A. (Nota do tradutor).

ao material distribuído pela Associação de Hospitais de Illinois; chegaram ao nosso conhecimento manifestações de umas poucas enfermeiras, que declaravam não pretender renovar seu título de membro da Associação; mas em todos os nossos contatos pessoais temos encontrado imenso apoio. As comissões que têm se reunido na sede central e discutido o assunto, aprovam a resolução tomada pelas enfermeiras de Kewanee. A Diretoria e o Conselho Consultivo das presidentes dos Distritos unânimes levantaram suas vozes em apoio à ação da Comissão Executiva. O simples fato de que tão poucas enfermeiras de Kewanee e adjacências tenham ido trabalhar no K.P.H. é, nós acreditamos, um sinal indicativo da direção para onde os pontos de vista convergem. Como se expressou uma colega: “até que enfim um grupo de enfermeiras “fincou pé” pelos seus direitos e mostrou que se dispunha a lutar realmente. Elas estão lutando por tôdas nós”.

Quanto ao público, a opinião esteve dividida. O Conselho do Hospital, composto de seus empregadores, tanto quanto sabemos, está bastante unido em oposição às enfermeiras. Todavia, um grupo de cidadãos de Kewanee comprou hora na estação de rádio para que as enfermeiras contassem o seu caso. O editorial do jornal local foi contra elas, mas o editor só recebeu uma única nota contra a atitude das mesmas. As enfermeiras relataram que, de modo geral, os parentes, maridos, particularmente êstes, amigos e vizinhos — pessoas que vivem de seu trabalho, como elas — têm dado demonstração de simpatia pela sua causa, apoio e estímulo.

O que foi ganho

Várias coisas, pela estimativa que fizemos, foram ganhas com a experiência de Kewanee. Nenhum grupo poderia ter levado avante atitude igual ou semelhante, se seus membros, desde o início, não estivessem conscientes de sua capacidade e auto respeito. Na verdade com o desenrolar dos fatos, o senso de valor e auto respeito se desenvolveu à medida que a classe as compreendeu e se envolveu no caso.

Pela primeira vez, um grupo de enfermeiras dispôs-se, mesmo com risco pessoal, a superar seus próprios receios e o tradicional medo que existe na própria profissão, com relação a atitudes, para levantar-se contra todos, quando se fez necessário, médicos, empregadores, Conselho do Hospital, para lutar pelo que achava correto, por elas e pelos pacientes.

Foi-nos relatado recentemente que em uma reunião de administradores de hospitais, o seguinte comentário havia sido feito:

“se o seu pessoal *não profissional* passa a reclamar é melhor fazer algo a respeito — eles todos agem. Mas, se as *enfermeiras profissionais* reclamam, não se preocupem — elas nunca farão coisa alguma”.

Mas, após Kewanee, quem poderá garantir isso?

COMENTÁRIO DO EDITOR

No Brasil, por várias vezes e sempre por motivos justos, tem havido demissões de pessoal de enfermagem; convém lembrar, sem identificar casos, saídas em massa de religiosas encarregadas do serviço de enfermagem, quando o hospital não faz respeitar pontos básicos de moral.

Convém também lembrar que, no Rio, em 1961, tôdas as enfermeiras de um centro de clínica cirúrgica se demitiram, pelo seguinte:

A chefe do Serviço costumava pedir material indispensável aos cuidados de enfermagem. O administrador da clínica não concordava com a necessidade desse material. Um dos diretores presidentes baixou a seguinte circular:

“Clínica...
Centro de Clínica e Cirurgia
Rua... Tel.:.....
Rio de Janeiro
28.6.61

Aos Srs. Funcionários
Chefes de setores
Enfermagem
Auxiliar de enfermagem
Serventes

A fim de evitar malentendido e atitudes que possam colidir com a orientação administrativa da Clínica, levamos ao conhecimento de todos o que se segue:

1. A autoridade máxima dentro da Clínica, sob o aspecto administrativo, é representada pelo nosso Diretor-Administrativo, que é o Dr.....
2. Qualquer medida que vise, direta ou indiretamente, a parte administrativa, tem que ser levada ao seu conhecimento para aprovação.
3. *A enfermagem está diretamente subordinada à sua administração e, inclusive, em sua parte técnica, que indiretamente dependa de sua aprovação.*

4. Nenhum funcionário, de qualquer categoria, tem o direito de desconhecer a autoridade do Dir. Ad. e poderá trabalhar, dentro ou fora de seu horário, sem o seu conhecimento.
5. As queixas ou reclamações devem ser diretamente dirigidas ao Dir. Ad. por intermédio dos chefes de cada setor.
6. A Diretoria não tolerará nenhuma atitude que possa corresponder a uma tentativa de desprestígio do Dir. Administrador.
7. Aos funcionários descontentes com a nossa orientação teremos de lamentar não podermos contar com a sua colaboração.
8. Será impossível pretendermos trabalho útil sem a colaboração sincera de todos.
9. A Diretoria da Clínica apóia integralmente a orientação do Dir. Ad. em qualquer medida que tenha por objetivo melhorar as condições técnicas da Casa.

Atenciosamente,
as./.... Dir. Pres.

Sem discordar do espírito da ordem (prestígio à autoridade administrativa), a chefe do serviço de enfermagem não concordou com a subordinação técnica a alguém que não fôsse enfermeiro; de-mitiu-se e com ela as 6 outras enfermeiras.

Casos esporádicos e sem ação continuada não trarão resultados positivos para a melhoria do cuidado de enfermagem. Tem acontecido sair um grupo de enfermeiros e entrar outro, sem cogitar de definir a posição do Serviço de Enfermagem, suas atribuições e as dos componentes da equipe; sem se inteirar da possibilidade de exercer a enfermagem eficientemente e sem causar prejuízo ao paciente por falta de material e equipamento, indispensáveis e acessíveis ao poder aquisitivo da instituição; sem tomar conhecimento do regimento da instituição e sem se certificar dos princípios éticos que regem o trabalho dos profissionais com quem a enfermagem vai se relacionar.

É tempo das enfermeiras recorrerem à Associação de Classe para orientação de hospitais e clínicas particulares; é tempo das enfermeiras fazerem parte das mesas administrativas dessas instituições, e de, administrativamente falando, serem capazes de discutir o orçamento, exigindo para os cuidados de enfermagem as condições materiais que podem diminuir o lucro mas que satisfaçam melhor às exigências de um bom atendimento.

NOTÍCIAS

Legislação

Decreto n.º 761 de 20/3/62 (D. O. de 26/10/63), altera a denominação da E.E. do Pará para E.E. Magalhães Barata.

Decreto n.º 2.044 de 15/1/63 (D. O. de 18/1/63), abre ao MEC o crédito especial de Cr\$ 5.000.000,00 para atender às despesas com a transferência para a União da E.E. do Recife.

Portaria n.º 209 de 11/1/63 (D. O. do Est. do Rio), do Sr. Secretário de Saúde e Assistência, estabelece, no seu Gabinete e diretamente subordinada ao seu titular, uma coordenação geral do serviço de enfermagem.

Portaria n.º 18 de 18/1/63 (D. O. de 21/1/63), designa Haydée Guanaes Dourado, do Ministério da Saúde, posta à disposição do MEC, para ter exercício na Seção de Estudos e Organização, da Diretoria do Ensino Superior, em Brasília.

Levantamento de Necessidades de Enfermagem

O relatório do trabalho feito pela Comissão Supervisora de Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde e Assistência, constitui um documentário precioso da situação da enfermagem na Guanabara. Foi publicado na Revista Médica do Estado da Guanabara, vol. 29, n.º 3, julho-setembro de 1962, editado pela Secretaria acima referida.

Bolsas Concedidas pela CAPES em 1963

Para o Curso de Administração aplicada à Enfermagem:

MARIA DAS GRAÇAS MARTINS — E.E. Coração de Jesus, Sorocaba — São Paulo.

YOLE DE CARVALHO MAZZONI — E.E. Carlos Chagas, Belo Horizonte — Minas Gerais.

Para o Curso de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem:

ANÁLIA MARTINS (Ir.) — E.E. São Vicente de Paulo, Fortaleza — Ceará.

CELESTE ALVES DE SOUZA — da E.E. da Bahia, Salvador — Bahia.

- ELITA SILVEIRA — da E.E. Alfrêdo Pinto, Rio de Janeiro
— GB
- FRANCISCA JUDITH VERAS DE SOUZA (Ir.) — da E.E. São
Vicente de Paulo, Fortaleza — Ceará.
- IRAIDE BATISTA DE PAIVA — da E.E. Magalhães Barata,
Belém — Pará.
- IVANETE DE VASCONCELOS SOBRAL (Ir.) — da E.E. N.^a S.^a
das Graças, Recife — Pernambuco.
- MARIA GRACIEMA DANIEL SILVEIRA (Ir.) — da E.E. São
Francisco de Assis, São Luiz — Maranhão.
- MARIA DE JESUS CORDEIRO — da E.E. da Universidade Fe-
deral do Est. do Rio — Niterói — Est. do Rio.
- MARIA DE LOURDES GUEIROS — da E.E. da Universidade
Federal do Est. do Rio — Jurujuba, Niterói — Est. do Rio.
- MARIA VITÓRIA DA SILVA — da E.E. Carlos Chagas, Belo
Horizonte — Minas Gerais.
- NILZA FERNANDES DE FREITAS — da E.E. da Universidade
Federal do Est. do Rio — Niterói — Est. do Rio.
- TEREZA BEZERRA BESSA (Ir.) — da E.E. São Vicente de
Paulo, Fortaleza — Ceará.

Para o Curso de Administração e Organização Hospitalar:

- LUCY BANDEIRA DE SOUZA LIMA — da E.E. da Universidade
do Recife — Recife, Pernambuco.

A B En

ORGANIZAÇÃO

DIRETORIA:

Presidente — Clarice Della Torre Ferrarini
1.^a Vice-Presidente — Marina de Vergueiro Forjaz
2.^a Vice-Presidente — Honorina dos Santos
1.^a Secretária — Ir. Maria Carmen Teixeira
2.^a Secretária — Enyr Souza Lima
1.^a Tesoureira — Lenísia Costa Santos
2.^a Tesoureira — Maura Maria Pereira de Lima

Representante do Setor ICN — Anyta Alvarenga
Representante do Setor CICIAMS — Amália Corrêa de Carvalho
Secretária do Setor ICN — Circe Mello Ribeiro
Secretária do Setor CICIAMS — Maria Ivete R. Oliveira

CONSELHO FISCAL:

Altair Alves Arduino
Isaura Barbosa Lima
Nilza Marques Maurício Garcia

SECRETÁRIA EXECUTIVA:

Ida Picanço

PRESIDENTES DAS SEÇÕES E DISTRITOS:

NORTE

AMAZONAS — Aracy Régis de Menezes
PARÁ — Irene Cunha de Oliveira
AMAPÁ — Maria Cecília Pedreira de Cerqueira

NORDESTE

MARANHÃO — Mara de Lourdes Rodrigues Mota Andrade
FIAUÍ — M.^a de Lourdes Costa Matos

CEARÁ — Ir. Maria Blanda de Queiroz
 R. G. DO NORTE — Oscarina Saraiva Coelho
 PARAÍBA — Syther Medeiros de Oliveira
 PERNAMBUCO — Ida Vieira de Lira
 ALAGOAS — Isabel C. Macintyre

LESTE

SERGIPE — M. Carmélia Albuquerque
 BAHIA — Eurides Corrêa Rocha
 MINAS GERAIS — Ir. Maria Notarnicola
 * JUIZ DE FORA — Maria da Conceição de Lima Lessa
 ESPÍRITO SANTO —
 RIO DE JANEIRO — Izauro Lopes Godoy
 * VOLTA REDONDA — Dolores Freitas
 GUANABARA — Zelia Sena Costa

SUL

SÃO PAULO — Moema Guedes Barbato
 * SANTOS — Iná de Almeida Vila Nova
 * SÃO JOSÉ DOS CAMPOS — Irmã Julita
 * RIBEIRÃO PRÊTO — Geraldina Passeri
 * SOROCABA — Rita Madureira
 * CAMPINAS — Maria Helena Delcanale
 PARANÁ — Irmã Verônica Tartas
 SANTA CATARINA — Irmã Cacilda Hammes
 RIO GRANDE DO SUL — Celina Cunha Tibiriçá
 * CAXIAS DO SUL — Irmã Arcádia

CENTRO-OESTE

BRASÍLIA — D.F. — Antônio Ferreira
 GOIÁS — Garcilia do Lago Silva
 MATO GROSSO — Adelaide de Almeida Orro

COMISSÕES PERMANENTES:

Assistência — Doralice Regina Ayres
 Auxiliar de Enfermagem — Zaira Bittencourt
 Educação — Maria Rosa S. Pinheiro
 Enf. Hospitalar — Circe Mello Ribeiro
 Estatuto e Regimentos — Anayde C. Carvalho
 Ética — Marina de V. Forjaz
 Executiva do Congresso — Irmã Syrena de Castro Bonfim

Finanças — Maura Maria Pereira de Lima
Intercâmbio Cultural e Profissional — Edilburga Pereira
Legislação — Haydée Guanaes Dourado
Preparo de Chapas — Antonieta Chiarello
Proteção à Maternidade e à Infância — Madre Maria Áurea da Cruz
Relações Públicas — Clélea de Pontes
Saúde Pública — Maria de Lourdes Góes.

ENDERÊÇOS:

Secretária Executiva — Ida Picanço — Rua Martinico Prado,
71 — São Paulo
Revista Brasileira de Enfermagem — Av. Franklin Roosevelt,
39 - sala 1.304 — Rio de Janeiro — Guanabara

SEÇÕES E DISTRITOS

AMAZONAS — Rua Teresina, 495 — Adrianópolis — Manaus
PARÁ — Av. José Bonifácio, 327 — Belém
AMAPÁ — ICOMI — Caixa Postal, 396 — Belém
MARANHÃO — Av. Rio Branco, 308 — São Luiz
PIAUI — Hospital Getúlio Vargas — Teresina
CEARÁ — Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo Av.
Imperador, 1.367 — Fortaleza
RIO GRANDE DO NORTE — Av. Nilo Peçanha, 620 — Natal
PARAÍBA — Escola de Enfermagem
PERNAMBUCO — Rua das Pernambucanas, 264 — Recife
ALAGOAS — Rua Angelo Neto, 295 — Farol — Maceió.
SERGIPE — Caixa Postal, 91 — Aracaju
BAHIA — Escola de Enfermagem da Bahia — Parque da Universi-
dade — Canela — Salvador
MINAS GERAIS — Caixa Postal, 1.495 — Belo Horizonte
* JUIZ DE FORA — Av. Rio Branco, 3.596
ESPÍRITO SANTO — Rua Caramuru, 23 — Vitória
RIO DE JANEIRO — R. Visconde Rio Branco, 763 — apto. 701
Niterói
* VOLTA REDONDA — Hospital da Cia. Siderúrgica Nacional
GUANABARA — Rua do Lavradio, 84 — Fone: 22-6416 — Rio
SÃO PAULO — Av. Conselheiro Brotero, 1.486 — São Paulo
* SANTOS — Santa Casa de Misericórdia
* SÃO JOSÉ DOS CAMPOS — Rua Major Antônio Domingos, 244

- * RIBEIRÃO PRÊTO — Rua Duque de Caxias, 827
 - * SOROCABA — Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
 - * CAMPINAS — Rua General Osório, 1.547
- PARANÁ — Hospital de Clínicas — Curitiba
SANTA CATARINA — Praça Getúlio Vargas, 5 — Florianópolis
RIO GRANDE DO SUL — Rua Protásio Alves, 397 — Pôrto Alegre
- * CAXIAS DO SUL — Hospital N. S. de Fátima
- BRASÍLIA, D.F. — Caixa Postal, 139
GOIÁS — Caixa Postal, 191 — Fone: 3.680 — Goiânia
MATO GROSSO — Rua do Coxim, 1.110 — Cuiabá.

ESPARADRAPO *Johnson*



IMPERMEABILIDADE TOTAL

— protege de fato
cortes e
ferimentos!

Usando o Esparadrapo Johnson após curativos ou operações, os pacientes podem ser banhados sem perigo algum. Perfeitamente impermeável, o Esparadrapo Johnson não deixa a água atingir o corte ou o ferimento.

FLEXIBILIDADE MÁXIMA
ACOMPANHA AS MENORES DOBRAS DA PELE
FÁCIL DE RASGAR — NÃO DESFIA
FÁCIL DE DESENROLAR
ADERÊNCIA FIRME E CONTROLADA
NÃO CAUSA IRRITAÇÕES



Johnson & Johnson

O NOME QUE GARANTE QUALIDADE

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

Página inteira a uma cor	Cr\$ 15.000,00
Página inteira a duas cores	Cr\$ 18.000,00
Página inteira a três cores	Cr\$ 22.500,00
1/2 página a uma cor.	Cr\$ 8.500,00
1/3 de página a uma cor.	Cr\$ 5.000,00
1/4 de página a uma cor.	Cr\$ 4.500,00
1/24 de página a uma cor	Cr\$ 2.500,00
Encarte	Cr\$ 12.000,00

Desconto de frequência:

3 vezes = 2%

2 vezes = 4%

6 vezes = 5%

Desconto de Agências: 20%

Clichés por conta do anunciante.

Para maiores esclarecimentos queira dirigir-se à Gerência:

AV. FRANKLIN ROOSEVELT, 39 — SALA 1.304
TELEFONE: 52-3998

