revista brasileira de enfermagem

ANO XIX AGÔSTO DE 1966 N.º 4

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Publicada bimestralmente, nos meses de fevereiro, abril, junho, agôsto, outubro e dezembro.

Assinatura:

No Brasil ..... NCr$ 4,50

No Estrangeiro ..... NCr$ 6,00

A Revista Brasileira de Enfermagem agradece a todos que desejarem nela colaborar, enviando artigos para publicação. Não assume, entretanto, responsabilidade por conceitos emitidos em artigos assinados.

A direção reserva-se o direito de recusar trabalhos, de acôrdo com as recomendações da Comissão de Seleção de Artigos, assim como fazer revisão do editorial que julgar necessária, incluindo a condensação ou omissão de parte do texto, quadros, ilustrações e anexos.

Os artigos devem versar sôbre temas de interêsse da classe e não devem conter declarações ou referências de carater político. Todos os originais devem ser datilografados de um só lado, 3 (três) espaços, com margem de 3 (três) cm de cada lado e com referência bibliográfica segundo as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Solicita-se permuta
Exchange is requested

Se solicita el canje
On désire établir échange

Esta Revista está registrada no Departamento Nacional da Propriedade Industrial sob n.º 274 047, desde 12/7/62

ÓRGÃO OFCIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XIX AGÔSTO DE 1966 N.º 4

SUMÁRIO

EDITORIAL

— A Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem 189

XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

— Homenagem de Honra 192
— Direção do XVIII C. B. E. 192
— Temário 194
— Discurso da Presidente — Circe de Melo Ribeiro 195
— Freqüência das Delegadas 199
— Recomendações 200

TRABALHOS APRESENTADOS

Tema Oficial: Serviço de Enfermagem
Conferências e Comunicações

1. Responsabilidade da Administração do Hospital perante o Serviço de Enfermagem — Prof. Gennyson Amado 215
2. A Madre Superiora e o Serviço de Enfermagem — Equipe do Departamento de Assistência à Saúde da C. R. B. 224
3. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP — Ermengarda de Faria Alvim, Maria Valderez Borges e Terezinha A. Barros 235
4. A rotina hospitalar de T. P. R. e seu papel em bons e eficientes cuidados de enfermagem — Relatório parcial de pesquisa — Lourdes T. Garcia e Patrícia Ann D. Toscano 303

I SIMPÓSIO: Relação Escola-Campo de Estágio

1. Relação escola-campo de estágio — Wanda Alves Baptista 318
2. Relação escola-campo de estágio — Maria do Carmo Dantas, Dulce da Rocha e Tereza de Jesus Sena 323

II SIMPÓSIO — Instrução Programada

1. Métodos de auto-instrução — Instrução Programada — Amália Corrêa de Carvalho 332

Diretor Responsável: Circe de Melo Ribeiro
Coordenadora: Maria Rosa S. Pinheiro
Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado
Editor: Anayde Corrêa de Carvalho
Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - sala 1 304
Rio de Janeiro - GB — Capa de SANTA ROSA

2. Instrução Programada — Ermengarda de Faria Alvim 343
3. Instrução Programada — Tentativa de aplicação em Fundamentos de Enfermagem — Maria Helena Machado, Emília L. S. Angerami e Regina Nobre 351

III SIMPÓSIO: Ensino da Enfermagem de Saúde Pública nos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem

1. O Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiras, da Escola Nacional de Saúde Pública — Elza Ramos Paim 359
2. O curso de Enfermagem de Saúde Pública na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — Maria Salomé Coura 367
3. O curso de Pós-Graduação em Saúde Pública para Enfermeiras da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Maria Silvana Teixeira 377
4. Participação da enfermeira no ensino de Medicina preventiva e Saúde Pública — Maria Costa Lôbo e Maria Auxiliadora Freitas 384

IV SIMPÓSIO: Ensino das Ciências Sociais no curso de graduação de Enfermagem

1. O ensino de Ética e História da Enfermagem — Glete de Alcântara 393
2. Contribuição da Psicologia para a formação da enfermeira — Alice Costa 403
3. Ciências Sociais em Escolas de Enfermagem — Célia Almeida Ferreira Santos 411

TEMAS LIVRES

1. Plano de trabalho do supervisor de enfermagem — Berenice M. Martinez 425
2. Profissionalização do atendente de enfermagem — Luiz Cieto 449

INTERÊSSE GERAL

Relatório da Presidente: julho de 1965 a junho de 1966 455
Relatório da Comissão de Documentação e Estudos 471
Relatório da Comissão de Educação 484
Relatório da Comissão de Legislação 487
Relatório da Revista Brasileira de Enfermagem 491
Relatório da Comissão de Finanças 495
Relatório da Comissão Especial para estudo da História da Associação Brasileira de Enfermagem 500
Relatório da Comissão Especial para estudo da situação do atendente na equipe de Enfermagem 501
ABEn: ORGANIZAÇÃO E ENDEREÇOS 502

Êste número contém o documentário do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado na cidade de Santa Maria de Belém do Grão Pará, Estado do Pará, de 10 a 17 de julho de 1966, por ocasião das comemorações do 350º aniversário da cidade.

O XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

está incluído no Calendário Oficial das Comemorações do 350º aniversário de Santa Maria de Belém do Grão Pará

A partir de 1967 a assinatura anual desta Revista será de Cr$ 10 000 por decisão da Assembléia de Delegados da ABEn, raelizada em 17 de julho de 1966.

EDITORIAL

A COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DO ENSINO DE ENFERMAGEM

A CEEENFERMAGEM é um órgão da Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura. Foi instituída pela Portaria Ministerial n.º 132 de 5 de maio de 1966 e publicada no D. O. de 17 de maio de 1966. A portaria designa como membros: Waleska Paixão, Maria Rosa S .Pinheiro, Circe de Melo Ribeiro, Isaura Barbosa Lima e Haydée Guanais Dourado. No mesmo dia foram instituídas as Comissões congêneres de Ciências Médicas, Econômicas e Engenharia. Comissões semelhantes de outras carreiras estão ou designadas, ou em estudo.

As Comissões de Especialistas obedecem à Portaria n.º 187, do Ministro da Educação e Cultura, publicada no D. O. de 26 de julho de 1965, abaixo transcrita.

> **Art. 1.º Fica instituído, na Diretoria do Ensino Superior (Diretoria), sistema de Comissões de Especialistas (Comissões), destinado a ampliar a sua capacidade técnica e executiva.**
>
> **Art. 2.º As Comissões serão criadas por portaria Ministerial, mediante proposta do Diretor do Ensino Superior, obedecidas as seguintes prescrições:**
>
> **a) serão integradas por especialistas de indiscutível competência e ilibada reputação;**
>
> **b) terão composição pluri-regional, escolhidos os seus membros nas várias áreas culturais do país;**
>
> **c) o número de seus membros será proporcional à extensão da área de ensino correspondente.**
>
> **Art. 3.º A Diretoria utilizará o concurso das Comissões na realização de estudos e planejamentos, inspeção e assistência aos estabelecimentos de ensino superior, e nas verificações requeridas para os efeitos de autorização e reconhecimento.**

Art. 4.º Todos os estabelecimentos de ensino superior, subordinados ao Ministro da Educação e Cultura, integrantes ou não de Universidades, deverão ser visitadas, ao menos uma vez cada ano, pela Comissão da respectiva especialidade, ou por um dos seus membros.

§ 1.º A inspeção visará a observar as instalações e o equipamento ,a qualificação dos docentes, a organização didática, os padrões de ensino e pesquisa, e a produtividade do estabelecimento.

§ 2.º Do resultado da inspeção será apresentado relatório à Diretoria, que o encaminhará, com o seu parecer, ao Conselho Federal de Educação.

§ 3.º A inspeção técnica prevista neste artigo, não exclui a dos Inspetores de Ensino, prevista na legislação vigente.

Art. 5.º Na execução das verificações para os efeitos de autorização e reconhecimento, e de encargos que a Diretoria venha a exercer por delegação do Conselho Federal de Educação, as Comissões obedecerão às normas por êsse estabelecidas.

Art. 6.º A Diretoria organizará a documentação referente às atividades das Comissões, de forma a que possa atender prontamente aos pedidos de informação do Conselho Federal de Educação e outros órgãos interessados no ensino superior.

Art. 8.º A Diretoria do Ensino Superior terá entendimento permanente com estudantes para orientá-los e receber as suas reivindicações e colaboração.

Flávio Suplicy de Lacerda (D. O., 26-7-1965, p. 7167.

São dignos de nota os seguintes trabalhos realizados pela CEEENFERMAGEM, segundo o art. 3.º da Portaria 187 de 1965.

Distribuição de auxílios às Escolas de Enfermagem — **Elaborou critério e opinou, a pedido do Diretor do Ensino Superior, sôbre a distribuição de auxílios às escolas. Note-se que os dados estatísticos, fornecidos pelas Escolas de Enfermagem e Escolas e Cursos de Auxi-**

liares de Enfermagem à Comissão de Documentação e Estudos da ABEn, são utilizados pela CEEENFERMAGEM, juntamente com as estatísticas oficiais do Serviço de Estatística da Educação e Cultura.

Estudo para o Ministério do Planejamento e sôbre o desenvolvimento da enfermagem, como contribuição do Ministério da Educação e Cultura aos planos decenal e quinqüenal do Govêrno Federal.

Visita às Escolas de Enfermagem — Pelo menos uma vez por ano, é necessário que um membro da CEEENFERMAGEM visite cada escola. Depois de elaborado o relatório conjunto das escolas, após as visitas e o preenchimento dos questionários de 1966, haverá meios seguros de as Diretoras conhecerem seu conteúdo. Pela sua leitura e por esclarecimentos prestados, quer pela Diretoria do Ensino Superior, quer por membros da CEEENFERMAGEM, as Diretoras terão elementos para apresentar propostas às entidades mantenedoras respectivas, visando às alterações institucionais desejadas e necessárias em alguns estabelecimentos.

Por outro lado, só é possível ao Ministério da Educação e Cultura cumprir suas atribuições de Poder Público Federal junto a todos os estabelecimentos de ensino de enfermagem de nível superior médio, quando êsses se aparelharem para receber os auxílios, — técnicos, financeiros e outros. O aparelhamento, muitas vêzes, será fazer coincidir o nível do curso ou cursos dados à exigência legal de ordem institucional para êsse curso, tal como constituir-se sob a forma de fundação, escola de enfermagem dar pelo menos um curso superior, e assim por diante.

Muitas serão as providências, necessárias às escolas, a serem tomadas pelo Minitério da Educação, prèviamente propostas pela própria Escola, com parecer da CEEENFERMAGEM. Muitas serão, também, da iniciativa do Ministério da Educação e de outros órgãos dos govêrnos, concatenados e planificados, de tal modo que haja enfermagem melhor para o público, resultante de um crescimento vigoroso das escolas de enfermagem.

Concluindo, prestamos homenagem a tôdas as Presidentes da ABEn, do presente e do passado[1], que tanto se esforçaram para que houvesse um trabalho conjunto das escolas e do Govêrno Federal, justamente nas linhas em que hoje está traçada a CEENFERMAGEM.

(H. G. D.)

---

(1) Durante os anos em que foram Presidentes da ABEn, Maria Rosa S. Pinheiro e Marina de Andrade Resende desenvolveram muitas providências para haver um órgão de enfermagem na DESU.

XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

HOMENAGEM DE HONRA

Presidentes:

Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco, Presidente da República.

Tenente-Coronel Alacid da Silva Nunes, Governador do Est. do Pará

Membros:

Adroaldo Mesquita da Costa, Consultor Geral da República
Raymundo de Moura Brito, Ministro da Saúde
Pedro Aleixo, Ministro da Educação e Cultura
Roberto de Oliveira Campos, Ministro do Planejamento
Walter Perachi Barcelos, Ministro do Trabalho
Deolindo Couto, Presidente do Conselho Federal de Educação
Arthur Cezar Ferreira Reis, Governador do Estado do Amazonas
Israel Pinheiro, Governador do Estado de Minas Gerais
José da Silveira Neto, Magnífico Reitor da Universidade Federal do Pará
Janary Guimarães de Souza Marinho, Magnífico Reitor da Universidade Federal do Amazonas
Stélio de Mendonça Maroja, Prefeito Municipal de Belém
Acy de Jesus Neves Barros Pereira, Secretário de Educação do Pará
Carlos Guimarães Pereira da Silva, Secretário de Saúde do Pará
Walter Dante C. Gois, Secretário de Saúde do Estado do Amazonas
Austregésilo Ribeiro, Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

DIREÇÃO DO XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Presidente:

Circe de Melo Ribeiro, Presidente da ABEn

Comissão de Temas:

Glete de Alcântara, Presidente
Ermengarda de Faria Alvim

Comissão Executiva:

Therezinha Paes de Andrade Barros, Presidente
Nadir Neves da Costa, Secretária
José Renato Bergh, Tesoureiro

Sub-comissão de divulgação:

Irene Cunha de Oliveira, Presidente
Jandira Rapôso
Leuca de Nazaré Oliveira

Sub-comissão de Finanças:

José Renato Bergh, Presidente
Irene Cunha de Oliveira
Leuca de Nazaré Oliveira

Sub-comissão de Hospedagem:

Maria das Neves V. Calainho, Presidente
Enilde Martins
Cacilda Mello

Sub-comissão de Recepção:

Arimar Teixeira, Presidente
Deolinda da Graça Rêgo
Rosa Acácio Queiroz

Sub-comissão de Preparo de Local

Eugrácia Fernandes Silva, Presidente
Terezinha Araújo Lobo

Sub-comissão de Recomendações:

Haydée Guanais Dourado
Ermengarda de Faria Alvim
Emília Teixeira

Sub-comissão de Registro:

Cleusa Passos da Silva, Presidente
Maria Letícia Bergh

Sub-comissão Social

Ruth Arbage Lôbo, Presidente
Oder Eulita B. P. Serra
Rosa Laura Figueiredo Cavalcanti

TEMÁRIO

TEMA OFICIAL: Serviço de Enfermagem

Conferências: Responsabilidades da Administração do Hospital e das Madres Superiores perante o Serviço de Enfermagem

Comunicações sôbre Pesquisa em Enfermagem.

Discussão em Grupo: Responsabilidade da Enfermeira

SIMPÓSIOS:

Relação Escola — Campo de estágio
Instrução programada
Ensino da Enfermagem de Saúde Pública nos cursos de Graduação e de Pós-Graduação em Enfermagem
Ensino das Ciências Sociais no curso de Graduação de Enfermagem

TEMAS LIVRES:

DISCURSO DA PRESIDENTE *

Sejam nossas primeiras palavras para agradecer a presença de todos e dar as boas vindas às congressistas.

De todos os recantos do País ocorreram as enfermeiras ao chamado de Belém, para apoiar a enfermagem do Norte como o têm feito, repetidas vêzes, no Centro e Leste do País.

A Associação Brasileira de Enfermagem já reuniu suas sócias em 7 congressos nacionais e dois internacionais.

O sentido destas reuniões é, principalmente, o desenvolvimento da Enfermagem no País através de discussões dos problemas que, no momento, mais afetam a assistência à saúde do cidadão brasileiro. O homem é o centro de nossas atenções e pretendemos chegar um dia a oferecer-lhe alto padrão de assistência de enfermagem. Isto hoje não acontece pela falta de preparo do pessoal que está sendo utilizado, principalmente nos hospitais, num contigente de aproximadamente 70%. O quadro se completa com 20% de auxiliares de enfermagem e 10% de enfermeiras.

Tentaremos tornar estas últimas porcentagens bem mais elevadas para oferecer qualidade como exigem o desenvolvimento geral do País e os problemas de saúde de tôda a população.

Todavia, para conseguirmos tal propósito será necessário o trabalho contínuo e progressivo de cada enfermeira, da Associação Brasileira de Enfermagem bem como das autoridades.

Nossos congressos geralmente resumem a situação do passado e traçam novos planos para o futuro, levando suas Recomendações às autoridades para maior conscientização dos problemas e também para responsabilizar, pela atual situação de enfermagem, aquêles que subiram ao poder porque desejavam realizar algo em pról do bem comum. Compreendemos que não podem ser técnicos em todos os assuntos, por isso lhes oferecemos os resultados dos trabalhos dos Congressos, órgão de assessoria nos assuntos de enfermagem senão por constituição, pelo menos por direito adquirido nestes 40 anos de vida da Associação. Quem conheceria melhor os problemas de enfermagem que o próprio órgão de classe que se dedica ao estudo profundo e sistemático dos mesmos?

* Circe de Melo Ribeiro

Se o congresso, com suas conclusões, não é aceito oficialmente por alguns como órgão de assessoria, tem sido, inegàvelmente, uma fôrça de pressão social que lentamente consegue tornar a enfermagem necessária à boa assistência médica.

Se a população brasileira desconhece que a medicina curativa é conceito ultrapassado, as autoridades de saúde não podem ignorar o fato. Se a população desconhece as possibilidades e vantagens da assistência profissional de enfermagem, não é motivo para que as autoridades lhe neguem o direito de receber melhor assistência e a oportunidade de receber uma orientação que a capacite a assumir as responsabilidades quanto aos problemas de saúde. A educação sanitária, a promoção da saúde, a prevenção das doenças, são tarefas para profissionais bem preparados.

Poderia dar a impressão de que estamos querendo ùnicamente promover a profissão em si, mas não, estamos insistindo no conhecimento e na utilização plena dos profissionais de enfermagem para melhorar os índices de saúde da população.

Estão aí os dois pontos que têm sido as tônicas dominantes dos 17 congressos já realizados: o desconhecimento da profissão pelo público e autoridades, e a pouca atenção que as autoridades têm dado ao problema da enfermagem e, como conseqüência, o grande deficit de enfermeiras.

Abrir escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem não é a solução, como muitos pensam. A divulgação da profissão, as condições de trabalho para os profissionais, os auxílios às escolas já existentes e o recrutamento de candidatos, é o que falta em todo o País.

Com as Recomendações dos Congressos alguma coisa já foi feita nos grandes centros, entretanto os problemas básicos de saúde pública não são privativos das grandes cidades e afetam a vida de todos os cidadãos.

Notamos que a enfermeira está atualmente agindo na esfera das doenças de civilização e não na esfera da saúde pública, não por preferência, mas por falta de oportunidade e condições de trabalho nas pequenas comunidades, onde sua atuação seria indispensável.

As soluções aos problemas de saúde têm sido, em tese, do fim para o começo; as medidas preventivas não são prioritárias. Veremos quais as luzes que estas reuniões trarão para o encaminhamento das nossas dificuldades.

O 18.º Congreso, realizado nesta cidade em 1966, nos dá oportunidade de também comemorar duas efemeridades: o 40.º ano da criação da Associação Brasileira de Enfermagem e 350.º ano de

fundação de Belém. A ambos o Congresso oferece os bons resultados que alcançar.

A distância que medeia entre êste Estado e aquêles do Centro, Leste e Sul onde há maior concentração de enfermeiras, não permitiu que o comparecimento fôsse mais expressivo, que tivéssemos aqui uma demonstração pujante da união profissional e da consciência de grupo que há na profissão. Porém há qualidade; os altos valôres que aqui se reunem nos tranqüiliza.

A princípio tememos pelo sucesso, principalmente porque tôda a preparação depende do sistema de comunicações, e êste, sem surprêsa alguma, torna-se cada dia mais deficiente.

Hoje desaparecem os problemas. Vamos iniciar as atividades, num programa intenso, com um temário simples porém atual e de grande profundidade. Discutiremos as dificuldades básicas que afetam o ensino e o exercício da profissão em todos os setôres e em tôdas as áreas administrativas.

Seria oportuno lembrarmos aqui uma análise do Congresso de profissionais de saúde, feita na década de 60 por um administrador hospitalar americano. Dizia êle que no exercício, os elementos de uma profissão discordam dos pontos de vista de elementos de outras profissões afins, não chegando a um acôrdo necessário. Nos congressos de cada profissão, afirmava, aquêles elementos discutiam e fortaleciam seus pontos de vista, aumentando a distância entre os profissionais por ocasião da sua volta ao campo de trabalho.

Não é assim que devemos agir, e não é esta a tradição dos nossos encontros. Nossa intensão é o bem estar do homem, meta que só atingiremos com o trabalho de equipe. Uma equipe de saúde harmoniosa e operante.

Quanto a isto gostaríamos de falar também sôbre a mensagem do Dr. Marcelino Candau, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, enviada aos países da ONU no dia Mundial de Saúde, em maio dêste ano. Êle chama a atenção das profissões de saúde para a cooperação necessária no sentido de melhorar as condições de vida nas cidades; chama à responsabilidade todos os profissionais que podem e devem colaborar na orientação do homem para que êste consiga diminuir os prejuízos ou agressões que os aglomerados humanos possam lhe trazer. É para o trabalho de comunidade que êle conclama a todos, além do campo específico de trabalho de cada um no exercício profissional. Nas entrelinhas da mensagem está inserida a idéia do trabalho de equipe para satisfazer as necessidades humanas.

Nós acreditamos no trabalho de equipe e sabemos perfeitamente que problemas de saúde tão vastos e tão profundos como os nossos não podem ser tratados unilateral ou parcialmente.

Cada um de nós poderá prestar valiosa contribuição desde que haja coordenação dos esforços e uma norma comum de ação. Como profissionais assumimos responsabilidades perante a sociedade. Esta, por suas condições, está a exigir o trabalho das elites profissionais.

O equacionamento dos seus problemas de saúde está nas mãos de uma equipe de trabalhadores sanitários, nenhum em especial e nenhum dispensável. Basta que cada um esteja consciente de suas funções na sociedade para participar.

Conclamamos tôdas as enfermeiras a que participem mais da vida comunitária; que deem o melhor dos seus esforços no sentido de construir um mundo melhor e mais feliz para amanhã. Se temos vivido mais em função do hospital do que da comunidade, voltemos nossos olhos para ela também.

FREQÜÊNCIA DAS DELEGADAS DAS SEÇÕES ÀS ASSEMBLÉIAS DE DELEGADOS

	ESTADOS	N.º de Sócios	N.º de Delegados	FREQÜÊNCIA				%
				1.ª A. D.	2.ª A. D.	3.ª A. D.	4. ª A. D.	
1	Amazonas	40	3	2	1	—	2	41%
2	Pará	81	5	5	5	5	5	100%
3	Maranhão	29	2	2	2	2	2	100%
4	Ceará	60	4	4	3	4	4	93%
5	Piauí	11	1	1	1	—	—	50%
6	Rio Grande do Norte	10	1	1	1	1	1	100%
7	Paraíba	24	2	2	2	1	2	87%
8	Pernambuco	87	5	3	4	3	5	75%
9	Alagoas	22	2	2	2	2	2	100%
10	Sergipe	13	1	—	1	1	1	75%
11	Bahia	111	6	5	6	3	6	83%
12	Rio de Janeiro	131	9	7	8	4	8	75%
13	Gunabara	486	25	22	23	23	24	93%
14	São Paulo	394	20	20	20	19	19	97%
15	Paraná	48	3	3	2	3	2	83%
16	Santa Catarina	27	2	2	1	2	2	87%
17	Rio Grande do Sul	167	11	9	9	10	11	88%
18	Minas Gerais	216	11	11	10	11	10	95%
19	Goiás	42	3	3	2	2	3	83%
20	Brasília (DF)	80	4	—	2	3	4	56%
21	Mato Grosso	—	—	—	—	—	—	—
	TOTAL	2 079	120	104	105	99	113	

RECOMENDAÇÕES

O XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem

CONSIDERANDO

1 — que é de grande vulto e valor a participação das Congregações Religiosas do Brasil nos programas de saúde e o esfôrço por elas envidado no sentido de acompanhar o desenvolvimento técnico e social do país; e ainda os problemas técnicos administrativos freqüentemente encontrados em serviços assistenciais administrados por religiosas tais como:

— a direção do serviço de enfermagem por vêzes entregue à religiosa não profissional, quando existem na Organização outras religiosas ou enfermeiras leigas, credenciadas para o cargo;

— responsabilidades assumidas pelas Congregações Religiosas sem que seus elementos estejam devidamente preparados para as mesmas, como ocorre com relação aos serviços de assistência na maternidade e à criança;

— a não utilização adequada das religiosas profissionais ou com

RECOMENDA

À Conferência dos Religiosos do Brasil e Congregações Religiosas filiadas:

1a — que procedam à revisão dos contratos com as instituições de saúde, incluindo nos serviços de enfermagem a linha de subordinação hierárquica e clara definição de funções do pessoal profissional em relação ao cargo de Madre Superiora e a estrutura do hospital;

1b — que procurem, através dos contratos, fazer cumprir a exigência legal de que todo o hospital mantenha uma enfermeira diplomada na direção do serviço de enfermagem; que contratem enfermeiras religiosas de outras Congregações, ou leigas, no caso de não contarem com profissional na própria Congregação;

1c — que planejem a médio e longo prazo o preparo de seu próprio pessoal profissional;

1d — que estudem a possibilidade da utilização plena das Reli-

cursos de especialização, nos serviços em que poderiam dar contribuição mais condizente com sua formação profissional,

giosas de diferentes categorias profissionais e com cursos de especialização ou pós-graduação, nos serviços em que possam dar contribuição condizente com seu preparo.

Ao Conselho Nacional de Saúde para dar conhecimento dos Diretores de Hospitais:

2 — que os princípios básicos da boa administração hospitalar são fundamentais para o funcionamento harmônico da instituição e melhor assistência aos pacientes;

2a — que seja providenciada a determinação clara da estrutura de cada hospital, delimitando para todos os serviços as funções e responsabilidades do pessoal, de forma a permitir a coordenação necessária ao equilíbrio da administração e melhores resultados na assistência aos seus pacientes;

— que está em vigor o art. 21 da lei Federal n.º 775/49, determinando a obrigatoriedade de um serviço de enfermagem ser dirigido por enfermeira diplomada;

2b — que seja feita a contratação, de acôrdo com a legislação em vigor, de uma enfermeira diplomada para a chefia do serviço de enfermagem;

— que ao Conselho Nacional de Saúde cabe zelar para que o padrão hospitalar e de Saúde Pública seja cada vez mais elevado,

2c — que no contrato com congregações religiosas para o serviço de enfermagem do hospital, estipulem que a chefia do serviço caberá a religiosa enfermeira da congregação ou contratada de outra congregação ou enfermeira leiga, sendo imprescindível que lhe seja conferida autoridade correspondente às suas responsabilidades,

Aos Chefes de Serviço de Enfermagem e Diretores de Hospitais

3 — que há necessidade de envidar esforços para possibilitar ao grupo de enfermagem o desempenho de suas altas funções;

3 — que sejam estabelecidos os seguintes requisitos mínimos de funcionamento do serviço de enfermagem;

— que há falta de informação, entre as diversas categorias profissionais, sôbre o signifi-

a — seleção, por qualificação, da chefe do serviço de enfermagem;

cado do serviço de enfermagem na estrutura do hospital e sôbre seus índices de eficiência,

b — recrutamento e seleção do pessoal de enfermagem de acôrdo com os dispositivos legais e métodos adequados;

c — admissão de pessoal em número suficiente, considerando horário de trabalho, turnos, férias, folgas e licenças;

d — remuneração condizente e boas condições de trabalho além de outras facilidades que contribuam para a fixação do pessoal no hospital;

e — apoio e prestígio para o serviço de enfermagem;

f — manutenção das linhas hierárquicas nas relações com o serviço de enfermagem;

g — assessoramento da chefia do serviço de enfermagem em tudo que se relacione com a enfermagem, desde o planejamento da parte física até a dinâmica do serviço;

h — estímulos e meio para o aperfeiçoamento de enfermeiras, desenvolvimento de pessoal técnico e auxiliar, e treinamento de atendentes de enfermagem;

i — valorização do trabalho do pessoal de enfermagem perante o próprio grupo, o corpo clínico, pacientes, familiares e a comunidade, pela contribuição que oferece para o alcance das finalidades do hospital.

Ao Presidente da República e Senhores Ministros da Saúde e do Trabalho:

4 — que apesar da insistência com que a ABEn vem trabalhando pela elevação dos padrões da assistência de enfermagem no Brasil, não tem conseguido e

4a — que seja nomeada uma enfermeira, indicada pela ABEn em lista tríplice, a exemplo do que possibilita o artigo n.º 559, combinado com art.º 513 em

não conseguirá atingir seus objetivos sem o concurso das autoridades médicas, nas estruturas administrativas do país;

— que a ABEn pelo Decreto n.º 31.417 de 9 de setembro de 1952, foi reconhecida de utilidade pública,

5 — que a profissão já atingiu um nível de desenvolvimento que requer melhor utilização dos limitados recursos do pessoal para melhorar a assistência de enfermagem;

— que há necessidade de maiores informações sôbre os recursos de enfermagem existentes e sôbre a possibilidade de melhoria da assistência ao paciente;

— que o estudo das atividades do pessoal de enfermagem realizado pelo Setor de Enfermagem da FSESP é de grande utilidade e deve ser ampliado no que diz respeito à qualidade da assistência prestada;

— que a pesquisa sôbre os sinais vitais, realizada pelo Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas de São Paulo é de grande interêsse e esclarece sôbre a necessidade de revisão de rotinas para melhorar a assistência de enfermagem ao paciente,

sua alínea **d** da CLT, para integrar o Conselho Nacional de Saúde e opinar sôbre assuntos de enfermagem.

A ABEn:

5a — que as atividades da Comissão de Documentação e Estudos da ABEn sejam ampliadas de forma a oferecer informações sempre atualizadas sôbre os profissionais de enfermagem;

5b — que promova a divulgação das pesquisas operacionais das atividades de enfermagem levadas a efeito pela FSESP e Hospital das Clínicas.

Às Chefias dos Serviços de Enfermagem de Organizações Hospitalares e de Saúde Pública:

5c — que divulguem os estudos feitos e procurem favorecer condições para pesquisas semelhantes com o fim de elevar

o padrão de assistência de enfermagem e melhorar a utilização do pessoal;

A FSESP e ao Hospital das Clínicas:

5d — que prossigam nas pesquisas iniciadas pela enfermagem, ampliando-as, de modo a incluir outros estudos no que se refere à qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes;

Às Enfermeiras Chefes nas Seções, Distritos ou Departamentos de Saúde:

6 — que, para que o elemento coordenador das atividades de enfermagem de saúde pública, em nível de área ou Estado, possa planejar eficientemente seu trabalho em harmonia com o plano geral de sua instituição, e baseado nas reais necessidades de saúde da área onde tem atuação;

6a — que, no que se refere ao planejamento do seu programa de trabalho:

— procurem conhecer as condições sócio-econômicas e sanitárias da região onde atuam, participando dos mesmos, quando indicado;

— procurem participar do planejamento e execução do programa de ação da instituição;

— procurem conhecer as necessidades e os recursos de enfermagem da região;

— que determinadas condições são essenciais para que o plano de trabalho de sua responsabilidade possa ser executado com eficiência e proveito;

6b — que, no que se refere à execução do plano da sua responsabilidade:

— participem do preparo da comunidade, juntamente com os demais membros da equipe de saúde;

— providenciem o equipamento e o material necessários a execução das atividades de sua responsabilidade utilizando a verba destinada à compra de material em tempo hábil e especificando do modo mais completo possível o material a ser adquirido;

— estabeleçam as normas e rotinas indicadas para execução dessas atividades;

— providenciem o preparo do pessoal necessário à execução das atividades de enfermagem esclarecendo a administração das vantagens de uma política que favoreça o desenvolvimento do pessoal;

— procurem interpretar a profissão, seu âmbito e suas responsabilidades aos demais membros da equipe de saúde e comunidade;

— que deve ser preocupação constante da enfermeira prestar a melhor assistência de enfermagem, que os recursos humanos e do material permitem,

6c — que, no que se refere à melhoria da qualidade de assistência de enfermagem:

— promovam o treinamento de todo o pessoal auxiliar;

— promovam o desenvolvimento profissional das enfermeiras que atuam na área;

— promovam a simplificação das técnicas e rotinas usadas pela enfermagem;

— atribuam as atividades mais simples ao pessoal auxiliar e preparem as enfermeiras para chefia e supervisão;

— tomem as providências indicadas para que possa ser exercida a supervisão em todos os níveis;

— procedam à avaliação periódica das atividades da responsabilidade da enfermagem, prevendo no plano de trabalho os recursos necessários à realização dessa atividade.

Aos Chefes do Setor Administrativo a que as Enfermeiras dêste nível estão subordinadas:

7 — que, para que a enfermeira possa desincumbir-se eficien-

7a — que procurem proporcionar às enfermeiras oportunidades

temente das funções de sua responsabilidade é indispensável o apoio da administração e a observância de determinadas medidas administrativas à melhoria do preparo do pessoal de enfermagem;

para seu desenvolvimento profissional, inclusive participação nos cursos de planejamento realizados no pais, e em cursos de pós-graduação;

b — que procurem organizar um ou mais centros de treinamentos para o pessoal auxiliar e que proporcionem os meios para que êsses treinamentos possam processar-se normalmente sem prejuízo das atividades de assistência ao público;

c — que sejam incluídos cargos de supervisora nos quadros de pessoal de enfermagem e que sejam tomadas as providências indicadas para seu preparo.

As enfermeiras coordenadoras das atividades de enfermagem em nível de Unidade Sanitária

8 — que é fundamental que as atividades de enfermagem desenvolvidas numa comunidade estejam fundamentadas nas reais necessidades de saúde e adaptadas às condições da área e que estejam em harmonia com o plano geral de atividades da unidade.

8a — que, no que se refere à comunidade:

— procurem conhecer da maneira mais completa possível a situação sócio-econômica e sanitária da sua área de trabalho;

— que determinadas condições são essenciais para que possa ser assegurada a execução satisfatória das atividades da responsabilidade da enfermeira e que compete a esta envidar esforços para que tais condições sejam satisfeitas;

8b — que, no que se refere ao plano geral de trabalho da Unidade Sanitária:

— procurem participar da elaboração do mesmo;

— que muitas vêzes a enfermeira tem atuação limitada numa Unidade Sanitária, não assumindo responsabilidade por tôdas as atividades de sua competência;

8c — que, no que se refere à execução satisfatória de sua responsabilidade:

— procedem à seleção e ao treinamento em serviço do pes-

soal auxiliar, reformulando, periòdicamente, os quadros do pessoal, de acôrdo com as necessidades do serviço apuradas na avaliação;

— providenciem o equipamento e material necessário à execução das atividades, utilizando-o de modo racional;

— procedam à elaboração ou revisão das técnicas e rotinas de trabalho;

— supervisionem as atividades da sua responsabilidade e procedam periòdicamente à avaliação das mesmas;

— que a enfermeira só poderá ter atuação eficiente se estiver devidamente preparada para as funções que lhe são atribuídas, e que compete a ela mesma grande parte da responsabilidade em manter-se atualizada e preparada para exercê-las eficientemente;

— assumam responsabilidade por tôdas as atividades de enfermagem desenvolvidas na Unidade Sanitária, quais sejam: triagem dos pacientes, educação sanitária, cuidados de enfermagem, seguimento dos casos, visitas domiciliares e imunizações;

8d — que procurem preparar-se de modo adequado para poderem participar, quando necessário, do levantamento das condições da comunidade, do planejamento de programas de trabalho e da preparação da comunidade.

Aos Chefes imediatos das enfermeiras coordenadoras das atividades de enfermagem em nível de Unidade Sanitária:

9 — que a enfermeira só poderá ter atuação eficiente e sentir-se realizada na profissão se seu trabalho estiver fundamentado nas reais necessidades do país, dentro da realidade nacional e quando é apoiada pela comunidade e por medidas administrativas específicas;

9a — que, no que se refere à política de trabalho:

— seja dada prioridade na elaboração do plano de trabalho ao saneamento do meio, ao contrôle das doenças transmissíveis, com especial atenção à tuberculose e ao programa de imunizações, assim como às atividades que visem à proteção e promoção da

saúde do grupo materno e da criança e outras consideradas de importância para a área;

— que seja procurado o apoio da comunidade para as medidas de Saúde Pública;

9b — que, no que se refere às medidas administrativas:

— sejam atribuídas à enfermeira a seleção e o preparo do pessoal auxiliar de enfermagem;

A CAPES, à DESEC e à Comissão de Educação da ABEn

10 — que a Instrução Programada é um dos métodos de ensino que oferece grandes possibilidades de individualizar e atualizar o ensino e pode ser aplicado nos três níveis do ensino da enfermagem;

— que a técnica de programação da Instrução Programada necessita de preparo especial do docente,

10 — que promovam um Seminário com a finalidade de orientar as enfermeiras dos três níveis de ensino de enfermagem, interessadas no método Instrução Programada, com especial atenção ao preparo do material;

— que constituam após o Seminário um grupo de trabalho para preparo de material julgado de maior interêsse para os diferentes níveis de ensino de enfermagem;

— que realizem experiências pilôto para aplicação do método referido com a finalidade de ampliar a sua aplicação.

A OPAS/OMS

— que estude a possibilidade de auxiliar as instituições acima referidas na realização do Seminário recomendado e das experiências pilotos.

Às Enfermeiras Chefes de Serviço de Enfermagem Hospitalar

11 — que a admissão do paciente na unidade de enfermagem é de relevante importância para

11 — que procedam à revisão do processo de delegação de atribuições em vista da conveni-

sua adaptação, para o diagnóstico de enfermagem e planejamento dos cuidados;

— que o plano individual de cuidados é indispensável para assistência global de enfermagem ao paciente, incluindo sua educação sanitária,

ência da participação da enfermeira na admissão do paciente;

— que procurem dar orientação às enfermeiras na elaboração do plano de cuidados de enfermagem;

— que ofereçam para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem, artigos baseados em experiências de enfermeiras que conheçam e utilizam o plano individual de cuidados de enfermagem;

Às Escolas de Enfermagem

— que procurem desenvolver nas estudantes segurança na elaboração do plano individual de cuidados de enfermagem aos pacientes que atenda às necessidades globais e que possa ser reformulado a medida que as necessidades do paciente se modificam,

Às Enfermeiras hospitalares e docentes

12 — que a educação dos pacientes e seus familiares é parte integrante dos cuidados, particularmente no que se refere aos aspectos profiláticos, de recuperação e reabilitação,

12 — que sejam aproveitadas tôdas as oportunidades de contacto com os pacientes e familiares, para conhecer seus problemas e suas necessidades;

— que levem em consideração, no exercício ou no ensino, a necessidade da utilização de técnicas próprias de educação individual ou de grupos, para obter maiores resultados no processo educativo;

Às Enfermeiras Chefes do Serviço de Enfermagem Hospitalar

13 — que na organização material da unidade o ambiente físico e a centralização de material são fundamentais para a se-

13 — que no planejamento ou supervisão das unidades de enfermagem dêm especial atenção ao ambiente físico e ao

gurança do paciente, do pessoal e do hospital,

sistema centralizado de preparo, distribuição e contrôle do material no sentido de oferecer melhores condições aos pacientes e pessoal de enfermagem;

— que procurem entrosamento com a equipe de planejamento para assessorar no que diz respeito a planta física da unidade de enfermagem, e ao material necessário.

Às Chefes dos Serviços de Enfermagem

14 — que o tempo que a enfermeira dispende na transcrição de ordens médicas longe do paciente, com prejuízo de outras atividades de sua responsabilidade, mas considerando ainda que a delegação dessa atribuição tem implicações no que se refere à segurança do paciente e à execução correta das ordens médicas,

14 — que estudem juntamente com o corpo clínico normas que regularizem as prescrições, particularmente no que se refere às ordens escritas e especificações quanto ao período de validade das prescrições;

— que estudem a possibilidade da utilização de uma escriturária em nível de unidade de enfermagem, selecionando prèviamente as atividades que poderiam ser delegadas a essa funcionária;

— que orientem as enfermeiras no sentido de darem mais atenção aos pacientes, particularmente naqueles aspectos que são da exclusiva responsabilidade das enfermeiras.

Às Chefes dos Serviços de Enfermagem hospitalar

15 — que o desenvolvimento profissional é condição indispensável à melhoria da assistência de enfermagem,

15 — que procurem estimular o desenvolvimento profissional de todo o pessoal;

— que mantenham programas de educação em serviço;

— que orientem os atendentes no sentido de que façam o curso de auxiliar de enfermagem,

16 — que o bom entendimento entre os diferentes departamentos é condição indispensável para a harmonia no trabalho e para a assistência eficiente ao paciente, no hospital,

17 — que a enfermeira é responsável por tôda a assistência de enfermagem ,seja ela prestada por profissional ou elemento auxiliar de tôdas as categorias de enfermagem;

— que, como líder da equipe, cabe à enfermeira tomar a iniciativa para a obtenção de melhores condições de trabalho, justa remuneração e situação funcional claramente definida e legalmente amparada;

— que defender os intersêses dos elementos menos categorizados da equipe de enfermagem é um dever de justiça social e de valorização do indivíduo;

— que protelar mais uma vez uma solução definida para as justas reinvidicações do atendente resultaria em desabono para nós, enfermeiras,

16 — que sejam promovidas reuniões com a administração no sentido de melhorar as relações existentes e solucionar problemas e dificuldades que por ventura ocorram.

À ABEn

17a — que considere a decisão de rejeitar as recomendações da Comissão Especial que estudou a situação do atendente, recomendando simplesmente que prossiga nos estudos,

17b — que dentro de um prazo máximo de três meses sejam tomadas as seguintes providências:

— que a Comissão de Legislação proceda ao estudo da regulamentação funcional do atendente com determinação das suas atribuições, condições de ascenção fucional, salário, especificação quanto ao seu preparo e exigências de admissão em serviços públicos, autárquicos ou particulares.

— que a Comissão Especial que estuda a situação do atendente proceda ao estudo de um programa mínimo de preparação de atendentes, com base nas tarefas presentemente a êles atribuídas.

A tôdas as Chefes de Serviço presentes à êste Congsesso

17c — que remetam à Comissão Especial que estude a situação do atendente, imediatamente após o regresso aos seus Estados, uma relação das tarefas atribuídas aos atendentes e auxiliares de enfermagem e enfermeiras nos seviços de sua responsabilidade.

	A ABEn
18 — que tendo, recentemente, o ensino médio de enfermagem passado para a DESEC, com perto de 80 escolas de auxiliares e algumas escolas técnicas colegiais, já em funcionamento, e com problemas que necessitam urgentemente de estudo e conseqüente orientação às escolas,	18 — que solicite ao M.E.C. a criação de um órgão próprio constituído de enfermeiras, destinado ao atendimento das questões relacionadas com o ensino médio de enfermagem e que tal órgãos seja dependente da DESEC tendo em vista a eficiência com que tem desempenhado essas mesmas funções nas outras áreas profissionais, com a cooperação de órgãos ou assessoria,
	A ABEn
19 — que já existem no país os cursos médios de enfermagem de ciclo colegial; — que a definição clara do profissional com curso médio de enfermagem em nível colegial será fator de seu ajustamento, imprescindível nos serviços públicos e autárquicos, particularmente no que se refere à situação em relação à enfermeira de nível universitário; — que a não definição clara das capacidades e limitações de um elemento profissional dêsse nível poderá pôr em risco a conceituação de enfermagem, face as responsabilidades que hoje lhe são atribuídas.	19 — que constitua uma Comissão Especial com a finalidade de estudar as funções do técnico de enfermagem, com vistas à regulamentação de seu exercício, atendendo sua capacidade, seu nível de preparo e possibilidade de aproveitamento nos serviços de todos os tipos.
	À Comissão de Assistência de Enfermagem
20 — que está em vias de serem aprovadas normas reguladoras para os arts. 90 e 91 da L.D.B. pelo Conselho Federal de Educação devendo a enfermagem de saúde pública ser um de seus componentes,	20 — que procure realizar um Seminário sôbre saúde escolar, com a participação de médicos sanitaristas e elementos no campo da educação;

— que êste é um campo em que a enfermeira pode ter relevante atuação, particularmente no que se refere ao trabalho educativo junto a professôres e alunos, das medidas profiláticas e atividades específicas que visam à proteção da saúde escolar,

20b — que procure dar assessoria ao Conselho Federal de Educação para a regulamentação dos artigos 90 e 91 da Lei de Diretrizes e Bases referentes à saúde escolar.

À Comissão de Educação da ABEn

21 — que urge introduzir no ensino de enfermagem técnicas modernas que requeiram maior participação do aluno e que promovam desenvolvimento da reflexão científica e da capacidade de julgamento,

21 — que faça divulgação, através da Revista Brasileira de Enfermagem, Grupos de Trabalho, Encontros e nas ocasiões especiais quando essa comissão se reúne, dos métodos modernos de ensino utilizados por algumas escolas.

À ABEn

22 — ser justo estender tôdas as melhorias cabíveis, tanto para os atuais auxiliares de enfermagem que tenham nível mais alto de instrução como para os que tenham apenas o que a lei 775 de 1949 exigiu,

22 — que envie memorial às autoridades legislativas que estiverem considerando o assunto, no sentido de ser o ponto de vista da classe de que:

a — todos os **auxiliares de enfermagem,** formados segundo a Lei 775, de 1949 passem a ter enquadramento como auxiliares de enfermagem nos melhores níveis possíveis e que, ao vagarem, tais cargos devam ser extintos, ao mesmo tempo em que seja aumentado o número dos cargos de técnico de enfermagem;

b — que seja assegurado aos auxiliares de enfermagem formados de acôrdo com a Lei 775, de 1949, portadores de licença ginasial, o direito de apostilar no MEC seu título com a designação e os direitos de técnico de enfermagem, sem validade colegial.

Recomendações e propostas aprovadas pela Assembléia de Delegadas de 16/7/1966 das Seções Estaduais:

1. Que as Seções Estaduais da ABEn organizem seus planos anuais de trabalho, agendas de reuniões gerais e de diretoria e assembléias, de acôrdo com o que preceitua o Estatuto da ABEn, com ampla divulgação entre as enfermeiras.

2. Que as reuniões gerais sejam programadas de forma a atender os interêsses da classe.

3. Que as Seções procurem ampliar o programa de divulgação da enfermagem além da semana de 12 a 20 de maio.

Da Comissão de Finanças:

4. O per capita da ABEn passará a ser igual a quarta parte do salário mínimo vigente no DF, em janeiro de cada ano.

Da Diretoria e Delegadas:

5. Voto de louvor, constado em ata, para a Comissão Executiva do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.
6. Título de sócio honorário a enfermeira Agnes Chagas.
7. Delegação à Diretoria do poder de aprovação das Atas das A. D.
8. Sede do XIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1967, Brasília.

TRABALHOS APRESENTADOS

RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PERANTE O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Prof. Gennyson Amado *

O título dêste trabalho foi-me sugerido pela ilustre professôra Glete de Alcântara, Presidente da Comissão de Temas do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, ao dirigir-me honroso convite para elaborar tese sôbre o seu Tema Oficial.

É com pleno agrado que acedo à convocação. Entendo-a, mesmo, como uma determinação, ao integrar, agora, a Associação Brasileira de Esfermagem, eleito que fui, desvanecedoramente, seu Membro Honorário, láurea das mais gratas ao meu espírito e das que mais poderiam ornar a minha vida pública e profissional.

Já no Congresso anterior, realizado na Guanabara, nas comemorações do IV Centenário da Cidade do Rio de Janeiro, tive oportunidade de apresentar duas singelas monografias versando aspectos práticos da dinâmica hospitalar, interrelacionadas com a Enfermagem: uma, intitulada "Interrelação da Direção do Hospital com a Enfermagem" e a outra "Da Importância da Observação do Paciente pela Enfermagem".

Incorporado aos meus novos deveres de membro da associação de classe das enfermeiras do meu País, ocorreu-me o feliz ensêjo de neste ano em curso cumprir programas envolvendo participação em iniciativas culturais da Enfermagem. Assim é que, convidado pela Irmã Maria do Cristo Redentor, diretora da Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, para participar do "Curso de Odontologia", de extensão universitária, patrocinado pela Escola Paulista de Medicina em abril passado, elaborei monografia sôbre o tema "Respeito à Pessoa do Paciente".

Na programação da "Semana da Enfermagem" em maio último, desincumbi-me de compromisso assumido relatando no Instituto Fer-

---

* Diretor do Departamento de Administração Hospitalar da Escola Médica de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

nandes Figueira, do Departamento Nacional da Criança, uma exposição que intitulei "Uma lição, Uma mensagem...", além de participar em um Painel em que se considerou "A Enfermagem Nas Instituições Não Governamentais, Aspectos e Problemas Fundamentais".

Se, ao azo desta hora, em plena celebração dêste Congresso, dou contas de atitudes que, de certo modo, dão uma medida do meu empenho em dignificar o título honorífico com que ingresso nesta ilustre companhia, é para mais significar o alto apreço que voto a todos quanto nesta Associação, tanto têm despendido em projetar em altos níveis morais e técnicos, a Enfermagem brasileira. Conheço-lhes os esforços, a devoção, o despreendimento com que se têm lançado a êsse nobre objetivo. Esta fala de agora, tem, pois, êsse significado: aliar-me, já um dos vossos, nessa jornada que tantos êxitos tem registrado mas que tanto ainda exige para vencer barreiras de incompreensão, de ignorância, do retardamento evolutivo que imprime ainda o mapa sanitário do Brasil, cujo relêvo melhor, muito depende da Enfermagem traçar.

Eis-me, assim, aqui, na vossa linha de frente, trazendo-vos esta contribuição simples mas calcada nos vossos propósitos justos e nobilitantes.

As responsabilidades da Administração do Hospital para com o Serviço de Enfermagem são múltiplas e graves, no sentido de que não devidamente consideradas, comprometem a qualidade da assistência conferida aos pacientes.

Em um dos trabalhos que mencionei neste texto, reafirmava o entendimento de que não há nem pode haver, boa qualidade de serviços hospitalares se ineficiente o fôr a sua Enfermagem, condicionando como fator saliente na composição do bom padrão do hospital, a suficiência técnica e ética dêsse grupo profissional.

Ora, dando-se como pretensão intransferível e dever maior da Administração, o alcance das finalidades do Hospital, o Serviço de Enfermagem há de constituir preocupação primordial entre os meios a dispor para o seu funcionamento regular.

A propósito, convém deixar definido que por "Administração do Hospital" deve-se entender o órgão que responde legalmente pela instituição, melhor dito, as pessoas que o integram e sôbre as quais recaem as obrigações de ordem moral e legal pela existência e pelo funcionamento do hospital.

Segundo a concepção ordinária, é costumeiro associar direta e exclusivamente à direção do Hospital, ao seu diretor executivo, as responsabilidades de todos os gráus por todos os fatos que ocorrem

e aconteçam. A Direção é uma delegação da Administração superior do Hospital; o Diretor, o seu agente executivo.

Resulta que é no caráter de "**propriedade**" que se deve fixar o conceito da "Administração do Hospital". Escusado dizer que essa propriedade se refere ao domínio funcional da **entidade,** da instituição, não, por exemplo a posse, apenas, do edifício. Êste poderá ser locado e, pois é claro, o seu proprietário nada tem a ver com a emprêsa que nele opera.

Por não interessar a essência do tema, não descerei a detalhes de legislação pertinente a caracterização dêsses aspectos de propriedade e das exigências legais impostas aos estabelecimentos hospitalares. Apenas, referir que na emprsêa privada, a sua diretoria devidamente registrada nas repartições competentes, representa a "Administração do Hospital". Na emprêsa pública de administração direta, as autoridades superiores da República, Ministros de Estado e Presidente da República.

Naquelas ditas de administração indireta, as autoridades colocadas, hierarquicamente, na cúpula da instituição, embora a responsabilidade final não exclua as autoridades maiores do Govêrno da União.....

Uma únidade hospitalar do Ministério da Saúde, por exemplo, tem como Administração responsável, o Ministro, e na instância mais elevada, o Presidente da República.

Um Hospital da Previdência Social, o Conselho Administrativo da autarquia representa a sua Administração. Os diretores, que são delegados da Administração para conduzir, fazer funcionar o hospital, são, conseqüentemente, solidários com os atos e as responsabilidades daquela. Contudo a carga legal, de fato, cabe à matriz administrativa.

Nas entidades particulares, como se disse, são os dirigentes da firma proprietária ou, como nas sociedades beneficientes, as "mesas administrativas" as pessoas ou os órgãos que compreendem a Administração do Hospital. As responsabilidades da Administração do Hospital abrangem, portanto, a eficiência dos serviços assistenciais que o nosocômio propicia.

Sendo o Diretor executivo, a pessoa a quem se atribue as funções administrativas do Hospital, no sentido de governar, coordenar e controlar a organização prevendo todos os meios para a regularidade do seu funcionamento é de se admitir possua qualificação correspondente às responsabilidades do encargo. Entre estas, ressalta a de entender como peça axial do sistema que vai administrar, o Serviço de Enfermagem. É do seu mister, pois, compo-lo profissionalmente capaz, quer qualitativa quer quantitativamente. Armar o departamento ao qual compete o suporte ininterrupto dos cuidados

a dedicar aos pacientes representa assegurar condições de base, para o êxito do hospital, para a formulação liminar do seu conceito.

O reflexo da qualificação dos serviços de enfermagem incide sôbre o tratamento dos doentes, e portanto, sôbre a sua recuperação; projeta-se sôbre o Corpo Clínico, que credita-lhe confiança e, o que é sumamente importante, sôbre o próprio doente e os seus familiares e daí até a comunidade, a opinião pública, conseqüentemente. Ora, para o hospital êsse efeito é particularmente interessante seja governamental, ou de propriedade privada. Situar bem o nosocômio no seio da coletividade, perante a clientela a que serve e que lhe é dever servir com o máximo de possibilidades, é uma atribuição obrigatória, de caráter moral, mesmo da Administração do Hospital.

Evidências como estas dispensariam certamente a sua consideração, não fôsse, todavia, não parecer ainda assim a muitos administradores de hospitais, no nosso meio. Se não no que respeita ao esteio que a Enfermagem oferece ao trabalho médico, ao menos pelo incompleto domínio do que representa o seu papel no Hospital moderno, relacionado com a sua qualificação profissional, técnica, ética e social.

São constantes as anotações que tenho feito a confirmar essa impressão. Com freqüência registram-se apontes de Enfermeiras sôbre 'o abandono" a que é relegado o Serviço de Enfermagem pela Administração de um determinado hospital, ou a incompreensão de comesinhos requesitos seus a respeitar. Não tem sido incomum a surprêsa revelada por diretores e membros dos Corpos Clínicos de hospitais, alunos do Departamento de Administração do Hospital que dirijo na Escola Médica de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, no decorrer dos cursos, ante a definição justa do significado do Corpo de Enfermagem na estrutura funcional do hospital, na fixação dos seus índices de eficiência. Não são poucos, em verdade, os administradores que se disponham, siquer, a acolher iniciativas da equipe de Enfermagem no sentido de alevantar os seus padrões de trabalho, de dotar-se o Serviço de organização compatível com a sua suficiência técnica. Tal ocorre, reconhece-se, quase sempre pela falta de informação correspondente. Culpa cabe, em parte, à própria Enfermagem quando acontece acomodar-se ao tradicionalismo com que exerce as suas atividades, nos moldes em que há anos vinham, sem evoluir, aceitando condicionamentos obsoletos.

A realidade reflete êsse estado de coisas. De um lado, administradores despreparados, desconhecendo a profundidade em que se alicerçam as suas funções, na atualidade das mais desenvolvidas na metodologia admisistrativa, ciência, técnica e arte a serem apren-

didas e constantemente cultivadas, e de outro, se bem que menos marcante, a não emulação da Enfermagem por ela mesma na conquista da sua devida posição na dinâmica hospitalar.

Não há como desconhecer as duas faces da questão. Os diretores de hospitais, de ordinário recrutados no Corpo Clínico, muitos de comprovada capacidade profissional específica, não dominando, entretanto, conhecimentos hoje indispensáveis ao cumprimento de encargo essencialmente administrativo e dos mais complexos, para não mencionar a composição leiga da administração superior, essa, sem dúvida e em geral menos dotada dêsses atributos. Por sua vez, os componentes do Corpo de Enfermagem, se não formados na ciência do que lhes compete no âmbito que ampliou as suas atribuições, limitando-se a realizar as tarefas que ordinàriamente lhe são cometidas.

Uns e outros necessitam, assim, conscientizar os deveres impostergáveis dos seus exercícios perante as exigências da atualidade, nos seus campos de atuação.

Nesse particular, com a vivência de quase vinte anos de direção ininterrupta de grandes departamentos de assistência médica, desde o porte de uma Secretaria Geral de Saúde e Assistência como a do Estado da Guanabara que comportava 220 unidades, o Hospital dos Servidores do Estado a cuja frente estive por cinco anos, em duas gestões, a todos os demais escalões de serviços médicos do IPASE que me coube dirigir, como na Previdência Social, participando como Consultor Hospitalar de numerosos estudos e projetos, no magistério da especialidade no Ministério da Saúde e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em grau de pós-graduação, posso dar o testemunho, por minha fé insuspeito não obstante encontrar-me neste Congresso recebendo título honorífico, de ser predominante, nos círculos da Enfermagem, as iniciativas de situar os seus serviços no plano em que de fato e de direito, devem estar colocados no Hospital.

Essa circunstância, realça, aliás, a importância das associações de classe, na projeção pública e nas esferas competentes dos programas que se dispõe realizar.

A Asociação Brasileira de Enfermagem, a par das lutas que tem travado nas fronteiras das reivindicações de ordem material, remuneração condigna, condições adequadas de trabalho, tem marcado sensìvelmente o seu merecimento na propugnação da elevação cultural, moral e técnica dos padrões em que quer basear o conceito da profissão. Acompanhando de há muito a seriedade do seu desempenho nessa trilha constatei, em múltiplas promoções, a pertinácia com que tem buscado êsse alvo, cinzelando com êsse mérito, o brazão que grava a nobreza dos seus esforços por uma Enfermagem

capacitada a bem desempenhar as suas altas e desenvolvidas funções tal como lhe é exigido no estágio alcançado pelo hospital nos dias que correm.

A sua contribuição na definição dessas funções no seu próprio meio e naqueles que estão na sua órbita de ação, tem atenuado e reduzido distâncias e incompreensões nas relações entre a Administração do Hospital e a Enfermagem, pelo menos nas áreas que foram trabalhadas.

Contudo, há de reconhecer-se deva ser iniciativa da Administração armar o Serviço de Enfermagem tanto quanto possível da plenitude imposta pela importância que joga êsse departamesto na colimação das finalidades do hospital.

Compete-lhe, assim, recrutar e selecionar pessoal habilitado, indo às fontes de formação profissional, às escolas, à associação da classe, buscando assegurar a composição melhor da equipe de Enfermagem.

Fator de primordial efeito para a organização e para o perfeito funcionamesto do Serviço de Enfermagem, reside na escolha de Enfermeira com capacidade para o exercício da sua chefia. Poder-se-ia mesmo dizer que a responsabilidade primacial da Administração do Hospital perante a enfermagem é essa: a do preenchimento da chefia do serviço.

Se a Administração intenciona dotar êste departamento dos requisitos de boa qualificação, começará por revelar êsse propósito, na seletividade dessa escolha. Se bem sucedida, poderá, e deverá mesmo, delegar à Enfermeira-chefe, a própria organização do departamento, desde que lhe confira apoio e recursos compatíveis.

A propósito, convém transcrever o que referi no trabalho mencionado nesta exposição sôbre "Interrelação da Direção do Hospital com a Enfermagem", a respeito da escolha da Enfermeira Chefe: "Êste é o tipo de cargo que não existe para ser preenchido por pessoa a quem se preze apenas, a quem se deseje servir, a quem se queira, tão sòmente, remunerar ou a quem se aceite por injunções de qualquer espécie. Se falha a escolha, sujeita à razões que não sejam isentas de quaisquer propósitos que os de capacidade inteira, falhará tudo o mais aqui e ali, se não se configurar o fracasso total. O Serviço é daqueles que mais requerem comando, coordenação e contrôle de boa categoria capacional". E mais adiante: "Delegando a autoridade específica, apoiando-a não interferindo na sua área interna de operação, não admitindo, sob que poder o fôr, quebra de linha hierárquica de entemndimento, a direção executiva do hospital estará fixando conduta correta à chefia de enfermagem, podendo e devendo, em conseqüência, exigir-lhe o cumprimento regulamentar das tarefas que lhe cabem e por que responde em relação a todo o grupo profissional que chefia".

Aspecto a não desprezar, pelas implicações estreitas, condicionantes, é a remuneração correspondente às asperezas do encargo e à qualificação do profissional que preenche. Uma Enfermeira-Chefe atuante, não limitada ao expediente administrativo, à feitura apenas das escalas de serviço, mas que dirige de fato o seu pessoal, reunindo-o, traçando-lhe orientação, programando treinamento permanente, emulando-o, assistindo-o coletiva e individualmente nos problemas de grupo e individuais, desenvolve atividade das mais intensas e desgastantes. A par do prestígio que ostencivamente lhe deve conceder, a Administração terá o escôpo de bem pagar os seus serviços, tanto mais quanto a boa qualidade da assistência de Enfermagem contribue para a fama do hospital e, em conseqüência, para o seu lucro social e material.

Todavia, a remuneração conveniente não exclue a reversão de meios, a proporcionar à Chefia condições de efetivar um serviço suficiente. Conheço mais de um exemplo referente a contratação de Enfermeira de alto quilate profissional para chefiar serviço de enfermagem em hospital, com boa retribuição financeira, mas a qual nega-se tudo o mais de que necessita para organizar e dispor de um serviço qualificado. Em razão do que mencionei, do subsídio expresso pela enfermagem na projeção do hospital no conceito da clientela, pacientes e médicos, é de ver-se a vantagem da inversão de recursos financeiros nesse departamento.

Mas, a responsabilidade efetiva, superior, a que não pode omitir-se a Administração do hospital perante a Enfermagem, culmina em, através dela assegurar ao paciente, êsse sim o grande objeto, a melhor segurança nos cuidados da sua esfera de ação. Todos os outros efeitos são corolários dêste.

Na qualidade profissional do Corpo Clínico e na do Corpo de Enfermagem, repousa e se fixa a eficiência dos resultados que o hospital pode registrar, fato êsse de notório conhecimento.

O primeiro grupo possue autonomia de exercício profissional pelo qual respondem individualmente os seus integrantes.

O segundo contrai à Administração do hospital, responsabilidades diretas, indissociáveis, no seu comportamento técnico e ético. A ingerência da Administração em relação à qualidade dos serviços de Enfermagem é particularmente mais estreita que mesmo a correlata ao Corpo Clínico. É direta a sua responsabilidade na dotação do Corpo de Enfermagem que lhe cabe admitir e constituir. O insucesso profissional do médico, mesmo por imperícia ou culpa outra, da sua exclusiva responsabilidade, sem eliminar, do ponto de vista legal a solidariedade da Administração se essa o admitiu no Hospital, é tributado essencialmente ao próprio profissional que responde em primeira linha pelas suas conseqüências, dada a auto-

nomia profissional que lhe é reconhecida. Em um hospital de corpo clínico aberto, seja, aquêle que faculta as suas instalações e dependências ao uso de qualquer médico da localidade, desde que devidamente habilitado a exercer a sua profissão, registrado no Conselho Regional de Medicina e no gôzo pleno dos seus privilégios legais, na ocorrência da morte de um paciente por êrro inadmissível do médico, bem caracterizada essa circunstância, a interveniência do hospital na formação de culpa seria indireta, mais distante de co-autoria, tudo faz crer, pois não é nossa pretensão firmar opinião que exige exegese jurídica. Já as implicações da Administração na culpabilidade de idêntica ocorrência, mas imputável incontestàvelmente à Enfermagem são efetivamente de imediata correspondência, de vez ser da sua ingerência essencial, a composição qualitativa e quantitativa do serviço respectivo.

Ademais, uma ocorrência fatal por êrro grave cometido pela Enfermagem, soma as cargas de imputação de culpa pelo Corpo Clínico e pela Administração, sendo esta intimamente co-responsável, trate-se de hospital aberto ou fechado, êste entendido como de utilização exclusiva do médico da entidade: Sòmente êsse aspecto bastaria para tornar precisa a responsabilidade da Administração perante o Serviço de Enfermagem. Daí, ser da maior relevância o comprometimento da Administração em relação a qualificação dêsse Serviço.

Sôbre o tema, certamente, muito mais ter-se-ia que considerar e referir. A limitação do prazo de exposição impede-o, contudo. Aqui fica, pois, embora em esmaecido esbôço, alguns conceitos sôbre o seu entendimento.

Para finalizar, proponho-me a anotar, em decálogo, alguns dos requesitos sôbre os quais a Administração deverá atentar na sua responsabilidade em oferecer, ao hospital, um Serviço de Enfermagem eficiente:

1 — Escolha da Enfermeira-Chefe, com qualificação comprovada para o mistér.

2 — Recrutamento e seleção do pessoal de Enfermagem, segundo os métodos preconizados.

3 — Admitir pessoal suficiente, considerando horário de trabalho, turnos, férias, folgas e licenças.

4 — Remuneração atraente associada a vantagens ligadas às boas condições de trabalho: material que baste, de boa qualidade, vestiário e sanitários higiênicos e de instalações adequadas, assim como facilidades outras que possam fixar o profissional no hospital.

5 — Apoio e prestígio tácitos às atividades e necessidades do Serviço.

6 — Manutenção de linha inflexível de hierarquia nas relações com o Serviço.

7 — Valer-se do assessoramento da Enfermeira-Chefe em tudo que se relacione com as atividades do Serviço, inclusive, desde o planejamento físico e funcional do Serviço, se em hospital que esteja em fase de projeto.

8 — Admitir e defender determinadas prioridades para o pessoal de Enfermagem em relação a outros grupos profissionais, sempre que as necessidades de serviço assim o indiquem, como por exemplo, primazia no uso do refeitório, acesso a elevadores, etc.

9 — Assistir, estimular e oferecer facilidades aos programas de treinamento e de aperfeiçoamento do pessoal de Enfermagem.

10 — Valorizar, perante o próprio grupo, o Corpo Clínico, os pacientes, os seus familiares e a comunidade, o trabalho exercido pela Enfermagem, salientando a sua contribuição para o êxito do alcance das finalidades do Hospital.

Cabe-me, encerrando, realçar a rara oportunidade proporcionada por Congressos como os que têm realizado a Associação Brasileira de Esfermagem, facultando a que outros escalões da estrutura organica do Hospital venham debater motivos de interêsse tão recíprocos, comuns e integrados.

"A MADRE SUPERIORA E O SERVIÇO DE ENFERMAGEM *

I — INTRODUÇAO

Por indicação da Conferência dos Religiosos do Brasil, após convite da ABEn à mesma Conferência, coube-nos discorrer neste congresso, sôbre o "tema "A MADRE SUPERIORA E O SERVIÇO DE ENFERMAGEM".

O título do nosso trabalho põe em evidência dois aspectos: Madre Superiora e Enfermagem. Não nos deteremos em considerações sôbre qual o mais importante, porque ambos o são.

Há em todo hospital um serviço que é denominado "a segunda fôrça da instituição", indispensável e insubstituível: o serviço de enfermagem. É de tal importância que define e caracteriza o hospital. Além do mais, é o serviço que presta grande contribuição à pesquisa científica e ao aperfeiçoamento do tratamento médico aos pacientes. Como sua atividade gira imediatamente em tôrno do paciente, torna-se intermediário dos outros serviços e, só por êste fato, sua importância é indiscutível.

Por outro lado, a Madre Superiora de hospital tem mais ou menos a função de cabeça no corpo. Na orientação de um hospital ela comanda e coordena um certo número de serviços e pessoas que, no todo, devem fazer a harmonia da assistência ao paciente.

Concluimos daí que a responsabilidade da Madre Superiora de hospital se torna tanto maior quanto mais compromissos ela assumir.

Mas, quem é a Madre Superiora? Costuma-se fazer um conceito errôneo da mesma. Exige-se que seja infalível, todo poderosa e onisciente. Acontece porém, que ela é uma criatura como cada uma de nós, com suas aspirações, suas iniciativas, seus dotes e suas limitações. O certo é, no entanto, que ela carrega uma gama de responsabilidades bem maior que a da simples enfermeira, pois o cargo lhe confere uma tarefa de líder e lhe destina muitas atribuições. Como qualquer outra pessoa no hospital, ela está a serviço. Como

---

* Trabalho apresentado pela equipe do Deparatmento de Assistência à Saúde da Confernêcia dos Religiosos do Brasil.

Superiora, está a serviço ao mesmo tempo de uma comunidade religiosa e de uma instituição hospitalar devendo, a uma e à outra, obrigações de dedicação e doação.

II — A MADRE A SERVIÇO DA COMUNIDADE RELIGIOSA

O estado religioso é o modo estável de vida em comum pelo qual as pessoas nêle congregadas se propõem observar as prescrições da vida religiosa.

A comunidade religiosa constitui-se de pessoas que, por vocação, abraçaram o estado religioso numa determinada congregação e cuja convivência deve formar um ambiente de família.

Assim sendo, dentro do valor hierárquico das responsabilidades, a Madre Superiora tem, em primeiro lugar, obrigações com a comunidade religiosa, mesmo porque, é por meio das religiosas sob o seu comando que ela, superiora, vai exercer suas atividades no ambiente hospitalar. Ora, isto exigirá dela funções de mãe e de mestra na educação e formação das coirmãs, parcela do rebanho que foi confiado aos seus cuidados. Além disso, cabe-lhe zelar pela vida e testemunho cristão e religioso das mesmas, tanto na vivência comunitária como na profissional.

Tudo isto implica em planejamento e organização das atividades da comunidade religiosa, dentro de um horário flexível que leve em conta o ambiente, os serviços, as folgas, os plantões, as substituições e os rodízios de tal forma que as religiosas, sem prejuízo do trabalho que desenvolvem no hospital, possam ter o tempo necessário para as práticas de piedade, estudo e justo repouso.

A superiora é fator importante para o equilíbrio e ajustamento profissional e religioso das irmãs, para a unidade do trabalho dentro da diversidade de funções, para poupança de energia, para a facilidade do entrosamento com tôdas a satividades do ambiente e para a manutenção de um verdadeiro espírito de família na comunidade religiosa.

III — FUNÇÕES DA COMUNIDADE RELIGIOSA NO HOSPITAL

A comunidade religiosa tem por fim, além da atividade profissional, uma atividade apostólica, de sentido eclesial. Isto quer dizer que não existe em função de si própria, nem mesmo em função da congregação à qual pertence, mas sim em função da Igreja, por intermédio de uma congregação. Em outras palavras, é um serviço da Igreja em favor dos homens num determinado setor de atividades; no caso presente, o setor de assistência à saúde.

A comunidade religiosa é a presença da Igreja no hospital, uma

vez que a pessoa religiosa é o sinal da Igreja. O apostolado é missão, trate-se de bispos, sacerdotes, religiosos ou leigos e, como tal, é' um prolongamento e uma conseqüência da missão de Cristo no mundo. Sendo asim, a comunidade religiosa visa a pessoa humana em tôda a sua extensão e dignidade, esforçando-se para ser um fermento ativo no meio ,a fim de lembrar ao homem a sua grandeza de filho de Deus e do seu destino eterno.

O apostolado equivale então a um testemunho, tanto no sentido profissional como no sentido religioso. À primeiar vista parece haver discordância no que acabamos de dizer, porque apostolado é graça e profissão é técnica. Porém o que realmente há é apenas uma diferença entre ambos e não uma oposição. A técnica é um conjunto de meios que o homem utiliza e, com mais ou menos habilidade, aplica à sua profissão; é conquista, afirmação e glória do homem. O apostolado não é obra do homem mas da graça; não é uma profissão, mas um dom de Deus.

Contudo nada impede a coexistência do apostolado e da técnica. Antes, é necessário que andem juntos, pois não se pode supor um apostolado eficiente como o das obras de misericórdia sem uma técnica profissional.

O testemunho público da caridade de Cristo nas instituições onde a Igreja está presente, por meio dos seus religiosos, deve valorizar a técnica como coadjutora do apostolado. Seria errôneo e seria um contra-testemunho aliar a caridade à incompetência e à improvisação. O apostolado da caridade, como todos os outros, é inseparável da técnica profissional. Da técnica repetimos, como suficiência de si em substituição à graça, mas como auxiliar da graça.

IV — A MADRE SUPERIORA E A COMUNIDADE HOSPITALAR

Há uma outra comunidade à qual a Madre Superiora deve seus préstimos. É uma comunidade de maior amplitude que a religiosa e compõe-se de várias unidades entrosadas, de modo a formarem um todo harmonioso e funcional, com a finalidade de proporcionar, à pessoa humana doente, o cuidado a que tem direito: é a comunidade hospitalar.

Podemos enumerar vários tipos de comunidades hospitalares onde trabalham religiosas e, por conseguinte, onde está presente a Madre Superiora: o grande e o pequeno no hospital; o filantrópico e o comercial; o que é propriedade das religiosas e o que não é; o público e o privado.

Cada tipo apresenta problema específico para a Madre Superiora. Em qualquer deles a comunidade religiosa será responsável

por todos os serviços ou então por um certo número dêles conforme o contrato.

No grande hospital a Madre Superiora geralmente coordena os serviços e supervisiona a ordem interna da instituição, cabendo aos responsáveis de cada setor o planejamento, a organização e a execução das próprias tarefas.

No hospital pequeno, a Madre Superiora, muitas vêzes, acumula as funções da administração geral e as do Serviço de Enfermagem. Neste caso, se ela fôr enfermeira poderá sair-se a contento; mas, se não fôr enfermeira, encontrará sérias dificuldades e poderá criar embaraços à instituição.

No hospital filantrópico, não raro, a comunidade religiosa é "explorada". Devido à precariedade de recursos, real ou alegada, a instituição limita os funcionários em quantidade e qualidade, sobrecarregando assim o trabalho das religiosas.

Com certa freqüência acontece o mesmo nos hospitais comerciais, pela única razão de que é necessário fazer "economia".

Se o hospital fôr propriedade das religiosas, a solução dos problemas internos irá depender, quase que exclusivamente, da Madre Superiora.

Quando o hospital não é das religiosas, o trabalho da Superiora na superação dos problemas vai depender da colaboração de muita gente cuja boa vontade frequentemente deixa a desejar.

De um modo geral, há hospitais que dão mais autoridade à Madre Superiora, outros menos. Alguns prestigiam as religiosas, outros as contratam para prestígio próprio. Alguns acatam as religiosas, outros as hostilizam. De qualquer forma, a presença das religiosas no hospital só tem razão de ser enquanto fôr um serviço da Igreja a bem do ambiente e dos assistidos. Porém deixa de ser serviço, quando o hospital quer a presença das religiosas para camuflar situações pouco leais e até mesmo desonestas, que ocorrem no ambiente.

V — A MADRE SUPERIORA COMO AUTORIDADE

A Madre Superiora deve ter autoridade e prestígio no hospital. Ela tem o direito e o dever de orientar as atividades que lhe foram atribuídas, sem intromissão de quem quer que seja. O cargo que ocupa não é um mero título de honra, mas uma responsabilidade para com as comunidades religiosa e hospitalar, pois tôda a autoridade vem de Deus em função de um serviço.

Não ignoramos que a sociedade humana é uma sociedade de "iguais", uma sociedade de irmãos. O cristianismo acentua esta igualdade apontando para o ensinamento do Mestre: "o maior deve fazer-

se o menor; o que manda deve ser o que serve; se alguém tem mais atributos é porque mais deve dar". Todavia é igualmente indiscutível que sem uma autoridade, nada se consegue organizar.

Os chefes são necessários. "Grupo sem chefe é corpo sem cabeça, um rebanho à mercê do primeiro pânico", segundo Courtois. Por isso a Madre Superiora, como todo o chefe, é o sinal da autoridade e da unidade no trabalho que lhe foi confiado no hospital e, como todo o que comanda, precisa ter capacidade para avaliar as próprias energias e qualidades, para não expor-se e aos seus comandados, à frustração ou à falência.

O cargo de superiora de hospital é uma tarefa que exige habilidade para planejar, organizar, coordenar e controlar. Requer também amadurecimento e atitudes firmes e corajosas frente aos problemas que eventualmente venha encontrar. Ora serão estruturas erradas e já viciadas que se radicaram no hospital, ora falhas administrativas que impedem uma assistência adequada aos pacientes; às vêzes serão dificuldades financeiras que ameaçam a instituição; outras vêzes condutas profissionais não conformes aos postulados éticos e à dignidade da pessoa; outras ainda, será a política interna da instituição, pouco humana.

Quando se fala em direitos inalienáveis da pessoa, quando se diz que a mesma é soberana, que as leis são feitas para servir o homem e não vice-versa, constatamos que — em não poucos hospitais — menos que as leis, as rotinas tem frequentemente primazia à pessoa. Quastas vêzes, para salvaguardar a burocracia ou uma rotina, interrompe-se um tratamento, nega-se uma atenção e sacrifica-se o direito do homem. Em certos ambientes já não se pergunta se a instituição está servindo o paciente; pelo contrário, pergunta-se até que ponto o paciente está sendo "útil" a instituição.

É nestas circunstâncias que a Madre Superiora precisa ser o líder que Courtois define: "aquêle que sabe, quer e realiza e que também faz saber, querer e realizar; que proporciona esfôrço ao efeito que pretende; que partilha com o grupo o ideal que vive, apesar dos obstáculos; que trabalha com pessoas; que conhece o grupo, o une e o ama".

VI — RESPONSABILIDADE DA MADRE SUPERIORA PERANTE O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Para quanto segue queremos agradecer a contribuição que nos deram as Madres Superioras, as religiosas-enfermeiras e as enfermeiras por nós consultadas.

Uma vez que a enfermagem define a instituição hospitalar e lhe

marca as características, a Madre Superiora deverá dedicar a êste serviço especial interêsse e carinho.

O hospital, para bem desincumbir-se da sua função, deve ter um serviço de enfermagem eficiente, organizado dentro das exigências atuais e obedecendo as leis em vigor.

A enfermagem, queiramos ou não, será sempre o cartão de visita do hospital pois, como dizíamos no início dêste trabalho, é o serviço que gira em tôrno do paciente e faz todos os contatos com os outros serviços.

Sabemos que o homem quando é vítima de um problema é mais emotivo que lógico. Ora, o paciente tem um problema que é a enfermidade, situação esta que, as mais das vêzes, traz consigo um cortejo de outros problemas. Claro que êle se torna mais emotivo que lógico, o mesmo acontecendo com seus parentes e amigos que por uma solidariedade natural partilham o problema.

Todos nós lembramos com mais freqüência o que nos causou mais emoção na vida; tanto é verdade que certos acontecimentos chegam a marcar nossa personalidade. Com a recordação dos fatos passados, por uma espontânea associação de idéias, lembramos também as situações e as pessoas que tomaram parte nos acontecimentos. Coisa idêntica ocorre com o paciente: ao lembrar-se da moléstia que o forçou a guardar o leito, lembrar-se-á também da instituição onde foi internado e de todos aquêles que lhe prestaram assistência. Esta recordação, ou será acompanhada de um sentimento de gratidão pelos cuidados recebidos ou de revolta, se a assistência não corresponder ao que esperava.

Logo a enfermagem é, em grande parte, causa da boa ou má reputação de um hospital por parte daquêles que tiveram contato com o mesmo como internados, como pacientes de ambulatório ou como visitas.

É evidente que para bem compreender o valor da enfermagem é necessário entendê-la; para entendê-la precisa conhecê-la; para bem conhecê-la precisa ser enfermeira. Lógico portanto, que se cogite em Madre Superiora enfermeira, como ideal. Mas, infelizmente, ainda não há esta possibilidade para tôdas as instituições hospitalares onde trabalham religiosas.

Que fazer então? As congregações religiosas deverão deixar de assumir novos compromissos enquanto não tiverem uma religiosa enfermeira para ser superiora? Mas, muitas vêzes, esta atitude equivaleria a impedir o funcionamento de mais uma unidade hospitalar e, num país carente como o nosso, seria negar-se a colaborar na promoção do homem em setor importantíssimo.

Seria então o caso de aceitar novos compromissos mas com a condição de a instituição contratar uma enfermeira para o serviço de enfermagem? E com isto não surgiriam dificuldades entre as religiosas e a enfermeira?

Cremos que as religiosas, tendo em vista em primeiro lugar o bem estar do paciente, não verão nenhum desdouro no fato de estarem subordinadas profissionalmente a uma enfermeira. Mesmo porque isto já ocorre em outros setôres. Na farmácia, no laboratório, no RX e mesmo na administração, freqüentemente, as religiosas estão profissionalmente subordinadas a pessoas não religiosas. Porque não se daria o mesmo na enfermagem?

Por outro lado a enfermeira é uma pessoa em geral madura, preparada para a tarefa que lhe cabe e com bastante experiência para merecer a confiança da comunidade religiosa.

É verdade que não poucas vêzes há desentendimento entre religiosas e enfermeiras. Isto ocorre em ambientes onde trabalham religiosas não enfermeiras com enfermeiras e a causa parece ser, ùnicamente, a falta de diálogo.

O diálogo é muito importante e a Madre Superiora deve lançar mão dêle com a máxima freqüência, já que é um direito natural do homem. O homem é eminentemente social e tem problemas de consciência, de moral, de liberdade, de direitos e deveres sociais. Como pessoa, é uma "substância de natureza intelectual cuja função própria é o conhecimento e cujo atributo fundamental é a liberdade". Por outro lado, a liberdade confere à pessoa uma autonomia que requer dela reflexão, autodeterminação e responsabilidade. É por isso que a pessoa é inviolável, digna de todo o respeito e não pode ser rebaixada à condição de coisa, de meio ou instrumento. Mas também a pessoa precisa conhecer, compreender e amar para integrar-se no convívio social; precisa manifestar-se aos outros e conhecer os outros; para conservar-se ajustada ao semelhante, precisa dialogar.

VII — A MADRE SUPERIORA EM FUNÇÃO DO DIÁLOGO

A Madre Superiora deve criar o costume do diálogo tão preconizado pelo Papa João XXIII, de santa memória. As relações com o serviço de enfermagem devem ser a vivência leal das relações humanas. Aliás, sem isto não se concebe comando eficiente. Ouvindo, observando e conversando as pessoas se entendem e aprendem, resultando daí segurança para a ação.

É lógico que a Madre Superiora não pode ver tudo, nem tudo compreender. Se ela demonstrar confiança terá um pessoal que executa com tranqüilidade de consciência e sem preconceitos.

Deverá saber que tôda pessoa precisa ser aceita com a sua personalidade pois em tôda parte deve reinar a liberdade dos filhos de Deus. Precisará tomar isto em conta para que cada qual se realize e desenvolva dentro das suas potencialidades e do plano traçado por Deus, que ninguém pode bitolar. Comandar, longe de impedir iniciativas, é também despertar as riquezas dos outros, às vêzes maiores que as próprias.

Os chefes que não admitem o diálogo matam a iniciativa e não promovem as pessoas, pois fazem delas autômatos que não têm direito de optar, ou então revoltados.

O diálogo é que promove. Êste pode processar-se por meio da palavra falada, escrita, da fisionomia, dos gestos e dos sinais. São meios pelos quais nos "comunicamos" com os outros, isto é, levamos aos semelhantes nossa "mensagem". A mensagem no entanto provoca, nos que a recebem, uma reação de aceitação ou de revolta, segundo a maneira como emitimos.

Se é verdade que o diálogo é um dar e receber, também é verdade que para receber é perciso dar e que sempre recebemos segundo a maneira com que damos: quem dá com amor recebe com amor. A nossa comunicação funciona como o eco. Observe-se o que acontece quando alguém brada numa planície cercada de montanhas: depois de certo tempo as montanhas respondem ao brado. Se o brado fôr um "Deus te abençôe" a respostas será um "Deus te abençôe"; se fôr uma palavra áspera, a resposta também será áspera.

Daí a vantagem de a Madre Superiora saber medir as reações dos seus comandados. Não é fácil avaliar o quanto somos de pêso aos outros — e isto sem que o percebamos — no entanto, a caridade ensina que ninguém tem o direito de ser antipático.

Os peritos em relações humanas constataram que a indisciplina, o descontentamento, a dispersão de fôrças, a falta de entusiasmo e a revolta são, quase sempre, conseqüências de falta de "amor" por parte de quem dirige. Com isto não queremos insinuar que as Madres Superioras não tenham "amor" às pessoas com as quais trabalham; apenas queremos advertir que certas atitudes podem fazer o pessoal pensar que não é "amado". Neste particular, a Madre Superiora terá que rever, de vez em quando, suas atitudes com as religiosas, com as enfermeiras e as relações entre religiosas-enfermeiras e enfermeiras.

1 — Atitudes da Madre Superiora com as religiosas

A justiça e a caridade devem ser o apanágio da vida religiosa. Estas duas virtudes podem ter às vêzes seus "arranhões" mesmo "em casa". Para que isto não aconteça a Madre Superiora deverá:

a) dar às suas religiosas atribuições de acôrdo com a capacidade das mesmas a fim de evitar constrangimentos e frustrações;

b) auxiliar as irmãs não só no que toca à vida espiritual, mas também no que diz respeito à promoção profissional, procurando que façam o curso de Enfermagem ou de Auxiliar de Enfermagem, especialização e atualização; as religiosas precisam dos meios preconizados pela "Perfectae caritatis" para viverem a "Lumen Gentium" e a "Gaudium et Spes" do Vaticano II;

c) dispender grande garte de tempo para ouví-las, esclarecê-las, orientá-las e animá-las; quando não, para ser esclarecida por elas;

d) demonstrar confiança relativamente às tarefas e às iniciativas pessoais de cada uma.

Como todo o ser humano, a religiosa também está sujeita à estafa por causa da rotina de um horário que se repete o ano inteiro, sem interrupção. A estafa leva ao desajuste e o desajuste leva à ineficiência. O repouso, as folgas e as férias não são luxo e sim uma necessidade para o bem espiritual e profissional das religiosas. O "relaxe" é indispensável para o bom atendimento aos pacientes e para que haja relações mais humanas com a equipe de trabalho.

2 — Atitudes da Madre Superiora com as enfermeiras

As enfermeiras são as grandes colaboradoras das religiosas na organização do serviço de enfermagem e na manutenção da eficiência do serviço. Esta colaboração se faz sentir mais pronunciadamente quando se trata de dar ao hospital um "coração".

Elas são também o elemento que mais colabora com as religiosas no apostolado. Aliás, na linha do Vaticano II, como todo o cristão, são corresponsáveis no apostolado comum da Igreja, pois o apostolado não é monopólio dos que seguem a vida religiosa.

Em vista disso a Madre Superiora deverá:

a) prestigiar o trabalho e as iniciativas das enfermeiras, incentivando-as, de modo que se sintam realizadas e ajustadas na família hospitalar;

b) atribuir, às mesmas, atividades profissionais com espírito de confiança, uma vez que — embora não religiosas — podem executar as tarefas tão bem quanto as religiosas da mesma categoria, senão melhor;

c) garantir os direitos das mesmas fazendo com que a justiça social seja vivida na instituição; de que valeria devolver um paciente são à sociedade se para tanto tivesse que adoecer um funcionário?

d) evitar iniciativas e medidas que possam parecer uma concorrência desleal com as enfermeiras.

3 — Atitudes da Madre Superiora nas relações entre enfermeiras-religiosas e enfermeiras

As religiosas-enfermeiras e as enfermeiras desenvolvem suas atividades no mesmo ambiente e visam os mesmos objetivos, motivo pelo qual precisam trabalhar em regime de harmonia e não de competição ou hostilidade.

Para que estas relações se realizem dentro do mútuo respeito e com execução consciente dos deveres, de ambas as partes, a Madre Superiora deverá:

a) promover reuniões e encontros freqüentes para melhor entrosamento e maior enriquecimento mútuo;

b) facilitar os contatos das enfermeiras com a comunidade religiosa, tanto no hospital como fora.

4 — Conflitos no Serviço de Enfermagem

Certamente que há conflitos na enfermagem. O serviço tem suas atribuições, seus objetivos e seus problemas. Entre êles podemos citar alguns dos que ocorrem com mais freqüência:

1 — desconsideração para com o serviço de enfermagem, fato que repercute inclusive nos honorários do profissional;

2 — má utilização dos funcionários, do serviço. O profissional que é ocupado em atividade que não condiz com a sua função não pode sentir-se realizado. Se há uma enfermeira no hospital, a ela cabe a direção do serviço e não a quem não possui título para isto. Também não se pode compreender que uma enfermeira — religiosa ou não — que despendeu tempo, energias e um certo capital para formar-se, seja utilizada para qualquer outra tarefa no hospital, menos para a enfermagem;

3 — intromissões indébitas no serviço de enfermagem. Não é raro acontecer que, pessoas que pouco ou nada entendem, traçam linhas para profissionais, baixando ordens que são inclusive contra a filosofia da profissão;

4 — falta de colaboração motivada, às vêzes, por incompatibilidades entre chefes de serviços.

A Madre Superiora não poderá acomodar-se aos conflitos que surgem; deverá descobrir a causa dos mesmos e resolvê-los, venham de onde vierem.

CONCLUSÃO

Lemos na "Gaudium et Spes", constituição pastoral do Vaticano II, que "a tarefa da Igreja neste mundo não é de ordem política, eco-

nômica ou social, mas de ordem religiosa". Contudo, "da missão religiosa da Igreja decorrem as luzes que auxiliam a comunidade humana a se organizar segundo a Lei de Deus". Lemos ainda que "de acôrdo com as circunstâncias de tempo e lugar a Igreja pode e deve promover atividades para serviço de todos, sobretudo para os indigentes, como sejam as obras de misericórdia e outras semelhantes".

Ora, no seu trabalho de cada dia a Madre Superiora e a comunidade religiosa ocupam-se dos "interêsses dos irmãos" em nome da Igreja. É um serviço à sociedade. Uma vez que "a Igreja quer ajudar a promover tôdas as instituições enquanto isto depender dela e estiver de acôrdo com a sua missão", o bom nome da Madre Superiora e das religiosas deve ser encarado com interêsse. Por outro lado, se agem em nome da Igreja, é necessário que conheçam o conceito que se faz delas para, numa avaliação de suas atitudes, modificá-las se fôr o caso. A opinião pesa sôbre a religiosa e a reputação é um bem indispensável tanto mais que nela está a honra de Deus e o prestígio da sua Igreja.

É com a sua atitude que os "apóstolos", religiosos ou leigos, apresentam ao mundo a face da Igreja. Sejam portanto, o testemunho de amor, de justiça e de "comunhão".

ESTUDO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NA FUNDAÇÃO S. E. S. P.

Informação *

Como contribuição ao XVIII CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, realizou o Setor de Enfermagem da Divisão de Saúde da Fundação SESP dois estudos sôbre atividades de enfermagem, utilizando técnicas diferentes.

No primeiro estudo foi empregado o método de observação intermitente das atividades desenvolvidas por todo o pessoal de enfermagem, durante 5 dias consecutivos. Êsse estudo foi levado a efeito em duas Unidades Mistas, tendo sido feitos nos dois setôres: hospitalar e de saúde pública.

No segundo estudo foi utilizado outro método: as enfermeiras lotadas em unidades e as visitadoras sanitárias descreveram um dia de trabalho, especificando o tempo gasto em cada atividade. Êsse estudo foi complementado por um levantamento das faltas aos agendamentos para consultas ou tratamentos específicos e por entrevistas realizadas com pacientes em tratamento nas unidades.

Os 2 estudos levavam a conclusões muito semelhantes:

1. é bastante variável a distribuição do tempo entre as atividades da sua responsabilidade, tanto para enfermeiras, como para visitadores;
2. no setor hospitalar pouco tempo é dedicado ao ensino do paciente; algumas unidades sanitárias dedicam muito mais tempo a essa atividade do que outras;
3. no setor hospitalar muito tempo é tomado pelas atividades desenvolvidas longe do paciente;
4. nos 2 setôres, pouco tempo é dedicado às atividades que visam o desenvolvimento do pessoal;
5. quando há falta de pessoal, tanto enfermeiras, como visitadoras sanitárias, dedicam muito tempo a atividades fora do seu próprio nível;

---

* Ermengarda de Faria Alvim

6. o esclarecimento inadequado do paciente não parece ser fator que pese como causa pelo não comparecimento do paciente aos agendamentos;
7. nas unidades sanitárias bastante atenção é dada ao trabalho educativo mas de um modo geral necessitam os pacientes ser mais esclarecidos sôbre aspectos específicos, para melhor utilização dos serviços a seu dispor;
8. os pacientes têm opinião bastante favorável sôbre os serviços prestados pela Fundação SESP.

Espera-se que os estudos realizados resultem nas seguintes ações:

a) medidas administrativas;
b) atenção especial às deficiências apontadas, através do trabalho de supervisão;
c) realização de estudos específicos:
   (1) no setor hospitalar: estudo das atividades de enfermagem realizadas na presença do paciente e longe dêle;
   (2) no setor de saúde pública: estudo da melhor utilização do tempo das visitadoras sanitárias, quando não em visitação.

I. PESQUISA OPERACIONAL DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NA FUNDAÇÃO S. E. S. P.

Ermengarda de Faria Alvim *
Maria Valderez Borges * *
Terezinha A. Barros * * *

Razões de um estudo

Uma das grandes preocupações do profissional deve ser a qualidade dos serviços que está prestando à população. Tal responsabilidade se torna ainda maior quando se trata de um serviço público, quando temos de prestar contas dos recursos do país que nos foram confiados.

Freqüentemente a escassez de recursos e o baixo padrão do pessoal são apontados como justificativa da má qualidade dos serviços. Entretanto, êsse problema deve ser encarado de maneira positiva e então formularíamos a seguinte pergunta: — Dada a si-

* Fundação SESP — Chefe do Setor de Enfermagem — Divisão de Saúde da Comunidade
** Fundação SESP — Supervisora do Setor de Enfermagem — Div. de Saúde da Comunidade
*** Fundação SESP — Chefe da Seção de Enfermagem — Diretoria Regional do Pará

tuação atual, qual seria o melhor padrão de serviço possível, e como alcançá-lo e mantê-lo?

Para que uma organização possa apresentar padrões satisfatórios de trabalho, algumas condições são fundamentais:

a) serviço sòlidamente estruturado e apoiado por uma administração eficiente;

b) objetivos e atividades claramente definidos, servindo de base à elaboração dos programas de trabalho;

c) existência de normas e instruções específicas;

d) distribuição das tarefas, ou seja, definição das atribuições das diferentes categorias de pessoal;

e) exigências específicas quanto às qualificações e ao preparo do pessoal;

f) supervisão contínua do trabalho, com especial atenção à avaliação dos serviços prestados.

Como já referimos, as condições acima são fundamentais mas não são uma garantia absoluta para a manutenção de um padrão satisfatório, pois há uma série de fatôres imponderáveis que podem afetar a qualidade do trabalho, além de outra ameaça constante que é a **rotina** — rotina no sentido de um trabalho desenvolvido de maneira mecânica, situação em que, via de regra, se assume a atitude de presumir que tudo está bem porque o trabalho está sendo desenvolvido de acôrdo com as normas e instruções estabelecidas. Em tais circunstâncias, freqüentemente os responsáveis pelo serviço custam a convencer-se que a qualidade da assistência dada não é satisfatória e que alguns aspectos precisam ser melhorados. Outras vêzes, os responsáveis sentem que alguma cousa não vai bem mas não conseguem definir o problema.

A resposta para ambas as situações é a realização de estudos específicos, para determinação das possíveis deficiências, seguido da análise das causas e do estudo das soluções indicadas.

A Fundação SESP, como organização, satisfaz as condições fundamentais acima referidas. Entretanto, o volume do trabalho, condições administrativas adversas e possìvelmente também a tendência de desenvolver o trabalho rotineiramente, conforme constatado atra-

vés as observações dos supervisores, levaram o Setor de Enfermagem a dar início a uma série de estudos visando a análise das atividades da responsabilidade da enfermagem, a serem seguidos por outros, que determinariam a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Resultados prováveis dêsse estudo

A Fundação SESP utiliza para o desenvolvimento das suas atividades, pessoal auxiliar de enfermagem de diferentes categorias, bem como profissionais, cabendo ao primeiro os serviços prestados diretamente ao público e às segundas a supervisão e administração das atividades de enfermagem, o treinamento do pessoal auxiliar, assim como a participação nas atividades de assistência direta, de maior responsabilidade. No seu conjunto, conta a Fundação SESP com 1 enfermeira para cada 12 elementos auxiliares de enfermagem. Uma preocupação constante é a utilização adequada do seu pessoal, principalmente dos profissionais.

Esperava-se que o estudo das atividades do pessoal de enfermagem respondesse às seguintes perguntas específicas:

— O que o pessoal de enfermagem está fazendo?

— Que atividades ocupam maior parte do seu tempo?

— Há hipertrofia de algumas atividades em prejuízo de outras, como por exemplo, pouca atenção aos pacientes porque a maior parte do tempo é absorvido pelas atividades administrativas?

— É dada a devida atenção a algumas atividades consideradas essenciais, tais como à participação da enfermeira nos cuidados de maior responsabilidade, à supervisão, às atividades de educação em serviço, assim como ao trabalho educativo com o paciente, por parte de todo o pessoal?

— Quanto tempo é gasto com atividades da responsabilidade de outros profissionais ou com atividades que podem ser delegadas a elementos de outras categorias?

Tratando-se da assitência de enfermagem nas unidades hospitalares, quanto tempo é ocupado em cuidados diretos aos pacientes ou em atividades executadas na sua presença e quanto tempo com atividades executadas longe dêles?

Após analisar diferentes métodos de pesquisa, decidimos realizar, na Fundação SESP, dois estudos distintos: :

I — Pesquisa operacional das atividades de enfermagem através do método de observação intermitente.

II — Estudo das atividades de enfermagem através da descrição de um dia de trabalho.

Os dois estudos serão apresentados separadamente.

I — Pesquisa operacional das Atividades de Enfermagem na Fundação SESP, através do método de observação intermitente

O estudo que passaremos a descrever foi levado a efeito em duas Unidades Mistas abrangendo o setor hospitalar e o de saúde pública.

Método usado na Pesquisa

Foi utilizado o método de observação intermitente, que consiste na observação de todos os elementos de enfermagem, de 15 em 15 minutos, durante tôdas as horas em que estão de serviço, por 5 dias consecutivos. Estudos indicaram que a observação intermitente permite chegar a reultados idênticos aos que podem ser obtidos através da observação contínua (shadowing), apresentando a vantagem de levar menos tempo.

A observação tem a finalidade de determinar a atividade que cada elemento de enfermagem está executando. As observações são registradas em modêlo próprio (vide anexo I), sendo utilizada uma fôlha para cada período de observação; nesta fôlha, que já deve conter a relação dos elementos de enfermagem em serviço, são registradas, mediante código, as atividades desenvolvidas pelos elementos de enfermagem por ocasião da observação, sendo classificadas segundo a área em que se enquadram e segundo o nível, conforme o gráu e tipo de habilidade, treinamento, autoridade e responsabilidade necessárias à sua execução eficiente, constando da mesma ainda um sumário de cada atividade.

No planejamento dêsse estudo nos orientamos pelas seguintes publicações do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos fazendo as adaptações indicadas:

— How to Study Nursing Activities in a Patient Unit;
How to Study the Nursing Service of an Outpatient Department.

Embora êste último trabalho recomendasse o método de observação contínua para os serviços de ambulatório, pareceu-nos que, devido à natureza das atividades desenvolvidas nas unidades sanitárias da Fundação SESP e ao fato de as mesmas não sofrerem solução de continuidade, também poderia ser utilizado nas mesmas o método de observação intermitente.

Por serem os hospitais da Fundação SESP pequenos e terem serviços pouco diferenciados (clínicas médico-cirúrgica, pediátrica e obstétrica), seriam estudados como uma só unidade; entretanto, a identificação dos diferentes elementos observados permitiria, em qualquer ocasião, o estudo em separado de determinado setor.

O centro cirúrgico, assim como o 3.º horário (noturno) e os fins de semana não seriam incluídos no âmbito dêste estudo, o primeiro por ser um serviço especializado e os demais por só ser necessário estudá-los quando apresentam problemas especiais.

Como a jornada de trabalho nas unidades hospitalares da Fundação SESP é de 6 horas diárias, intercalada de plantões noturnos de 12 horas, o que dá em média um total de 40 horas semanais, seriam feitas 240 observações, cobrindo os dois primeiros horários, nos 5 dias de estudo.

Nas unidades sanitárias, cujo expediente é de 8 horas diárias, seriam feitas 160 observações durante os 5 dias do estudo.

O pessoal de enfermagem atuando nessas unidades, teria de ser orientado prèviamente sôbre o estudo a ser realizado, suas finalidades e como seria conduzido.

Execução da Pesquisa

A pesquisa obedeceu às seguintes etapas:

1. **Adaptação dos trabalhos** publicados pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, acima referidos, à situação da Fundação SESP, tomando-se como base as atribuições dos diferentes elementos de enfermagem e codificação das atividades da sua responsabilidade.
2. **Estudo pilôto** das atividades de enfermagem desenvolvidas numa unidade sanitária, para se conseguir maior segurança no mé-

todo de observação intermitente e na utilização dos códigos. O estudo pilôto foi realizado na unidade de treinamento da Escola Nacional de Saúde Pública em Jacarepaguá, Estado da Guanabara, e dêle participaram enfermeiras da Fundação SESP que estavam em estágio. Êsse estudo resultou na retificação de alguns códigos e na maior discriminação das atividades.

Não foi levado a efeito estudo pilôto das atividades das unidades hospitalares, porque havíamos acompanhado estudo semelhante realizado no hospital de Curicica. Entretanto, as enfermeiras participantes fizeram uma observação prévia nas próprias unidades onde foi realizado o estudo, a fim de se familiarizarem com o processo e com a utilização correta dos códigos.

3. **Observação das atividades de enfermagem** em 2 Unidades Mistas da Fundação SESP: Unidade "A" com 68 leitos, não tendo clínica obstétrica mas contando com maior número de leitos de pediatria; essa unidade tem uma enfermeira que atua sòmente no Centro Cirúrgico; Unidade "B" com 40 leitos.

Para ambas as unidades a lotação recomendada, quanto ao pessoal de enfermagem, é a seguinte:

CATEGORIA	Número recomendado	
	Unidade A	Unidade B
Setor Hospitalar		
Enfermeiras	2	1
Auxiliares de Enfermagem	7	6
Atendentes	26	18
Unidade Sanitária		
Enfermeiras	1	1
Visitadoras Sanitárias	7	5
Atendentes	7	6

O setor hospitalar da Unidade A, por motivo de férias ou licenças, estava com seu quadro de pessoal de enfermagem reduzido em 37,1% e o da Unidade B em 58,5%; o setor de saúde pública da Unidade A estava com uma redução de 7,3% e o da Unidade B de 9,1%.

A Unidade B estava em obras mas todos os pacientes haviam sido acomodados numa só ala, não tendo êsse fato afetado a taxa de ocupação que foi de 80% nos dias em que foram feitas as observações.

Na Unidade A foram as observações feitas por 2 enfermeiras, num período de 2 semanas, assim distribuídas:

Período de Observação		Setôres Observados	Enfermeiras Observadoras
Dias	Semanas		
5	1.ª	Hospitalar — 1.º turno	2
5	2.ª	Hospitalar — 2.º turno	1
4 *	3.ª	Unidade Sanitária	1

Na Unidade B foram as observações feitas por 3 enfermeiras, num período de 5 dias, em uma só semana:

Setôres Observados	Enfermeiras Observadoras
Hospitalar — 1.º turno	1
Hospitalar — 2.º turno	1
Unidade Sanitária	1

Num período de 15 minutos, uma enfermeira pode observar eficientemente cêrca de 10 elementos de enfermagem.

No final de cada dia eram as observações feitas verificadas e corrigidas, quando necessário, o que foi possível devido à descrição sumária de cada atividade.

Ao todo foram observadas 2 056 atividades na Unidade A e 1 178 na Unidade B.

4. Apuração dos Dados

As observações do setor hospitalar de cada Unidade foram condensadas em 3 Mapas de Trabalho e 5 Tabelas Analíticas; as do setor de saúde pública foram condensadas em 3 Mapas de Trabalho e 2 Tabelas Analíticas.

5. Análise e Interpretação dos dados

Serão comentados separadamente os 2 setôres observados.

---

* A observação foi feita só em 4 dias porque ocorreu um feriado local, não tendo a Unidade funcionado.

Setor Hospitalar

Na Unidade A, a Enfermeira, (Tabela I-a) no período da manhã, gasta mais de metade do seu tempo com atividades visando o desenvolvimento do pessoal, (24,2%) (Orientação individual), seguido de atividades de cunho administrativo, (15,3%); no período da tarde a distribuição do seu tempo é mais ou menos uniforme entre as três áreas de atividades. Durante os 5 dias, nos 2 horários, foi a atividade supervisora registrada 44 vêzes, (2,1% do total de observações).

Na Unidade B, no período da manhã, a Enfermeira (Tabela I-b), ocupa a maior parte do seu tempo (64,2%), com atividades relacionadas ao paciente, enquanto no período da tarde o mesmo tempo é gasto com atividades administrativas. Gasta tempo bem menor do que a enfermeira da Unidade A, com atividades que visam o desenvolvimento do pessoal (11 observações nos 5 dias de estudo, ou seja 0,9% do total de observações), entretanto, participa mais dos cuidados diretos e do ensino do paciente.

A Auxviliar de Enfermagem que por ocasião do estudo só existia na Unidade A, (Tabela I-c), ocupa a maior parte do seu tempo, nos 2 horários, nas atividades relacionadas ao paciente (83%), predominando as classificadas como "cuidado indireto" (34,7%) (cuidado de material, anotações nos prontuários e outras); é insignificante sua participação no ensino do paciente (2,6%).

, Tanto na Unidade A (Tabela I-d), como na Unidade B (Tabela I-e), quase todo o tempo da atendente é tomado com atividades diretamente relacionadas ao paciente, (86,1 e 97,5%) mas na Unidade A, um pouco mais de tempo é gasto em cuidados. O ensino do paciente é muito limitado; foi registrado 8 vêzes durante os 5 dias de observação na Unidade A e 20 vêzes na Unidade B; 12 vêzes tratava-se da orientação da mãe durante o puerpério, inclusive observação de cuidados ao recém-nascido prestados por ela mesma. A participação das atendentes em atividades que visavam o seu próprio desenvolvimento foi insignificante mas a orientação por parte da enfermeira foi muito mais freqüente na Unidade A.

Estudando detalhadamente as atividades incluídas na área "prestando cuidados", verificamos que na Unidade A foi muito mais freqüente a prestação dos cuidados básicos de enfermagem, tão bem descritos por Virginia Henderson *, representando 54,1% do total de cuidados prestados, enquanto na Unidade B foram de apenas 27,8%, tendo a maior parte do tempo sido gasto na administração de medicamentos, tratamentos e cuidados similares.

---

* Henderson Virginia — **Princípios Básicos de Enfermagem,** traduzilo e publicado pela ABEn em 1962.

O quadro abaixo mostra, em percentuais, os cuidados básicos prestados, descriminados segundo sua finalidade:

CUIDADOS BÁSICOS	Unidade A	Unidade B
	%	%
Ajuda na alimentação	45,7	42,5
Ajuda no vestir, cuidado com a cama, paciente acamado	30,6	25,0
Gerais, de higiene	14,2	23,7
Visando confôrto	4,5	1,3
Ajuda na eliminação	3,3	1,3
Ajuda na locomoção	1,7	6,2
TOTAL	100,0	100,0

A Serviçal de Enfermaria só foi observada na Unidade B (Tabela I-f), pràticamente só desenvolvendo atividades que lhe são próprias. O mesmo ocorreu na Unidade A, razão porque não foi incluída na observação.

No que se refere ao tempo gasto pelo pessoal de enfermagem em atividades que poderiam ser executadas por outros elementos, constata-se que na Unidade A (Tabela II-a) a Enfermeira gastou tempo apreciável em atividades que poderiam ser executadas por escriturária; na Unidade B (Tabela II-b), a Enfermeira teve atuação menor nesse nível, mas desenvolveu muitas atividades nos níveis de auxiliar de enfermagem e de atendente e na parte da tarde também no nível de serviçal.

A Auxiliar de Enfermagem também desenvolveu muitas atividades que poderiam ser executadas por escriturária, enquanto as Atendentes funcionaram mais no seu próprio nível, exceto no período da manhã na Unidade B, quando atuaram também em nível auxiliar de enfermagem, de escriturária e de serviçal.

Como nos pareceu que as nossas unidades não comportariam um elemento conhecido como estafeta ou mensageiro, classificamos tôdas as atividades que poderiam ser atribuídas a tal elemento, em nível de serviçal.

No que se refere ao tempo de cuidados de enfermagem que cada paciente recebe por dia, somando os dados constantes para o período da manhã com os da tarde, verificamos que na Unidade A

(Tabela III), havia 2 horas disponíveis para cuidados de enfermagem; foi efetivamente prestada 1 h. 32, tendo sido 28 minutos gastos em outras atividades; na Unidade B só havia 1 h. 07 disponível, por paciente; foram efetivamente prestados 55 minutos, por paciente, tendo 12 minutos sido gastos em outras atividades.

Quem mais gastou seu tempo disponível em outras atividades foi a enfermeira enquanto a atendente, principalmente na Unidade B, utilizou pràticamente eodo o seu tempo disponível em cuidados ao paciente.

Êsse método dá uma indicação mais precisa do tempo realmente gasto em cuidados de enfermagem, do que a simples relação entre o número de elementos de enfermagem, e o número de pacientes.

Cumpre ressaltar que foram incluídos no estudo apenas os horários da manhã e da tarde.

Quanto ao tempo gasto pelo pessoal de enfermagem em atividades na presença do paciente e em atividades executadas longe dêle, a análise dos dados das duas Unidades (Tabela IV-a e IV-b) mostra que pràticamente é gasto tanto tempo longe do paciente quanto em atividades desenvolvidas na sua presença. A Enfermeira e também a Auxiliar de Enfermagem gastam mais tempo em atividades longe do paciente. Entre essas destacam-se os registros de dados nos prontuários transcrição de ordens médicas e similares.

Um cuidado de enfermagem compreende uma série de atividades, executadas umas na presença do paciente, outras longe dêle. Se a pesquisa nos mostrou o tempo efetivamente gasto em cuidados de enfermagem (Tabela III) também indicou o número médio de horas gastas, num dia, na presença do paciente (Tabela V). Novamente, osmando os dados dos períodos da manhã e da tarde, de todo o pessoal, temos 53 minutos gastos na presença do paciente na Unidade A e 32 minutos na Unidade B.

Conclusões das observações do Setor Hospitalar

1.º — Quando há falta de pessoal, a enfermeira tem maior participação nos cuidados de enfermagem, tanto do seu próprio nível, quanto do nível dos elementos auxiliares, mas lhe sobra menos tempo para as atividades de supervisão.

2.º — O ensino do paciente é atividade a que é dada atenção muito limitada.

3.º — Em qualquer unidade de enfermagem é desenvolvida uma série de atividades que poderiam ficar a cargo de escriturárias, liberando o pessoal de enfermagem para os cuidados diretos ao paciente.

4.º — Podemos concluir, finalmente, que é muito reduzido o tempo que o pessoal de enfermagem passa na presença dos pacientes.

Setor de Saúde Pública

No setor de saúde pública, a Enfermeira da Unidade A (Tabela VI-a) utiliza a maior parte do seu tempo em atividades de natureza administrativa (62,8%), gasta cêrca de 22% do seu tempo em atividades relacionadas ao paciente, prestando poucos cuidados mas participando do ensino do paciente (11,4%); dedica pouco tempo às atividades que visam o desenvolvimento do pessoal.

Na Unidade B (Tabela VI-b) a Enfermeira tem maior participação nas atividades relacionadas ao paciente (41,9%), tanto prestando cuidados diretos, como executando outras atividades (registro de dados nas fichas etc.); participa do ensino do paciente e dedica mais tempo às atividades que visam o desenvolvimento do pessoal, do que a enfermeira da Unidade A (19,3%).

No que se refere às Visitadoras Sanitárias*, tanto as da Unidade A (Tabela VI-c), como as da Unidade B (Tabela VI-d), dedicam a maior parte do seu tempo às atividades relacionadas ao paciente, (81,4 e 86,9%), predominando o "cuidado indireto" (registro de dados nas fichas, não na presença do paciente, cuidado do material usado e outras); as Visitadoras da Unidade A têm muito maior participação nas atividades educativas; nas duas unidades sua participação em atividades que visam o seu próprio desenvolvimento foi muito limitada (0,8 e 1,9%).

Tanto na Unidade A (Tabela VI-e), como na Unidade B (Tabela VI-f) as Atendentes têm maior atuação junto ao paciente, (81,0 e 69,7%), principalmente nas atividades classificadas como "cuidados indiretos" (anotações em fichas, cuidado de material etc.) e em atividades executadas na presença do paciente mas que não impliquem em prestar cuidados (acompanham o paciente na consulta médica e outras); a participação das atendentes no ensino do paciente é pràticamente nula na Unidade B, executando-se explicações dadas ao público que procura a Unidade, principalmente pela atendente do arquivo, assim como as explicações dadas sôbre os medicamentos receitados, aspecto a que é dada atenção especial. Em ambas as Unidades dedicam as atendentes parte do seu tempo a atividades do setor de economia doméstica (limpeza e arrumação do local de trabalho), respectivamente 14,0 e 26,3%.

No que se refere ao nível em que os diferentes elementos de enfermagem atuam, na Unidade A (Tabela VIII-a), a Enfermeira

---

* Esta pesquisa não abrangeu a visitação.

atua grande parte do seu tempo no seu próprio nível, tendo alguma participação em nível de atendente; sua participação em nível de escriturária é insignificante. Na Unidade B (Tabela VII-b), tem a enfermeira atuação menor no seu próprio nível porque grande parte das atividades que desenvolve situam-se em nível de atendente.

Nas duas Unidades, atua a Visitadora Sanitária grande parte do seu tempo em nível de atendente, principalmente no período da tarde, enquanto a Atendente atua a maior parte do seu tempo no seu próprio nível.

Conclusões das Observações do Setor de Saúde Pública

Os dados computados nos levam a concluir que nas Unidades Sanitárias observadas, o tempo da enfermeira deveria ser melhor aproveitado; numa ela dedica tempo demasiado às atividades administrativas e na outra tempo demasiado é gasto em atividades de nível de atendente mas não na área de cuidados diretos ao paciente; também é limitada a participação da enfermeira no ensino do paciente e numa das unidades pouca atenção é dada à orientação do pessoal.

As visitadoras, provàvelmente devido à falta de atendentes, têm atuação demasiada no nível de atendente e quando funcionando nesse nível, dedicam pouco tempo à sua função principal que é o ensino do paciente.

Também no trabalho das atendentes pouca atenção é dada ao ensino do paciente.

Cumpre ressaltar a opinião expressa pelas enfermeiras supervisoras que participaram dêsse estudo — que o método é um ótimo instrumento de supervisão, tendo sido feitas muitas observações à margem do estudo.

RECOMENDAÇÕES

Como êsse estudo foi levado a efeito pelo Setor de Enfermagem da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública com a finalidade de melhor conhecer as deficiências das atividades da sua responsabilidade, empenhar-se-á êsse Setor para que as recomendações que seguem sejam cumpridas dentro das possibilidades do Serviço.

As deficiências observadas nas Unidades estudadas podem ser corrigidas, umas através de medidas administrativas e outras através de medidas de natureza técnica, o que nos leva a fazer as seguintes recomendações:

1.ª — Que, com a urgência possível, seja procedida a lotação adequada dos quadros de pessoal de enfermagem.

ANEXO N.° 1

REGISTRO DO OBSERVADOR

Hospital: ..... Nome do Observador: .....

Data: ..... Hora: ..... Turno: .....

Página ..... de ..... páginas .....

ÁREA **CÓDIGO**

PACIENTE:

11. Prestando cuidado
12. Outra atividade direta
13. Ensino do Paciente
14. Troca de informações sôbre paciente
15. Cuidado indireto

PESSOAL

21. Desenvolvimento pessoal em serviço

UNIDADE

30. Arrumação e manutenção
    Equipamento e material
    Normas e rotinas estudo

06. **DE NATUREZA PARTICULAR OU DESOCUPADA**

NÍVEL

E. Enfermeira
A. E. Auxiliar de Enermagem
A. T. Atendente
S. Serviçal
M. Mensageiro

A	B	C	D	E
Hora	Pessoal observado	Área	Nível	Atividade Descrição: o que está sendo feito

TABELA ANALÍTICA N.º I — a Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pela Enfermeira da Unidade Hospitalar A, no horário da manha e da tarde, de 9 a 13/5/66 e de 16 a 20/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO — Níveis de atividade						HORAS — Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	90,8	—	—	8,4	0,8	40,0	36,4	—	—	3,3	0,3
Paciente	57,1	55,5	—	—	0,8	0,8	22,8	22,2	—	—	0,3	0,3
11. Prestando cuidados ...	3,4	3,4	—	—	—	—	1,4	1,4	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	23,0	23,0	—	—	—	—	9,2	9,2	—	—	—	—
13. Ensino de paciente	2,6	2,6	—	—	—	—	1,0	1,0	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	20,5	20,5	—	—	—	—	8,2	8,2	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	7,6	6,0	—	—	0,8	0,8	3,0	2,4	—	—	0,3	0,3
Pessoal	24,2	23,4	—	—	0,8	—	9,7	9,4	—	—	0,3	—
21. Desenvolvimento do pessoal	24,2	23,4	—	—	0,8	—	9,7	9,4	—	—	0,3	—
Unidade	15,3	8,5	—	—	6,8	—	6,1	3,4	—	—	2,7	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	15,3	8,5	—	—	6,8	—	6,1	3,4	—	—	2,7	—
Pessoal	3,4	3,4	—	—	—	—	1,4	1,4	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	3,4	3,4	—	—	—	—	1,4	1,4	—	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	86,3	—	—	13,7	—	40,0	34,5	—	—	5,5	—
Paciente	29,3	29,3	—	—	—	—	11,8	11,8	—	—	—	—
11. Prestando cuidados	7,8	7,8	—	—	—	—	3,1	3,1	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	3,9	3,9	—	—	—	—	1,6	1,6	—	—	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	13,7	13,7	—	—	—	—	5,5	5,5	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	3,9	3,9	—	—	—	—	1,6	1,6	—	—	—	—
Pessoal	31,5	27,6	—	—	3,9	—	12,5	10,9	—	—	1,6	—
21. Desenvolvimento do pessoal	31,5	27,6	—	—	3,9	—	12,5	10,9	—	—	1,6	—
Unidade	33,3	23,5	—	—	9,8	—	13,3	9,4	—	—	3,9	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	33,3	23,5	—	—	9,8	—	13,3	9,4	—	—	3,9	—
Pessoal	5,9	5,9	—	—	—	—	2,4	2,4	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	5,9	5,9	—	—	—	—	2,4	2,4	—	—	—	—

TABELA ANALÍTICA N.º I — b Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pela Enfermeira da Unidade Hospitalar-B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	83,2	11,5	3.1	2,1	—	40,0	33,2	4,6	1,3	0,9	—
Paciente	64,2	47,5	11,5	3,1	2,1	—	25,4	18,9	4,6	1,3	0,9	—
11. Prestando cuidados	17,9	5,3	10,5	2,1	—	—	7,2	2,1	4,2	0,9	—	—
12. Outra atividade direta	11,7	11,7	—	—	—	—	4,6	4,6	—	—	—	—
13. Ensino de paciente	4,2	3,2	1,0	—	—	—	1,7	1,3	0,4	—	—	—
14. Troca de informações ..	16,8	16,8	—	—	—	—	6,7	6,7	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	13,6	10,5	—	1.0	2,1	—	5,5	4,2	—	0,4	0,9	—
Pessoal	8,4	8,4	—	—	—	—	3.3	3,3	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	8,4	8,4	—	—	—	—	3,3	3,3	—	—	—	—
Unidade	25,3	25,3	—	—	—	—	10,1	10,1	—	—	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	25,3	25,3	—	—	—	—	10,1	10,1	—	—	—	—
Pessoal	2,1	2,1	—	—	—	—	0,9	0,9	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	2,1	2,1	—	—	—	—	0,9	0,9	—	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	69,6	8,9	5.4	—	16,1	40,0	27.9	3,5	2,2	—	6,4
Paciente	25,0	14,3	8,9	1,8	—	—	9,8	5,6	3,5	0,7	—	—
11. Prestando cuidados	8,9	—	7,1	1,8	—	—	3,5	—	2,8	0,7	—	—
12. Outra atividade direta	1,8	1,8	—	—	—	—	0,7	0,7	—	—	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	5,4	5,4	—	—	—	—	2,1	2,1	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	8,9	7,1	1,8	—	—	—	3,5	2,8	0,7	—	—	—
Pessoal	7.1	7,1	—	—	—	—	2,8	2,8	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	7,1	7,1	—	—	—	—	2,8	2,8	—	—	—	—
Unidade	64,3	44,6	—	3,6	—	16,1	25,9	18,0	—	1,5	—	6,4
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	64,3	44,6	—	3,6	—	16,1	25,9	18,0	—	1,5	—	6,4
Pessoal	3,6	3,6	—	—	—	—	1,5	1,5	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	3,6	3,6	—	—	—	—	1,5	1,5	—	—	—	—

TABELA ANALÍTICA N.º I — c Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pelas Aux. Enfermagem da Unidade Hopsitalar-A, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/66 e de 13 a 20/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	73,2	—	23,5	3,3	40,0	—	29,3	—	9,4	1,3
Paciente	83,3	—	62,2	—	20,2	0,9	33,4	—	25,0	—	8,1	0,3
11. Prestando cuidados	22,0	—	22,0	—	—	—	9,0	—	9,0	—	—	—
12. Outra atividade direta	14,3	—	14,3	—	—	—	5,7	—	5,7	—	—	—
13. Ensino de paciente	0,3	—	0,3	—	—	—	0,1	—	0,1	—	—	—
14. Troca de informações ..	10,1	—	8,0	—	1,8	0,3	4,0	—	3,2	—	0,7	0,1
15. Cuidado indireto	36,6	—	17,6	—	18,4	0,6	14,6	—	7,0	—	7,4	0,2
Pessoal	1,2	—	0,6	—	0,6	—	0,4	—	0,2	—	0,2	—
21. Desenvolvimento do pessoal	1,2	—	0,6	—	0,6	—	0,4	—	0,2	—	0,2	—
Unidade	11,9	—	6,8	—	2,7	2,4	4,8	—	2,7	—	1,1	1,0
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	11,9	—	6,8	—	2,7	2,4	4,8	—	2,7	—	1,1	1,0
Pessoal	3,6	—	3,6	—	—	—	1,4	—	1,4	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	3,6	—	3,6	—	—	—	1,4	—	1,4	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	40,0	—	32,6	0,7	6,2	0,5	100,0	—	81,6	1,7	15,4	1,3
Paciente	32,7	—	26,7	0,2	5,3	0,5	82,0	—	67,1	0,4	13,2	1,3
11. Prestando cuidados	8,7	—	8,7	—	—	—	22,2	—	22,2	—	—	—
12. Outra atividade direta	5,3	—	5,3	—	—	—	13,2	—	13,2	—	—	—
13. Ensino de paciente	0,4	—	0,4	—	—	—	0,9	—	0,9	—	—	—
14. Troca de informações ..	4,4	—	4,0	—	0,4	—	11,0	—	10,1	—	0,9	—
15. Cuidado indireto	13,9	—	8,3	0,2	4,9	0,5	34,7	—	20,7	0,4	12,3	1,3
Pessoal	1,1	—	0,9	—	0,2	—	2,6	—	2,2	—	0,4	—
21. Desenvolvimento do pessoal	1,1	—	0,9	—	0,2	—	2,6	—	2,2	—	0,4	—
Unidade	1,4	—	0,2	0,5	0,7	—	3,5	—	0,4	1,3	1,8	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	1,4	—	0,2	0,5	0,7	—	3,5	—	0,4	1,3	1,8	—
Pessoal	4,8	—	4,8	—	—	—	11,9	—	11,9	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	4,8	—	4,8	—	—	—	11,9	—	11,9	—	—	—

TABELA ANALÍTICA N.º I — d Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pelas Atendentes da Unidade Hospitalar-A, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/1966 e de 16 a 20/5/1966.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	95,8	0,7	3,5	40,0	—	—	38,3	0,3	1,4
Paciente	86,1	—	—	85,1	0,3	0,7	34,5	—	—	34,1	0,1	0,3
11. Prestando cuidados	40,8	—	—	40,8	—	—	16,3	—	—	16,3	—	—
12. Outra atividade direta	5,7	—	—	5,7	—	—	2,3	—	—	2,3	—	—
13. Ensino de paciente	0,4	—	—	0.4	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
14. Troca de informações ..	4,5	—	—	4,4	0,1	—	1,8	—	—	1,8	0,0	—
15. Cuidado indireto	34,7	—	—	33,8	0,2	0.7	13,9	—	—	13,5	0,1	0,3
Pessoal	0,6	—	—	0,6	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,6	—	—	0,6	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
Unidade	9,0	—	—	5,8	0,4	2,8	3,6	—	—	2,3	0,2	1,1
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	9,0	—	—	5,8	0,4	2,8	3,6	—	—	2,3	0,2	1,1
Pessoal	4,3	—	—	4,3	—	—	1,7	—	—	1,7	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	4,3	—	—	4,3	—	—	1,7	—	—	1,7	—	—

TARDE

AREAS DE ATIVIDADES	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	97,4	1,7	0,9	40,0	—	—	38,9	0,7	0,4
Paciente	90,0	—	—	88,7	1,3	—	35,9	—	—	35,4	0,5	—
11. Prestando cuidados	52,3	—	—	52,3	—	—	20,8	—	—	20,8	—	—
12. Outra atividade direta	3,2	—	—	3,2	—	—	1,3	—	—	1,3	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	5,1	—	—	4,9	0,2	—	2,1	—	—	2,0	0,1	—
15. Cuidado indireto	29,4	—	—	28,3	1,1	—	11,7	—	—	11,3	0,4	—
Pessoal	0,2	—	—	0,2	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,2	—	—	0,2	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
Unidade	3,0	—	—	1,7	0,4	0,9	1,3	—	—	0,7	0,2	0,4
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	3,0	—	—	1,7	0,4	0,9	1,3	—	—	0,7	0,2	0,4
Pessoal	6,8	—	—	6,8	—	—	2,7	—	—	2,7	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	6,8	—	—	6,8	—	—	2,7	—	—	2,7	—	—

TABELA ANALÍTICA N.º I — e Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pelas Atendentes da Unidade Hospitalar-B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 16/5/1966.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	0,3	2,7	86,7	5,7	4,6	40,00	0,12	1,08	34,68	2,28	1,84
Paciente	97,5	0,3	2,7	85,2	5,7	3,6	39,00	0,12	1,08	34,08	2,28	1,44
11. Prestando cuidados	36,5	0,3	1,6	34,6	—	—	14,60	0,12	0,64	13,84	—	—
12. Outra atividade direta	21,7	—	0,3	20,0	—	1,4	8,68	—	0,12	8,0	—	0,56
13. Ensino de paciente	2,7	—	—	2,7	—	—	1,08	—	—	1,08	—	—
14. Troca de informações ..	5,7	—	—	5,7	—	—	2,28	—	—	2,28	—	—
15. Cuidado indireto	30,9	—	0,8	22,2	5,7	2,2	12,36	—	0,32	8,38	2,28	0,88
Pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	1,5	—	—	0,5	—	1,0	0,60	—	—	0,2	—	0,40
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	1,0	—	—	0,5	—	1,0	0,60	—	—	0,2	—	0,40
Pessoal	1,0	—	—	1,0	—	—	0,40	—	—	0,4	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	1,0	—	—	1,0	—	—	0,40	—	—	0,4	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	0,6	—	95,3	1,5	2,6	40,00	0,24	—	38,12	0,60	1,04
Paciente	88,2	0,6	—	85,2	1,2	1,2	35,28	0,24	—	34,08	0,48	0,48
11. Prestando cuidados	37,7	0,6	—	37,7	—	—	15,08	0,24	—	14,84	—	—
12. Outra atividade direta	5,5	—	—	5,5	—	—	2,20	—	—	2,20	—	—
13. Ensino de paciente	3,2	—	—	3,2	—	—	1,28	—	—	1,28	—	—
14. Troca de informações ..	5,5	—	—	5,5	—	—	2,20	—	—	2,20	—	—
15. Cuidado indireto	36,5	—	—	33,9	1,2	1,2	14,52	—	—	13,56	0,48	0,48
Pessoal	0,3	—	—	0,3	—	—	0,12	—	—	0,12	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,3	—	—	0,3	—	—	0,12	—	—	0,12	—	—
Unidade	7,2	—	—	5,5	0,3	1,4	2,88	—	—	2,20	0,12	0,56
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	7,2	—	—	5,5	0,3	1,4	2,88	—	—	2,20	0,12	0,56
Pessoal	4,3	—	—	4,3	—	—	1,72	—	—	1,72	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	4,3	—	—	4,3	—	—	1,72	—	—	1,72	—	—

TABELA ANALÍTICA N.º I — f Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade, pela Serviçal da Unidade Hospitalar B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/1966 e de 16 a 20/5/1966.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	0,5	—	99,5	40,00	—	—	0,20	—	39,30
Paciente	0,5	—	—	0,5	—	—	0,20	—	—	0,20	—	—
11. Prestando cuidados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	0,5	—	—	0,5	—	—	0,20	—	—	0,20	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	97,0	—	—	—	—	97,0	38,80	—	—	—	—	38,80
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	97,0	—	—	—	—	97,0	38,80	—	—	—	—	38,80
Pessoal	2,5	—	—	—	—	2,5	1,0	—	—	—	—	1,0
00. De natureza particular ou desocupada	2,5	—	—	—	—	2,5	1,0	—	—	—	—	1,0

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	—	—	100,0	40,0	—	—	—	—	40,00
Paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Prestando cuidados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	92,0	—	—	—	—	92,0	36,80	—	—	—	—	36,80
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	92,0	—	—	—	—	92,0	36,80	—	—	—	—	36,80
Pessoal	8,0	—	—	—	—	8,0	3,20	—	—	—	—	3,20
00. De natureza particular ou desocupada	8,0	—	—	—	—	8,0	3,20	—	—	—	—	3,20

TABELA ANALÍTICA N.º II — a Tempo gasto nos diferentes níveis de atividade pelo pessoal de enfermagem da Unidade Hospitalar-A no horário da manhã e da tarde de 9 a 13/5/1966.

PESSOAL OBSERVADO	MANHÃ											
	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	330,8	26,5	65,1	204,8	23,8	10,6	100,0	8,1	18,8	62,6	3,2	7,3
Enfermeira	29,3	26,5	—	—	2,5	0,3	100,0	90,6	—	—	8,5	0,9
Aux. Enfermagem	87,7	—	65,1	—	19,8	2,8	100,0	—	73,2	—	23,5	3,3
Atendente	213,8	—	—	204,8	1,5	7,5	100,0	—	—	95,8	0,7	3,5

PESSOAL OBSERVADO	TARDE											
	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	187,1	11,0	46,2	115,5	12,6	1,8	100,0	5,9	24,7	61,8	0,9	6,7
Enfermeira	12,8	11,0	—	—	1,8	—	100,0	86,3	—	—	13,7	—
Aux. Enfermagem	56,8	—	46,2	1,0	8,8	0,8	100,0	—	81,5	1,8	15,4	1,3
Atendente	117,5	—	—	114,5	2,0	1,0	100,0	—	—	97,4	1,7	0,9

TABELA ANALÍTICA N.º II — b Tempo gasto nos diferentes níveis de atividade pelo pessoal de enfermagem da Unidade Hospitalar-B no horário da manhã e da tarde de 9 a 13/5/1966.

PESSOAL OBSERVADO	MANHÃ											
	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	166,50	20,00	5,25	81,25	5,75	54,25	100,0	12,0	3,1	48,8	3,5	32,6
Enfermeira	23,75	19,75	2,75	0,75	0,50	—	100,0	83,15	11,69	3,15	2,10	—
Aux. Enfermagem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atendente	92,50	0,25	2,50	80,25	5,25	4,25	100,0	0,28	2,70	86,75	3,67	4,60
Serviçal	50,25	—	—	0,25	—	50,0	100,0	—	—	0,50	—	99,50

PESSOAL OBSERVADO	TARDE											
	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividade						Níveis de atividade					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	128,50	10,25	1,25	83,00	1,25	32,75	100,0	7,9	1,0	64,6	1,0	25,5
Enfermeira	14,00	9,75	1,25	0,75	—	2,25	100,0	69,5	8,8	5,3	—	16,4
Aux. Enfermagem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atendente	86,25	0,50	—	82,25	1,25	2,25	100,0	0,58	—	95,36	1,44	2,60
Serviçal	28,25	—	—	—	—	28,25	100,0	—	—	—	—	100,0

TABELA ANALÍTICA N.º III — Comparação entre o número médio de horas de enfermagem disponíveis, por paciente, por horário, e o número médio de horas de enfermagem de fato dadas ao paciente, por horário, por tipo de pessoal, nas Unidades Hospitalares A e B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13 e 16 a 20 de maio de 1966, respectivamente.

Horário da manhã

TIPO DE PESSOAL	Horas de cuidados de enfermagem por paciente					
	Unidade Hospitalar — A			Unidade Hospitalar — B		
	Total disponível	Efetivamente prestado a pacientes	Gasto em atividades que não são de enfermagem	Total disponível	Efetivamente prestado a pacientes	Gasto em atividades que não são de enfermagem
Todo o pessoal	1,15	0,58	0,17	0,36	0,31	0,05
Enfermeira ...	0,06	0,04	0,02	0,07	0,03	0,04
Aux. de Enfermagem	0,20	0,12	0,08	—	—	—
Atendente .. .	0,49	0,42	0,07	0,29	0,28	0,01

Horário da tarde

TIPO DE PESSOAL	Horas de cuidados de enfermagem por paciente					
	Unidade Hospitalar — A			Unidade Hospitalar — B		
	Total disponível	Efetivamente prestado a pacientes	Gasto em atividades que não são de enfermagem	Total disponível	Efetivamente prestado a pacientes	Gasto em atividades que não são de enfermagem
Todo o pessoal	0,44	0,34	0,10	0,30	0,23	0,07
Enfermeira ...	0,03	0,00 *	0,03	0,04	0,00 *	0,04
Aux. de Enfermagem	0,13	0,09	0,04	—	—	—
Atendente	0,28	0,25	0,03	0,26	0,23	0,03

* Tão reduzido que não pôde ser computado.

TABELA ANALÍTICA N.º V — Número médio de horas, por horário gastos na presença do paciente por tipo de pessoal, nas Unidades Hospitalares A e B no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13 e 16 a 20/5/1966.

Unidade Hospitalar — A

CATEGORIA DE PESSOAL	Manhã		Tarde	
	Horas médias por pacientes	Percentual do Total	Horas médias por pacientes	Percentual do Total
Todo pessoal	0,32	100,0	0,21	100,0
Enfermeira	0,02	6,3	0,00 *	0,0
Aux. Enfermagem ...	0,07	21,9	0,05	23,8
Atendente	0,23	71,8	0,16	76,2

Unidade Hospitalar — B

CATEGORIA DE PESSOAL	Manhã		Tarde	
	Horas médias por pacientes	Percentual do Total	Horas médias por pacientes	Percentual do Total
Todo pessoal	0,19	100,0	0,13	100,0
Enfermeira	0,02	10,5	0,004	3,1
Aux. Enfermagem ...	—	—	—	—
Atendente	0,17	89,5	0,125	96,9

* Tão reduzido que não pôde ser computado

TABELA ANALÍTICA N.º IV — a Número total de horas e percentual de tempo de pessoal de enfermagem gasto com pacientes ou longe dos pacientes por área de atividade, na Unidade Hospitalar-A, no horário da manhã e da tarde de 9 a 13/5/66 e 16 a 20/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ						TARDE					
	HORAS			PERCENTUAIS DO TOTAL			HORAS			PERCENTUAIS DO TOTAL		
	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente
Total, tôdas as atividades	29,4	84,1	214,0	100,0	100,0	100,0	12,9	56,9	117,6	100,0	100,0	100,0
Atividades com pacientes ..	8,6	30,8	100,3	29,1	36,5	46,9	1,5	20,5	65,3	11,7	36,1	55,5
11. Prestando cuidados	1,0	18,5	87,2	3,4	22,0	40,8	1,0	12,5	61,5	7,8	22,0	52,3
12. Outras atividades diretas	6,8	12,0	12,3	23,1	14,2	5,7	0,5	7,5	3,8	3,9	13,2	3,2
13. Ensino do paciente	0,8	0,3	0,8	2,6	0,3	0,4	—	0,5	—	—	0,9	—
Atividades distantes dos pacientes	7,8	43,8	102,6	26,5	52,2	47,9	5,6	28,6	46,0	43,2	50,3	39,2
15. Cuidado indireto	2,3	30,8	74,0	7,7	36,7	34,6	0,5	19,8	34,5	3,9	34,9	29,4
30. Atividades do setor de economia doméstica ou administrativa	4,5	10,0	19,3	15,4	11,9	9,0	4,3	2,0	3,5	33,4	3,5	3,0
00. De natureza pessoal ...	1,0	3,0	9,3	3,4	3,6	4,3	0,8	6,0	8,0	5,9	11,9	6,8
Atividades às vêzes junto ou longe dos pacientes	13,0	9,5	11,1	44,4	11,3	5,2	5,8	7,8	6,3	45,1	13,6	5,3
14. Troca de informações	6,0	8,5	9,8	20,5	10,1	4,6	1,8	6,3	6,0	13,7	11,0	5,1
21. Desenvolvimento do pessoal em serviço	7,0	1,0	1,3	23,9	1,2	0,6	4,0	1,5	0,3	31,4	2,6	0,2

TABELA ANALÍTICA N.º IV — b Número total de horas e percentual, de tempo de pessoal de enfermagem gasto com pacientes ou longe dos pacientes por áreas de atividade, na Unidade Hospitalar-B, no horário da manhã e da tarde de 9 a 13/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ						TARDE					
	HORAS			PERCENTUAIS DO TOTAL			HORAS			PERCENTUAIS DO TOTAL		
	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Atendente
Total, tôdas as atividades	23,75	—	92,50	100,00	—	100,00	14,00	—	86,25	100,00	—	100,00
Atividades com pacientes ..	8,00	—	56,25	33,66	—	60,80	1,50	—	40,00	10,72	—	46,36
11. Prestando cuidados	4,25	—	33,75	17,88	—	36,48	1,25	—	32,50	8,92	—	37,68
12. Outras atividades diretas	2,75	—	20,00	11,57	—	21,62	0,25	—	4,75	1,80	—	5,50
13. Ensino do paciente	1,00	—	2,50	4,21	—	2,70	—	—	2,75	—	—	3,18
Atividades distantes dos pacientes	9,75	—	31,00	41,04	—	33,52	10,75	—	41,25	76,79	—	47,84
15. Cuidado indireto	3,25	—	28,50	13,68	—	30,82	1,25	—	31,25	8,92	—	36,25
30. Atividades do setor de economia doméstica ou administrativa	6,00	—	1,50	25,26	—	1,62	9,00	—	6,26	64,30	—	7,24
00. De natureza pessoal ...	0,50	—	1,00	2,10	—	1,08	0,50	—	3,75	3,75	—	4,35
Atividades às vêzes junto ou longe dos pacientes	6,00	—	5,25	25,30	—	5,68	1,75	—	5,00	12,49	—	5,80
14. Troca de informações	4,00	—	5,25	16,88	—	5,68	0,75	—	4,75	5,35	—	5,50
21. Desenvolvimento do pessoal em serviço	2,00	—	—	8,42	—	—	1,00	—	0,25	7,14	—	0,30

TABELA ANALÍTICA VI — a Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade pelas Enfermeiras da Unidade Sanitária A, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13 e 16 a 20/5/1966.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	82,9	—	15,7	1,4	—	40,0	33,1	—	6,3	0,6	—
Paciente	22,9	18,6	—	4,3	—	—	9,1	7,4	—	1,7	—	—
11. Prestando cuidados	1,4	1,4	—	—	—	—	0,6	0,6	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	8,6	4,3	—	4,3	—	—	3,4	1,7	—	1,7	—	—
13. Ensino do paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	8,6	8,6	—	—	—	—	3,4	3,4	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	4,3	4,3	—	—	—	—	1,7	1,7	—	—	—	—
Pessoal	11,4	11,4	—	—	—	—	4,6	4,6	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	10,0	10,0	—	—	—	—	4,0	4,0	—	—	—	—
22. Trein. Reg.	1,4	1,4	—	—	—	—	0,6	0,6	—	—	—	—
Unidade	62,8	50,0	—	11,4	1,4	—	25,1	19,9	—	4,6	0,6	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	62,8	50,0	—	11,4	1,4	—	25,1	19,9	—	4,6	0,6	—
Pessoal	2,9	2,9	—	—	—	—	1,2	1,2	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	2,9	2,9	—	—	—	—	1,2	1,2	—	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	91,1	—	3,6	5,3	—	40,0	36,5	—	1,4	2,1	—
Paciente	21,5	19,7	—	1,8	—	—	8,6	7,9	—	0,7	—	—
11. Prestando cuidados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Outra atividade direta	3,6	3,6	—	—	—	—	1,4	1,4	—	—	—	—
13. Ensino do paciente	10,7	10,7	—	—	—	—	4,3	4,3	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	5,4	5,4	—	—	—	—	2,2	2,2	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	1,8	—	—	1,8	—	—	0,7	—	—	0,7	—	—
Pessoal	5,4	5,4	—	—	—	—	2,1	2,1	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	3,6	3,6	—	—	—	—	1,4	1,4	—	—	—	—
22. Trein. Reg.	1,8	1,8	—	—	—	—	0,7	0,7	—	—	—	—
Unidade	48,1	42,8	—	1,8	3,5	—	19,3	17,2	—	0,7	1,4	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	48,1	42,8	—	1,8	3,5	—	19,3	17,2	—	0,7	1,4	—
Pessoal	25,0	23,2	—	—	1,8	—	10,0	9,3	—	—	0,7	—
00. De natureza particular ou desocupada	25,0	23,2	—	—	1,8	—	10,0	9,3	—	—	0,7	—

TABELA ANALÍTICA VI —b Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade pelas Enfermeiras da Unidade Sanitária B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 12 e 13/5/1966.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	70,8	0,8	27,6	—	0,8	40,0	28,4	0,3	11,0	—	0,3
Paciente	41,9	19,3	—	22,6	—	—	16,8	7,8	—	9,0	—	—
11. Prestando cuidados	9,2	4,2	—	5,0	—	—	3,7	1,7	—	2,0	—	—
12. Outra atividade direta	16,0	8,4	—	7,6	—	—	6,4	3,4	—	3,0	—	—
13. Ensino do paciente	7,5	2,5	—	5,0	—	—	3,0	1,0	—	2,0	—	—
14. Troca de informações ..	4,2	4,2	—	—	—	—	1,7	1,7	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	5,0	—	—	5,0	—	—	2,0	—	—	2,0	—	—
Pessoal	19,3	19,3	—	—	—	—	7,7	7,7	—	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	19,3	19,3	—	—	—	—	7,7	7,7	—	—	—	—
Unidade	38,0	31,4	0,8	5,0	—	0,8	15,2	12,6	0,3	2,0	—	0.3
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	38,0	31,4	0,8	5,0	—	0,8	15,2	12,6	0,3	2,0	—	0,3
Pessoal	0,8	0,8	—	—	—	—	0,3	0,3	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	0,8	0,8	—	—	—	—	0,3	0,3	—	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	67,7	—	32,3	—	—	40,0	27,1	—	12,9	—	—
Paciente	54,0	22,5	—	31,5	—	—	21,5	8,9	—	12,6	—	—
11. Prestando cuidados	8,9	1,6	—	7,3	—	—	3,5	0,6	—	2,9	—	—
12. Outra atividade direta	24,2	11,3	—	12,9	—	—	9,7	4,5	—	5,2	—	—
13. Ensino do paciente	9,7	1,6	—	8,1	—	—	3,8	0,6	—	3,2	—	—
14. Troca de informações ..	5,6	5,6	—	—	—	—	2,2	2,2	—	—	—	—
15. Cuidado indireto	5,6	2,4	—	3,2	—	—	2,3	1,0	—	1,3	—	—
Pessoal	27,5	26,7	—	0,8	—	—	11,1	10,8	—	0,3	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	27,5	26,7	—	0,8	—	—	11,1	10,8	—	0,3	—	—
Unidade	18,5	18,5	—	—	—	—	7,4	7,4	—	—	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	18,5	18,5	—	—	—	—	7,4	7,4	—	—	—	—
Pessoal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

TABELA ANALÍTICA VI — c Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade pelas VISITADORAS SANITÁRIAS da Unidade Sanitária A, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13 e 16 a 20/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	71,5	28,5	—	—	40,0	—	28,7	11,3	—	—
Paciente	81,4	—	53,7	27,7	—	—	32,6	—	21,6	11,0	—	—
11. Prestando cuidados	5,7	—	2,4	3,3	—	—	2,3	—	1,0	1,3	—	—
12. Outra atividade direta	21,1	—	8,1	13,0	—	—	8,4	—	3,2	5,2	—	—
13. Ensino do paciente	17,0	—	15,4	1,6	—	—	6,8	—	6,2	0,6	—	—
14. Troca de informações ..	4,1	—	4,1	—	—	—	1,6	—	1,6	—	—	—
15. Cuidado indireto	33,5	—	23,7	9,8	—	—	13,5	—	9,6	3.9	—	—
Pessoal	0,8	—	0,8	—	—	—	0,3	—	0,3	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,8	—	0,8	—	—	—	0,3	—	0,3	—	—	—
22. Trein. Reg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	2,4	—	1,6	0,8	—	—	0,9	—	0,6	0,3	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	2,4	—	1,6	0,8	—	—	0,9	—	0,6	0,3	—	—
Pessoal	15,4	—	15,4	—	—	—	6,2	—	6,2	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	15,4	—	15,4	—	—	—	6,2	—	6,2	—	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	40,0	—	27,8	12,2	—	—	100,0	—	69,4	30,6	—	—
Paciente	28,2	—	16,4	11,8	—	—	70,5	—	40,9	29,6	—	—
11. Prestando cuidados	0,4	—	0,4	—	—	—	1,0	—	1,0	—	—	—
12. Outra atividade direta	7,4	—	2,0	5,4	—	—	18,5	—	4,9	13,6	—	—
13. Ensino do paciente	9,3	—	7,2	2,1	—	—	23,3	—	18,0	5,3	—	—
14. Troca de informações ..	1,0	—	1,0	—	—	—	2,4	—	2,4	—	—	—
15. Cuidado indireto	10,1	—	5,8	4,3	—	—	25,3	—	14,6	10,7	—	—
Pessoal	1,6	—	1,6	—	—	—	3,9	—	3,9	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	1,2	—	1,2	—	—	—	2,9	—	2,9	—	—	—
22. Trein. Reg.	0,4	—	0,4	—	—	—	1,0	—	1,0	—	—	—
Unidade	2,0	—	1,6	0,4	—	—	4,9	—	3,9	1,0	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	2,0	—	1,6	0,4	—	—	4,9	—	3,9	1,0	—	—
Pessoal	8,2	—	8,2	—	—	—	20,7	—	20,7	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	8,2	—	8,2	—	—	—	20,7	—	20,7	—	—	—

TABELA ANALÍTICA VI — d Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividade pelas Visitadoras Sanitárias da Unidade Sanitária B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	79,5	20,5	—	—	40,0	—	31,8	8,2	—	—
Paciente	86,9	—	66,9	20,0	—	—	34,7	—	26,7	8,0	—	—
11. Prestando cuidados	5,6	—	1,9	3,7	—	—	2,3	—	0,8	1,5	—	—
12. Outra atividade direta	24,3	—	17,3	7,0	—	—	9,7	—	6,9	2,8	—	—
13. Ensino do paciente	16,3	—	10,7	5,6	—	—	6,5	—	4,3	2,2	—	—
14. Troca de informações ..	2,8	—	2,8	—	—	—	1,1	—	1,1	—	—	—
15. Cuidado indireto	37,9	—	34,2	3,7	—	—	15,1	—	13,6	1,5	—	—
Pessoal	1,9	—	1,9	—	—	—	0,8	—	0,8	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	1,9	—	1,9	—	—	—	0,8	—	0,8	—	—	—
Unidade	8,9	—	8,4	0,5	—	—	3,6	—	3,4	0,2	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa ...	8,9	—	8,4	0,5	—	—	3,6	—	3,4	0,2	—	—
Pessoal	2,3	—	2,3	—	—	—	0,9	—	0,9	—	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	2,3	—	2,3	—	—	—	0,9	—	0,9	—	—	—

AREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	57,4	42,6	—	—	40,0	—	23,0	17,0	—	—
Paciente	78,0	—	38,0	40,0	—	—	31,2	—	15,3	15,9	—	—
11. Prestando cuidados	11,6	—	0,8	10,8	—	—	4,6	—	0,3	4,3	—	—
12. Outra atividade direta	21,2	—	10,6	10,6	—	—	8,4	—	4,2	4,2	—	—
13. Ensino de paciente	12,2	—	7,7	4,5	—	—	4,9	—	3,1	1,8	—	—
14. Troca de informações ..	0,8	—	0,8	—	—	—	0,3	—	0,3	—	—	—
15. Cuidado indireto	32,2	—	18,1	14,1	—	—	13,0	—	7,4	5,6	—	—
Pessoal	0,8	—	0,8	—	—	—	0,3	—	0,3	—	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,8	—	0,8	—	—	—	0,3	—	0,3	—	—	—
Unidade	17,7	—	15,3	2,4	—	—	7,1	—	6,1	1,0	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	17,7	—	15,3	2,4	—	—	7,1	—	6,1	1,0	—	—
Pessoal	3,5	—	3,3	0,2	—	—	1,4	—	1,3	0,1	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	3,5	—	3,3	0,2	—	—	1,4	—	1,3	0,1	—	—

TABELA ANALÍTICA VI — e Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividades pelas Atendentes da Unidade Sanitária A, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13 e 16 a 20/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	0,2	—	98,6	—	1,2	40,0	0,1	—	39,4	—	0,5
Paciente	81,0	—	—	79,8	—	1,2	32,5	—	—	31,9	—	0,5
11. Prestando cuidados	18,0	—	—	18,0	—	—	7,2	—	—	7,2	—	—
12. Outra atividade direta	26,2	—	—	26,2	—	—	10,5	—	—	10,5	—	—
13. Ensino de paciente	7,1	—	—	7,1	—	—	2,8	—	—	2,8	—	—
14. Troca de informações ..	2,1	—	—	2,1	—	—	0,8	—	—	0,8	—	—
15. Cuidado indireto	27,6	—	—	26,4	—	1,2	11,1	—	—	10,6	—	0,5
Pessoal	0,2	—	—	0,2	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,2	—	—	0,2	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
22. Trein. Reg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	14,0	0,2	—	13,8	—	—	5,6	0,1	—	5,5	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	14,0	0,2	—	13,8	—	—	5,6	0,1	—	5,5	—	—
Pessoal	4,8	—	—	4,8	—	—	1,9	—	—	1,9	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	4,8	—	—	4,8	—	—	1,9	—	—	1,9	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	100,0	—	—	40,0	—	—	40,0	—	—
Paciente	71,3	—	—	71,3	—	—	28,5	—	—	28,5	—	—
11. Prestando cuidados	8,7	—	—	8,7	—	—	3,5	—	—	3,5	—	—
12. Outra atividade direta	20,5	—	—	20,5	—	—	8,2	—	—	8,2	—	—
13. Ensino de paciente	8,4	—	—	8,4	—	—	3,4	—	—	3,4	—	—
14. Troca de informações ..	2,8	—	—	2,8	—	—	1,1	—	—	1,1	—	—
15. Cuidado indireto	30,9	—	—	30,9	—	—	12,3	—	—	12,3	—	—
Pessoal	0,6	—	—	0,6	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,6	—	—	0,6	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
22. Trein. Reg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unidade	22,2	—	—	22,2	—	—	8,9	—	—	8,9	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	22,2	—	—	22,2	—	—	8,9	—	—	8,9	—	—
Pessoal	5,9	—	—	5,9	—	—	2,4	—	—	2,4	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	5,9	—	—	5,9	—	—	2,4	—	—	2,4	—	—

TABELA ANALITICA VI f Percentual de tempo e número de horas por semana gastas em cada área e nível de atividades pelas Atendentes da Unidade Sanitária B, no horário da manhã e da tarde, de 9 a 13/5/66.

ÁREAS DE ATIVIDADES	MANHÃ											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	99,8	—	0,2	40,0	—	—	39,9	—	0,1
Paciente	69,7	—	—	69,7	—	—	27,9	—	—	27,9	—	—
11. Prestando cuidados	12,2	—	—	12,2	—	—	4,9	—	—	4,9	—	—
12. Outra atividade direta	23,9	—	—	23,9	—	—	9,6	—	—	9,6	—	—
13. Ensino de paciente	1,0	—	—	1,0	—	—	0,4	—	—	0,4	—	—
14. Troca de informações ..	2,4	—	—	2,4	—	—	1,0	—	—	1,0	—	—
15. Cuidado indireto	30,2	—	—	30,2	—	—	12,0	—	—	12,0	—	—
Pessoal	0,5	—	—	0,5	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,5	—	—	0,5	—	—	0,2	—	—	0,2	—	—
Unidade	26,3	—	—	26,1	—	0,2	10,5	—	—	10,4	—	0,1
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	26,3	—	—	26,1	—	0,2	10,5	—	—	10,4	—	0,1
Pessoal	3,5	—	—	3,5	—	—	1,4	—	—	1,4	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	3,5	—	—	3,5	—	—	1,4	—	—	1,4	—	—

ÁREAS DE ATIVIDADES	TARDE											
	PERCENTUAL DE TEMPO						HORAS					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, tôdas as áreas	100,0	—	—	100,0	—	—	40,0	—	—	40,0	—	—
Paciente	75,2	—	—	75,2	—	—	30,1	—	—	30,1	—	—
11. Prestando cuidados	16,4	—	—	16,4	—	—	6,6	—	—	6,6	—	—
12. Outra atividade direta	29,6	—	—	29,6	—	—	11,8	—	—	11,8	—	—
13. Ensino de paciente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Troca de informações ..	2,5	—	—	2,5	—	—	1,0	—	—	1,0	—	—
15. Cuidado indireto	26,7	—	—	26,7	—	—	10,7	—	—	10,7	—	—
Pessoal	0,3	—	—	0,3	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
21. Desenvolvimento do pessoal	0,3	—	—	0,3	—	—	0,1	—	—	0,1	—	—
Unidade	17,6	—	—	17,6	—	—	7,0	—	—	7,0	—	—
30. Atividades do setor de economia doméstica e de natureza administrativa	17,6	—	—	17,6	—	—	7,0	—	—	7,0	—	—
Pessoal	6,9	—	—	6,9	—	—	2,8	—	—	2,8	—	—
00. De natureza particular ou desocupada	6,9	—	—	6,9	—	—	2,8	—	—	2,8	—	—

TABELA ANALÍTICA VII — a Tempo gasto nos diferentes níveis de atividade pelo pessoal de enfermagem da Unidade A no horário da manhã e da tarde, ,de 9 a 13/5/66.

Horário da manhã

PESSOAL OBSERVADO	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	157,0	14,8	22,0	118,6	0,3	1,3	100,0	9,4	14,0	75,6	0,2	0,8
Enfermeira	17,6	14,5	—	2,8	0,3	—	100,0	82,9	—	15,7	1,4	—
Visitadora Sanitária	30,8	—	22,0	8,8	—	—	100,0	—	71,5	28,5	—	—
Atendente	108,6	0,3	—	107,0	—	1,3	100,0	0,2	—	98,6	—	1,2

Horário da tarde

PESSOAL OBSERVADO	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	154,6	12,8	35,7	105,3	0,8	—	100,0	8,3	23,1	68,1	0,5	—
Enfermeira	14,1	12,8	—	0,5	0,8	—	100,0	91,0	—	3,6	5,4	—
Visitadora Sanitária	51,5	—	35,7	15,8	—	—	100,0	—	69,5	30,5	—	—
Atendente	89,0	—	—	89,0	—	—	100,0	—	—	100,0	—	—

TABELA ANALÍTICA VII — b Tempo gasto nos diferentes níveis de atividade pelo pessoal de enfermagem da Unidade Sanitária B no horário da manhã e da tarde de 9 a 13/5/66

Horário da manhã

PESSOAL OBSERVADO	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	183,7	21,0	42,8	119,3	—	0,6	100,0	11,4	23,3	65,0	—	0,3
Enfermeira	29,9	21,0	0,3	8,3	—	0,3	100,0	70,7	0,8	27,7	—	0,8
Visitadora Sanitária	53,5	—	42,5	11,0	—	—	100,0	—	79,4	20,6	—	—
Atendente	100,3	—	—	100,0	—	0,3	100,0	—	—	99,8	—	0,2

Horário da tarde

PESSOAL OBSERVADO	HORAS						PERCENTUAL DE TEMPO					
	Níveis de atividades						Níveis de atividades					
	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal	Total todos os níveis	Enfermeira	Visitadora Sanitária	Atendente	Escriturária	Serviçal
Total, todo o pessoal	233,3	21,0	70,5	141,8	—	—	100,0	9,0	30,2	60,8	—	—
Enfermeira	31,0	21,0	—	10,0	—	—	100,0	67,7	—	32,3	—	—
Visitadora Sanitária	122,8	—	70,5	52,3	—	—	100,0	—	57,4	42,6	—	—
Atendente	79,5	—	—	79,5	—	—	100,0	—	—	100,0	—	—

II — ESTUDO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NA FUNDAÇÃO S.E.S.P., ATRAVÉS DA DESCRIÇÃO DE UM DIA DE TRABALHO

Métodos usados na Pesquisa

A descrição do trabalho pelo próprio elemento a ser estudado, embora seja um método subjetivo, permite uma informação mais ampla do que seria possível através da observação direta que só poderia ser levada a efeito em poucas unidades do Serviço.

Deveriam participar dêsse estudo tôdas as enfermeiras lotadas em Unidades, assim como as visitadoras sanitárias. Esperava-se que através dêsse método se pudesse obter informações gerais quanto à participação dêsses dois elementos em determinadas atividades e o tempo gasto em outras, como por exemplo, as administrativas, as atividades de supervisão e as de educação em serviço.

Essa parte do estudo seria complementada por uma investigação das causas das faltas a agendamentos para serviços específicos e com dados obtidos através de entrevistas que seriam realizadas com pacientes em tratamento nas Unidades Sanitárias. Esperava-se obter por êsse meio, informações sôbre as atividades educativas desenvolvidas.

Primeiramente foram elaboradas instruções referentes a descrição de um dia de trabalho pelas enfermeiras e visitadoras sanitárias e à verificação das causas das faltas aos agendamentos e foram preparados os roteiros para as entrevistas a serem realizdas com os pacientes.

As enfermeiras deveriam entrevistar em cada unidade sanitária um total de 5 pacientes, assim discriminados: adulto de clínica médica geral, gestante, mãe de criança de menos de 1 ano, mãe de criança de 1 a 4 anos e tuberculoso em tratamento regular.

A entrevista deveria ser conduzida de modo a obter as seguintes informações:

1. determinar os conhecimentos do paciente sôbre o Serviço e dúvidas que porventura tivesse;
2. determinar os conhecimentos do paciente sôbre seu estado de saúde;
3. determinar a orientação dada ao paciente;
4. determinar a impressão do paciente sôbre o Serviço.

No que se refere à verificação das faltas aos agendamentos, num determinado dia, deveria ser verificado o total de pacientes agendados e o número de faltosos, assim discriminados:

Tuberculosos — à medicação e exame.

Gestantes — ao tratamento anti-sifilítico e à vacinação pelo anatox tetânico.

Crianças — à vacinação tríplice (D. P. T.) e ao Serviço de Reidratação.

De cada grupo, 1 faltoso deveria ser entrevistado, a fim de determinar o motivo da falta.

Estas instruções foram remetidas ao pessoal de campo, com um prazo de 3 meses para sua devolução; depois de recebidas as informações solicitadas, as atividades descritas pelas enfermeiras e visitadoras foram codificadas e analisados os dados referentes às causas das faltas aos agendamentos e os dados colhidos através das entrevistas.

Sabíamos de antemão que a época não era muito favorável para um estudo dêsse tipo porque o Serviço estava passando por uma fase de reestruturação, tendo sido modificada, inclusive, a lotação das unidades; também as supervisoras, na ocasião, não podiam dispensar maior atenção ao assunto e era apreciável o número de elementos de enfermagem em período de férias. Estas são as razões porque um pequeno número de enfermeiras e um número maior de visitadoras não remeteu a descrição do trabalho. Ocorreu ainda que grande parte do material recebido não poude ser aproveitado por não terem sido seguidas as instruções, particularmente no que se refere à especificação do tempo gasto em cada atividade; também foi necessário excluir algumas enfermeiras e visitadoras do estudo porque estavam desenvolvendo atividades diferenciadas(treinamento e atendimento de gestantes e crianças sadias), não podendo ser computadas com as demais. Entretanto, não desejávamos perder a oportunidade de apresentar um estudo dêste tipo neste Congresso de Enfermagem em que o tema oficial é "Serviço de Enfermagem".

O quadro que segue mostra o material recebido e aproveitado:

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDO	APROVEITADO
Descrição do Trabalho		
Enfermeiras	42	30
Visitadoras Sanitárias	93	42
Relação de Faltosos	25	19
Entrevistas com pacientes	152	123

O material recebido é proveniente de 32 localidades situadas em 11 Estados da União.

As 30 enfermeiras representam 66,6% do total lotado em unidades e as 42 visitadoras, 12,6% do total.

Análise e Interpretação dos Dados

Das 30 enfermeiras, 22 atuam em Unidade Sanitária (Tabela I-a) e 8 em Unidade Mista (Tabela I-b), situações de trabalho bem distintas, pois as segundas, por serem as localidades pequenas, eram responsáveis pelos dois setôres (hospitalar e de saúde pública). Sua atuação, entretanto, não apresenta variação apreciável e no conjunto, tem-se a impressão que distribuem o tempo equitativamente entre as atividades da sua responsabilidade. As enfermeiras lotadas em Unidades Sanitárias dedicaram um pouco mais de tempo ao ensino do paciente (38,6%), enquanto as das Unidades Mistas apenas 16,9%; entretanto, essa últimas ocuparam 29,1% do seu tempo em atividades supervisoras, enquanto as das Unidades Sanitárias apenas 21,1%, mas essas gastaram mais tempo com atividades administrativas, (20%) e as das Unidades Mistas apenas 14,7%.

Todavia, analisando isoladamente a atuação de cada enfermeira nas Unidades Sanitárias, encontramos situações que destoam do conjunto: assim, 1 enfermeira não teve nenhum contato com pacientes, 3 não desenvolveram nenhuma atividade de supervisão e 4 não desenvolveram atividades de cunho administrativo, enquanto 1 dedicou 75% do seu tempo à supervisão e outra mais de 75% a atividades administrativas.

Nas Unidades Mistas a distribuição do trabalho foi mais uniforme; apenas 3 enfermeiras não tiveram participação no trabalho educativo.

Nos 2 setôres, só 5 enfermeiras prestaram cuidados diretos ao paciente e estas em situações de urgência.

No que se refere ao nível em que as enfermeiras atuaram, nos 2 setôres, Unidades Sanitárias e Unidades Mistas, (Tabela II-a e II-b), funcionaram no seu próprio nível, respectivamente 76,7% e 71,7%. Nas Unidades Sanitárias as enfermeiras atuaram 12,7% do seu tempo em nível de atendente e 8% em nível de visitadora. Nas Unidades Mistas as enfermeiras atuaram 10,2% em nível de auxiliar de enfermagem e 6,1% em nível de atendente.

Analisando isoladamente a atuação das enfermeiras, encontramos situações bem distintas umas das outras: 7 enfermeiras, dos dois setôres, atuaram todo o tempo no seu próprio nível; 10 atuaram menos de 70% no seu próprio nível e dessas, 2 atuaram perto de 40% em nível de visitadora, outra aproximadamente 75% em ní-

vel de atendente e outra mais de 50% em nível de auxiliar de enfermagem. Uma das enfermeiras das Unidades Mistas atuou 13,5% do seu tempo em nível de médico (como anestesista em 3 intervenções cirúrgicas).

As 42 visitadoras sanitárias também tinham situações de trabalho distintas; 24 estavam lotadas em unidades sanitárias, contando permanentemente com enfermeira, 18 em unidades que tinham apenas supervisão periódica por enfermeira; nesta última situação assumem as visitadoras algumas responsabilidades que em outras circunstâncias competem à enfermeira.

No seu conjunto, não encontramos variações muito acentuadas nas 2 situações estudadas. As visitadoras das unidades sanitárias com enfermeira permanente (Tabela III-a) utilizaram 9,3% do seu tempo em cuidados ao paciente, 26% em atividades educativas, quase 30% em atividades relacionadas ao paciente (preparo de material, anotações em fichas etc.) e 9,3% em atividades administrativas; nas unidades com supervisão periódica (Tabela III-b) as visitadoras prestaram menos cuidados aos pacientes (7,5%), dedicaram mais tempo ao trabalho educativo (39,6%) e menos tempo ao preparo de material, anotações em fichas etc. e também às atividades de cunho administrativo, respectivamente 23,6% e 5,2%.

Analisando separadamente a atuação de cada visitadora, como ocorreu em relação à enfermeira, encontramos situações muito diversas. Nas unidades com enfermeira permanente, encontramos 1 visitadora que dedicou um mínimo de 9,4% do seu tempo a atividades educativas, enquanto outra empregou nesta atividade 54,1%; essa mesma gastou apenas 9,5% com atividades relacionadas à visitação (preparo de material, preenchimento de fichas etc.), enquanto outra utilizou 53,2%; 3 não dedicaram tempo algum a atividades de cunho administrativo, enquanto outra ocupou 40% do seu tempo nessa atividade.

Nas unidades com supervisão periódica encontramos situação semelhante; enquanto uma visitadora dedicou apenas 15,5% às atividades educativas, outra dedicou a estas 83% do seu tempo; enquanto 2 não registraram, no dia em questão, nenhuma atividade indireta relacionada à visitação (cuidado de material, anotações em fichas), outra gastou quase metade do seu tempo nesta atividade; e enquanto 3 não desenvolveram atividades de cunho administrativo, outra dedicou a estas mais de 16% do seu tempo.

O quadro abaixo mostra a distribuição do tempo das visitadoras sanitárias na atividade de visitação pròpriamente dita e nas demais atividades, nas duas situações de trabalho:

ATIVIDADES	UNIDADES			
	Com enfermeira permanente		Com supervisão periódica	
	Minutos	% de tempo	Minutos	% de tempo
Visitação	2 455	22.9	1 740	20.1
Atividades relacionadas	2 905	27.0	1 705	19.8
Transporte	1 765	16,4	945	10.9
Outras atividades na U. S.	3 595	33.7	4 250	49.2
Total	10 720	100.0	8 640	100.0

No que se refere ao nível em que as visitadoras sanitárias atuam, há uma pequena diferença entre as duas situações; enquanto nas unidades com enfermeira permanente as visitadoras atuaram 91% no seu próprio nível (Tabela IV-a), nas unidades com supervisão periódica elas atuaram apenas 86% como visitadora (Tabela IV-b). Nas duas situações, respectivamente, 54% e 44% das visitadoras sempre atuaram no nível de visitadora, mas também encontramos visitadoras que atuaram no seu próprio nível um mínimo, respectivamente de 28% e 65%. A maioria das vêzes, nestes casos, atuaram no nível de atendentes, o que variou consideràvelmente, desde um mínimo de 4,2%, quando uma visitadora substitui uma atendente ausente; outra visitadora atuou 15% do seu tempo em nível de laboratorista, substituindo aquêle elemento, na sua ausência.

Faltosos a Agendamentos

Uma preocupação constante do Serviço é reduzir ao mínimo as faltas aos agendamentos para comparecimentos à unidade. Êsse as-

pecto assume importância maior quando é imprescindível a regularidade do tratamento (tuberculosos, crianças matriculadas no serviço de reidratação e outras) e nas imunizações. O trabalho educativo pode contribuir de maneira considerável para manter os faltosos em índices mínimos.

A verificação dos faltosos visava dois objetivos distintos:

1.º determinar o percentual de faltosos,
2.º determinar as causas principais que estão contribuindo para o não comparecimento dos pacientes à Unidade, na época indicada. A não compreensão da necessidade de regularidade ao tratamento poderia indicar que o paciente não fôra suficientemente esclarecido.

Infelizmente, os dados remetidos foram bastante precários; algumas enfermeiras alegaram não existir contrôle de faltosos, outras remeteram dados incompletos.

Os dados das 19 unidades que mandaram informações precisas sôbre o número de agendados e faltosos num determinado dia, estão condensados no quadro abaixo:

ATIVIDADES	Pacientes agendados num determinado dia	Pacientes faltosos	
		N.º	%
Tuberculosos	117	11	9,4%
AMS Gestantes			
Tratamento antisifilítico	10	2	20,0%
Anatox-tetânico	145	28	19,3%
AMS Crianças			
Vacina DPT	418	113	27,0%
ao Serv. Reidratação	28	4	14,2%

Foram entrevistados 57 faltosos com a finalidade de determinar as causas das faltas aos agendamentos. O quadro que segue mostra as causas alegadas pelo não comparecimento, por ordem de freqüência:

Causas alegadas pelo não comparecimento	N.º de vêzes referidas	%
Doença (predominando doença da criança)	18	31,6
Viagem	13	22,8
Puerpério (gestantes faltosas)	7	12,3
Esquecimento	5	8,8
Falta de tempo	3	5,3
Falta de recurso	2	3,5
Perda de papeleta de agendamento	2	3,5
Chuva	1	1,7
Não ter com quem deixar os filhos	1	1,7
Problemas familiares	1	1,7
Falta de vacina	1	1,7
Falta de transporte	1	1,7
Óbito	1	1,7
Mal atendido na Unidade	1	1,7
Total	57	99,7

Informações obtidas através de entrevista com pacientes

Mais de 75% dos pacientes entrevistados tinham tido mais de 4 contatos com o pessoal das Unidades, conforme mostra o quadro abaixo, tempo suficiente para terem sido adequadamente esclarecidos sôbre o Serviço:

Tipo de pacientes entrevistados	N.º de comparecimentos à Unidade Sanitária			
	1 a 3 vêzes	4 a 10 vêzes	mais de 10 vêzes	Total
Gestantes	10	7	9	26
Crianças				
menores de 1 ano	9	11	6	26
1 a 4 anos	5	9	11	25
Adultos	5	6	15	26
Tuberculosos	1	4	15	20
N.º Total	30	37	56	123
%	24,4	30,1	45,5	100,0

Dos 123 pacientes entrevistados, 64,2% procuraram o Serviço por se sentirem doentes, 19,5% para supervisão da saúde (gestantes e crianças) e o restante por causas diversas.

Os pacientes entrevistados não tinham idéia muito precisa sôbre suas condições de saúde, muitos tendo alegado que os médicos nada informavam. As mais esclarecidas pareceram ser as mães das crianças de 0 a 4 anos e os menos esclarecidos os adultos, alguns dêles tendo referido que não tinham a menor idéia do seu estado. Destacamos as opiniões expressas pelos 20 pacientes tuberculosos em tratamento regular: 11 disseram saber que eram tuberculosos; 3 achavam que tinham gripe e pneumonia; 1 achava que era leproso, outro que sofria do fígado; 2 diziam-se doentes mas não sabiam de que e 1 informou não ter nada.

91% dos pacientes foram de opinião que o Serviço atendia plenamente suas necessidades, tendo muitos feito referência ao bom padrão dos serviços que a todos são prestados indistintamente; 4% dos pacientes reclamaram a escassez de médicos e 5,6% falta de medicamentos.

Apenas 37% dos pacientes conheciam bem o Serviço; o restante tinha noção regular do mesmo mas alguns desconheciam determinadas atividades desenvolvidas e normas específicas. Várias vêzes foram referidas as atividades educativas e como estas ajudavam a criação dos filhos.

45,5% dos pacientes haviam procurado o Serviço espontâneamente e 37,5% foram encaminhados por parentes, vizinhos ou outras pessoas da comunidade; apenas 17% tinham sido encaminhados por elementos da Unidade.

Perto de 50% dos pacientes declararam-se satisfeitos com o sistema de triagem adotado, não achando o tempo de espera demasiado; muitos expressaram a opinião que o sistema adotado era a única solução para atender a tantos pacientes, mas mostraram-se pouco satisfeitos com a triagem (3,2%), o tempo de espera (8,1%), o fato de não ser possível atender a todos (8,1%).

Dos 123 pacientes, 80% informaram que sempre recebem orientação sôbre os medicamentos que têm de tomar, ou tratamentos a que têm de ser submetidos, salientando alguns que acham êsse sistema muito bom porque assim sabem o que estão fazendo.

88% dos pacientes estavam fazendo uso de alguma medicação; essa era muito variada, predominando os anti-piréticos, anti-gripais, anti-espasmódicos, sôros, xaropes, vermífugos, vitaminas, anti-anêmicos, anti-tóxicos e a medicação específica usada no tratamento de tuberculose.

No que se refere às explicações recebidas sôbre o uso da medicação, 52% dos pacientes havia recebido orientação pela atendente, 46% pelo médico, 30% por enfermeira e 30% por visitadora sanitária. Muitos pacientes tinham noção muito imprecisa sôbre a finalidade dos medicamentos de que estavam fazendo uso; um pouco mais esclarecidos se mostraram alguns dos pacientes tuberculosos.

Cumpre ressaltar que 85% dos pacientes entrevistados sabiam como fazer uso correto dos medicamentos receitados.

A 47% dos pacientes foi demonstrado o tratamento que deveriam fazer; 16% dos pacientes foram informados sôbre o custo dos medicamentos quando tiveram de adquirí-lo e 20% foram informados onde obtê-los a custo mais baixo.

63% dos pacientes não tinham dúvidas sôbre o Serviço de um modo geral; os demais tinham dúvidas as mais variadas: a existência de determinados setôres, algumas das atividades desenvolvidas, horários específicos, atribuições dos diferentes elementos que atuam na unidade.

75% dos pacientes eram bem esclarecidos sôbre os horários dos diferentes setôres; 11% tinham dúvidas quanto ao seu diagnóstico, achando muitos que o médico não dava esclarecimentos suficientes a respeito; 74% não tinham nenhuma dúvida sôbre o tratamento a que estavam sendo submetidos.

O quadro abaixo mostra as respostas dadas ao quesito quanto ao número de contatos que os pacientes tiveram com os diferentes elementos da Unidade, segundo a ordem de freqüência com que foram referidos; todavia, êsse dado deve ser olhado com reserva pois parece ter sido interpretado de maneira diversa pelos diferentes entrevistadores.

Elementos da Unidade com que tiveram contato ou entrevista	N.º de vêzes
Médicos	541
Atendentes	490
Visitadoras	276
Enfermeiras	162

84 dos contatos com visitadoras, e 9 dos das Enfermeiras, ocorreram em domicílio.

27% dos pacientes informaram ter faltado alguma vez a agendamentos. O quadro abaixo mostra as diferentes causas alegadas pelo não comparecimento, segundo a freqüência citada:

Causas alegadas pelo não comparecimento	N.º de vêzes citadas
Viagem	12
Doença	7
Falta de tempo	6
Puerpério	1
Tomou remédio caseiro e melhorou	1
Chuva	1
Melhorou	1
Não tinha dinheiro	1
Não conseguiu número	1

Apenas 45% dos pacientes preferem ser sempre atendidos pelo mesmo médico, alegando que êsse fica conhecendo melhor seu caso, mas o restante não têm preferência ou mostram-se indiferentes a respeito.

63% dos pacientes nada tinham a sugerir para melhorar o serviço, muitos tendo mencionado que acham tudo bom; entre as melhorias sugeridas, foram referidas maior número de vêzes as seguintes:

Não faltar medicação.

Contar o serviço com mais médicos.

Todos serem atendidos a qualquer hora.

Não ser necessário ir diàriamente à Unidade para tomar a medicação (tuberculosos)

CONCLUSÕES

O presente estudo nos leva às seguintes conclusões:

a) No que se refere ao tempo dedicado por enfermeiras e visitadoras às diferentes atividades:

Há uma variação apreciável na distribuição do tempo entre as diferentes atividades da sua responsabilidade, tanto por parte das enfermeiras como por parte das visitadoras sanitárias, nas diferentes situações de serviço estudadas: Unidades Mistas, Unidades Sanitárias, Unidades com enfermeira permanente, Unidades com supervisão periódica de enfermeira.

As visitadoras dedicam tempo bastante elevado ao preparo de material para as visitas, registro de dados nas fichas etc, o que freqüentemente excede o tempo gasto na própria visitação.

As enfermeiras gastam menos tempo em seu próprio nível do que as visitadoras; algumas enfermeiras e visitadoras atuaram mais tempo em outro nível do que no seu próprio.

b) No que se refere aos faltosos a agendamentos e conhecimentos e atitudes dos pacientes com relação ao Serviço:

Menos de 20% das causas das faltas aos agendamentos pode ser atribuída à carência de esclarecimentos sôbre a importância da assiduidade.

Os pacientes que procuram as unidades da Fundação SESP são regularmente informados sôbre o Serviço em geral, mas, às vêzes, lhes faltam informações específicas que permitiriam melhor utilização dos recursos à sua disposição.

É bastante precário o conhecimento dos pacientes no que se refere ao seu estado de saúde, particularmente de determinados pacientes, como, por exemplo, os tuberculosos.

Todos os elementos do Serviço que entram em contato com o paciente participam da sua orientação.

A atitude dos pacientes é bastante favorável em relação ao Serviço, mesmo no que se refere a determinadas medidas administrativas necessárias ao seu bom andamento mas que podem causar algum transtorno aos pacientes, quais sejam, triagem, limitação de pacientes, determinados horários.

RECOMENDAÇÕES

Em face das conclusões acima, apresentamos as seguintes recomendações:

1.º Que seja dada atenção especial por parte das supervisoras à maneira como as enfermeiras lotadas em Unidades e as visitadoras distribuem seu tempo entre as atividades da sua responsabilidade.
2.º Que seja dada atenção especial por parte das enfermeiras ao tempo que as visitadoras dedicam às atividades relacionadas à visitação, pois no atual sistema simplificado de trabalho adotado pelo Serviço, não é necessário gastar mais tempo nessa atividade, do que na visitação pròpriamente dita.
3.º Que seja levado a efeito um estudo específico, sôbre a melhor utilização do tempo das visitadoras sanitárias, quando não em visitação.
4.º Que, com a brevidade possível, sejam tomadas as medidas administrativas indicadas, para preencher os claros dos quadros de pessoal, a fim de reduzir ao mínimo a atuação de enfermeiras e visitadoras sanitárias em nível que não seja seu próprio.
5.º Que, no que se refere aos faltosos aos agendamentos, seja dada ainda maior atenção aos seguintes aspectos:
   a) melhor esclarecimento do paciente sôbre seu estado de saúde;
   b) vantagens resultantes de um tratamento regular ou da observância das medidas preventivas indicadas;
   c) maiores facilidades pelo Serviço, no sentido de remover os obstáculos, porventura existentes, de modo a permitir atendimento rápido dos pacientes agendados para tratamento específico.

NOTA: Cooperaram com esta pesquisa:
   a) Na observação das atividades de enfermagem, as enfermeiras supervisoras: Georgette de Jesus Teixeira, Ursula Engel, Darcy Vieira Franco e Creusa Souza Silva;
   b) Na apuração dos dados estatísticos, a estaticista Maria Antônia Ribeiro;
   c) Na revisão dêsse trabalho e na apresentação gráfica contamos com a colaboração do Dr. Carlos Gentil de Melo.

TABELA I — a Percentual do tempo gasto em minutos, por 22 enfermeiras da F. SESP atuando em unidades sanitárias, nas atividades em nível de enfermeira, num dia de trabalho.

ATIV. % ENF.ª	T	11	12	13	14	15	21	22	30
1	—	—	21,9	25,0	31,2	—	15,6	—	6,3
2	—	—	—	—	—	—	75,0	—	25,0
3	7,2	—	15,7	47,0	—	4,8	25,3	—	—
4	—	6,3	34,3	28,1	—	—	—	—	31,3
5	—	10,0	11,1	15,6	—	3,3	11,1	15,6	33,3
6	—	—	3,7	12,3	—	—	7,4	—	76,6
7	—	—	10,7	28,6	—	—	41,1	—	19,6
8	16,7	—	21,4	21,4	—	4,8	7,1	—	28,6
9	—	—	15,6	40,6	—	25,0	18,8	—	—
10	—	—	7,7	34,6	—	—	57,7	—	—
11	—	—	23,9	46,5	—	—	16,9	—	12,7
12	—	33,4	23,8	23,8	—	—	9,5	—	9,5
13	—	—	11,1	18,5	11,1	—	22,9	—	37,1
14	—	—	13,5	23,0	8,3	2,1	13,5	18,8	20,8
15	—	—	50,0	38,5	—	—	—	—	11,5
16	12,3	—	20,0	27,7	—	—	7,7	—	32,3
17	—	—	19,6	19,6	—	—	47,8	—	13,0
18	—	—	29,7	54,1	—	—	—	—	16,2
19	—	—	36,0	40,0	—	—	24,0	—	—
20	—	—	36,5	30,2	—	—	23,8	—	9,5
21	—	—	5,9	26,5	—	11,8	22,1	—	33,7
22	—	—	10,4	26,4	5,2	—	31,3	—	16,7
TOTAL	1,3	2,2	18,9	28,6	3,2	2,7	21,1	2,0	20,0

TABELA I — b Percentual do tempo gasto, em minutos, por 8 enfermeiras da fundação SESP, atuando em unidades mistas, nas atividades em nível de enfermeira, num dia de trabalho.

ATIV. % ENF.ª	T	11	12	13	14	15	21	22	30
1	—	—	25,0	—	7,5	1,3	56,2	—	10,0
2	—	—	36,3	17,4	10,1	—	27,5	—	8,7
3	—	—	10,4	—	6,3	—	16,6	50,0	16,7
4	—	—	47,8	—	4,4	21,7	21,7	—	4,4
5	—	8,9	19,0	16,5	5,1	—	29,0	—	21,5
6	—	10,9	9,4	18,8	4,7	—	35,9	—	20,3
7	—	—	5,0	36,7	10,0	3,3	15,0	—	30,0
8	—	—	20,0	42,5	—	10,0	25,0	—	2,5
Total Minutos	—	2,5	19,2	16,9	6,0	2,9	29,1	8,7	14,7

TABELA II — a Número e percentual do tempo gasto, em minutos, por 22 enfermeira da Fundação SESP atuando em Unidades Sanitárias, num dia de trabalho, segundo os níveis de atividades.

ENFERMEIRA	TOTAL	NÍVEIS DE ATIVIDADES									
		E		VS		AT		ESC		LAB	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
2	480	240	50,0	240	50,0	—	—	—	—	—	—
3	480	415	86,5	—	—	65	13,5	—	—	—	—
4	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
5	480	450	93,7	—	—	30	6,3	—	—	—	—
6	480	405	84,4	—	—	60	12,5	15	3,1	—	—
7	480	280	58,4	185	38,5	15	3,1	—	—	—	—
8	480	210	43,7	180	37,5	—	—	90	18,8	—	—
9	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
10	480	390	81,2	—	—	90	18,8	—	—	—	—
11	480	355	74,0	90	18,7	35	7,3	—	—	—	—
12	480	315	65,6	120	25,0	45	9,4	—	—	—	—
13	480	405	84,4	—	—	75	15,6	—	—	—	—
14	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
15	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
16	480	325	67,7	—	—	155	32,3	—	—	—	—
17	480	460	95,8	—	—	20	4,2	—	—	—	—
18	480	185	38,6	—	—	125	26,0	135	28,1	35	7,3
19	480	125	26,0	—	—	355	74,0	—	—	—	—
20	480	315	65,6	—	—	165	34,4	—	—	—	—
21	480	340	70,8	30	30	110	22,9	—	—	—	—
22	480	480	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	10 560	8 095	76,7	845	8,0	1 345	12,7	240	2,3	35	0,3

TABELA II — b Percentual do tempo gasto, em minutos, por 8 enfermeiras da Fundação SESP, atuando em Unidades Mistas, num dia de trabalho, segundo os níveis de atividades.

NÍVEIS % ENF.ª	E	AE	VS	AT	EC	ESC	ALM	MÉDICO
1	83,3	—	—	—	9,4	7,3	—	—
2	71,8	6,3	—	6,3	12,5	3,1	—	—
3	100,0	—	—	—	—	—	—	—
4	24,0	54,2	—	3,1	—	5,2	—	13,5
5	82,2	6,3	—	5,2	—	—	6,3	—
6	66,6	6,3	9,4	17,7	—	—	—	—
7	62,5	8,3	29,2	—	—	—	—	—
8	83,3	—	—	16,7	—	—	—	—
TOTAL	71,7	10,2	4,8	6,1	2,7	2,0	0,8	1,7

TABELA III — a Percentual do tempo gasto, em minutos, por 24 visitadoras sanitárias da Fundação SESP atuando em Unidades Sanitárias com enfermeira permanente, nas atividades em nível de visitadora, num dia de trabalho.

ATIV. V. S.	11	12	13	14	15	21	30	T
1	3,1	11,5	21,8	—	44,8	—	7,3	11,5
2	4,2	16,7	23,9	—	33,3	—	5,2	16,7
3	16,7	—	12,8	—	44,9	—	11,5	14,1
4	2,2	—	22,8	—	27,2	—	25,0	22,8
5	—	—	21,1	—	44,5	—	13,3	21,1
6	29,3	—	20,7	—	28,0	—	—	22,0
7	—	—	17,8	—	43,9	—	17,8	20,5
8	—	7,8	11,7	—	53,2	—	7,8	19,5
9	29,2	—	25,0	—	21,9	—	3,1	20,8
10	2,1	14,6	32,2	—	27,1	—	9,4	14,6
11	31,8	—	9,4	—	29,2	—	—	30,2
12	15,0	—	23,8	—	34,9	—	7,5	18,8
13	8,1	13,5	24,3	—	14,9	16,2	8,1	14,9
14	9,5	19,0	54,1	—	9,5	—	—	7,9
15	24,2	—	19,7	—	37,9	—	1,5	16,7
16	—	—	21,8	—	18,8	—	40,6	18,8
17	—	28,1	37,6	—	17,7	—	3,1	13,5
18	11,5	9,4	20,8	—	31,3	10,4	8,3	8,3
19	12,0	—	16,3	—	45,6	10,9	5,4	9,8
20	3,8	12,8	44,9	—	11,5	—	9,0	17,9
21	4,2	3,1	41,7	—	27,1	8,3	3,1	12,5
22	2,1	—	17,7	—	31,2	12,5	18,8	17,7
23	—	15,6	48,0	—	15,6	—	3,1	17,7
24	19,8	4,2	36,5	—	15,6	—	9,4	14,5
TOTAL	9,3	6,5	26,0	—	29,6	2,5	9,3	16,8

TABELA III — b Percentual do tempo gasto, em minutos, por visitadoras sanitárias da Fundação SESP, atuando em unidades com supervisão periódica, nas atividades em nível de visitadora, num dia de trabalho.

ATIV. % V. S.	11	12	13	14	15	21	30	00	T
1	12,6	—	49,5	—	23,0	—	2,3	—	12,7
2	74,1	25,0	—	—	—	—	—	—	—
3	11,0	19,8	51,6	—	8,8	—	5,5	—	3,3
4	—	—	83,3	—	—	—	16,7	—	—
5	2,1	21,9	39,5	—	18,8	—	3,1	—	14,6
6	2,1	—	59,3	—	18,8	—	3,1	—	16,7
7	7,3	32,3	33,3	—	17,7	—	3,1	—	6,3
8	5,2	25,0	35,4	—	15,6	—	—	—	18,8
9	8,3	—	35,5	—	26,0	—	9,4	—	20,8
10	3,4	15,7	30,3	—	32,7	—	6,7	—	11,2
11	8,3	—	33,3	—	43,8	—	9,4	—	5,2
12	7,3	—	36,5	—	44,8	—	3,1	—	8,3
13	10,4	—	41,7	—	27,0	—	6,3	—	14,6
14	—	—	15,5	—	40,0	32,1	1,2	—	10,7
15	6,3	7,8	34,4	—	23,4	—	3,1	—	25,0
16	4,7	4,7	39,0	—	18,8	4,7	—	—	28,1
17	3,2	31,8	20,6	—	15,9	—	9,5	—	19,0
18	12,7	—	46,8	—	22,8	—	6,3	—	11,4
TOTAL	7,5	9,6	39,6	—	23,6	1,8	5,2	—	12,7

TABELA IV — a Número e percentual do tempo gasto, em minutos, por 24 visitadoras sanitárias da Fundação SESP, atuando em Unidade Sanitária com enfermeira permanente, num dia de trabalho, segundo os níveis de atividades.

V. S.	TOTAL DE MINUTOS	NÍVEIS							
		E		VS		AT		LAB	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
2	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
3	480	—	—	390	81,2	90	18,8	—	—
4	480	—	—	460	95,8	20	4,2	—	—
5	480	—	—	450	93,7	30	6,3	—	—
6	480	—	—	410	85,4	70	14,6	—	—
7	480	—	—	365	76,0	115	24,0	—	—
8	480	—	—	385	80,2	95	19,8	—	—
9	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
10	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
11	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
12	480	—	—	400	83,3	80	16,7	—	—
13	480	—	—	370	77,1	110	22,9	—	—
14	480	—	—	315	65,6	165	34,4	—	—
15	480	—	—	330	68,7	150	31,3	—	—
16	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
17	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
18	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
19	480	—	—	460	95,8	20	4,2	—	—
20	480	—	—	390	81,2	20	4,2	70	14,6
21	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
22	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
23	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
24	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
TOTAL	11 520	—	—	10 485	91,0	965	8,4	70	0,6

TABELA IV — b Número e percentual do tempo gasto, em minutos, por 18 visitadoras sanitárias da Fundação SESP, atuando em Unidades Sanitárias com supervisão periódica, num dia de trabalho, segundo os níveis de atividades.

Visitadora Sanitária	Total	NÍVEIS DE ATIVIDADES							
		E		VS		AT		S	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1	480	45	9,4	435	90,6	—	—	—	—
2	480	—	—	135	28,1	345	71,8	—	—
3	480	25	5,2	455	94,8	—	—	—	—
4	480	—	—	360	75,0	120	25,0	—	—
5	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
6	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
7	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
8	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
9	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
10	480	—	—	445	92,7	35	7,3	—	—
11	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
12	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
13	480	—	—	480	100,0	—	—	—	—
14	480	—	—	420	87,5	60	12,5	—	—
15	480	—	—	320	66,6	140	29,2	20	4,2
16	480	—	—	320	66,7	160	33,3	—	—
17	480	—	—	315	65,6	165	34,4		
18	480	—	—	395	82,3	70	14,6	15	3,1
TOTAL	8 640	70	0,8	7 440	86,1	1 095	12,7	35	0,4

A ROTINA HOSPITALAR DE T.P.R. E SEU PAPEL EM BONS E EFICIENTES CUIDADOS DE ENFERMAGEM

— Relatório parcial de pesquisa —

* *Lourdes Torres Garcia*
** *Patricia Ann D. Toscano*

O conhecimento dos sinais vitais há muito que é considerado um dos elementos básicos para a avaliação das condições de saúde do individuo. Êstes sinais também designados pela sigla T. P. R. (iniciais de Temperatura, Pulso, Respiração), são verificados em todos os pacientes internados em hospitais. "Tomar o T. P. R." constitue uma das técnicas desempenhadas pela enfermagem e sua execução normativa, nos hospitais, constitui a "Rotina de T. P. R.".

Em passado não muio distante, eram observados períodos de temperaturas elevadas (febrícolas ou febres) durante a evolução da quase totalidade das moléstias que requeriam tratamento hospitalar. Infecções e desidratações evoluiam de forma drástica, geralmente graves e eram responsáveis pela maioria das temperaturas elevadas nos hospitais. Nestes casos, o contrôle, tratamento e cuidados dispensados aos pacientes eram um desafio continuo à pericia de médicos e enfermeiras. Com os antibióticos e as hidratações endovenosas ainda desconhecidos, a presença de febre, fôsse constante, remitente ou intermitente, exigia que intensos cuidados de enfermagem fôssem usados; envoltórios úmidos, compressas de álccol, banhos mornos por imersão e forçar a ingestão de líquidos eram atividades freqüentes. O conseqüente contrôle de T. P. R. era, por sua vez, determinado por rotinas rígidas que estabeleciam sua freqüência e forma.

Numa tentativa de avaliar e atualizar esta rotina, a presente pesquisa foi idealizada. Considerado o problema, êste estudo definiu-se e sua realização foi desenvolvida em três fases.

---

* Assistente da Subdivisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
** Enfermeira da Subdivisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1 — **Precisão:** verifica o que representa o T. P. R. anotado no prontuário. Qual a sua precisão, em têrmos de tomada e de anotação gráfica; qual a hora em que é verificado e em que horário essa verificação é anotada.

2 — **Quadro de temperatura:** verifica como se apresenta o quadro de temperaturas em um dia no hospital, pela manhã e à tarde. Qual a freqüência das temperaturas normais e elevadas .Se há presença ou ausência da anotação do T. P. R. **Quando** as temperaturas elevadas ocorrem, qual a reação que provocam com respeito a medicação e diagnóstico de causa. Esta fase do estudo nos fornece também informações e bases para contrôle de representação das amostras das outras duas fases.

3 — **Dinâmica da informação e da reação provocada:** verificar qual a reação que enfermeira e médico esperam que seja provocada: informar? medicar? Qual é a reação que, na prática, é provocada pelo funcionário.

As três fases do estudo foram realizadas em unidades representativas do hospital. As unidades da amostra foram selecionadas considerando-se as características de unidades de medicina ou de cirurgia e ainda, características de importância que a informação T. P. R. pode ter. Exemplificando: das unidades de medicina, o menor valor foi representado pela unidade do grupo de Dermatologia e o maior valor pela unidade do grupo Cardio-Pulmonar. No relatório final abordaremos os demais aspectos que são genéricos para o estudo, como a amostragem usada, o preparo do grupo que coletou dados, as análises comparativas dos resultados das três fases e as conclusões finais. Neste relato, nos prenderemos à terceira das fases do estudo.

Dinâmica da informação e da reação provocada

É de responsabilidade da enfermeira conhecer os sinais vitais dos pacientes sob sua responsabilidade. Baseada em seus conhecimentos de princípios das ciências médicas (fisiológicos e patológicos) uma determinada ação deverá ser tomada. A forma pela qual tal informação chega ao conhecimento da enfermeira, qual a reação que provoca e a quem esta reação envolve, são os aspectos que procuramos observar nesta parte do nosso estudo.

METODOLOGIA

Quando se trata de sinais vitais, a informação mais visada, na maioria das vêzes, é a que trata da Temperatura. Por essa razão, resolvemos acompanhar apenas êste fator do T. P. R., condicionando

a êle a direção de nossas questões, e ainda assim podendo obter resultados indicadores dos cuidados em relação a sinais vitais.

As mesmas unidades que formam a amostragem para as demais fases do estudo foram utilizadas nesta observação. Em cada uma dessas unidades estão lotadas, pelo menos, uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada da tarde; mesmo nas unidades em que estas enfermeiras responsáveis contam com a ajuda de uma ou mais enfermeiras, decidimos acompanhar as linhas de comunicação diretamente ligadas às responsáveis pela unidade como um todo, isto é, a Chefe e a Encarregada.

Considerando que o conhecimento pormenorizado do que estava sendo observado poderia alterar, consciente ou inconscientemente, a situação de rotina, que é a esfera de tôdas as nossas observações, cada unidade foi visitada sòmente uma vez, em cada horário.

Para diminuir a possibilidade de comunicação entre o pessoal da manhã e da tarde, antes de estar completa a coleta de dados, as visitas da tarde foram feitas tôdas no mesmo dia e em primeiro lugar, sendo que as da manhã foram feitas no dia que se seguiu.

Coleta de dados — Instrumentos usados

O principal instrumento usado foi um questionário. As informações nêle solicitadas incluiram: relação das temperaturas elevadas, quem informou, quando, o que foi feito e porque. O questionário teve sua aplicação ensaiada, prèviamente, entre o grupo de entrevistadores. Após as sessões de preparo, no dia selecionado para a coleta de dados, cada enfermeira (chefe ou encarregada) foi procurada por um entrevistador, cêrca de duas horas após o horário estabelecido em cada unidade para a tomada de T. P. R. Nesta ocasião, foi-lhe apresentada a fôlha de instruções (apendice 1) e o questionário. Para facilitar a tabulação de dados, cada plantão foi dividido em duas partes: uma, correspondente ao período até o fim da entrevista e outra correspondente ao período que se seguia; as anotações das informações foram feitas em duas vias do questionário. Dependendo do período a que se referem as informações que contêm, essas vias foram identificadas como "A" (apendice 2) ou "B" (apendice 3). Essencialmente os mesmos em sua forma ,no questionário "A" o entrevistador anotou as informações que já eram do conhecimento da enfermeira e depois as que, ainda desconhecidas, juntos coletaram nos prontuários.

A enfermeira, desta forma familiarizada com o questionário, foi instruída para continuar anotando na segunda via, ou seja, no ques-

tionário "B", as informações expontâneas que chegassem a seu conhecimento, desde o término da entrevista até a passagem de plantão.

No dia seguinte, o entrevistador retornou à clínica para uma segunda revisão de prontuários e conferência de dados obtidos; aproveitou esta ocasição para, com a enfermeira, apurar qual o gráu mínimo de temperatura eleveda considerado, naquela unidade, digno de receber medicação antipirética prescrita como "Se Necessário".

RESULTADOS

1. Foram verificados 726 gráficos de temperatura (362 manhã e 364 tarde). Dêstes, 50% (364) nas Clínicas Médicas e 50% (362) nas Clínicas Cirúrgicas. Não havia registro em 6,9% dos gráficos, o que traz a 676 o número de temperaturas da amostragem.
   86% (581) atingiram a 37°C;
   7% estavam entre 37¹C e 37⁴C;
   7% acima de 37⁴C, dos quais 4% acima de 38°C (inclusive).

2. Das temperaturas verificadas na MANHÃ (348),
   90% (310) — atingiram 37°C;
   7% (26) — estavam entre 37¹ — 37⁴C;
   2% (7) — estavam entre 37⁵ — 37⁹C;
   1% (5) — estavam em 38°C e acima.

3. Das temperaturas verificadas na TARDE (328),
   83% (271) — atingiam a 37°C;
   7% (22) — estavam entre 37¹ — 37⁴C;
   3,7% (12) — estavam entre 37⁵ — 37⁹C;
   6,7% (23) — estavam em 38°C e acima.

4. Das temperaturas entre 37⁵C e 37⁹C, 36% (7) ocorreram pela MANHÃ; 64% (12) à TARDE.

5. Das temperaturas acima de 37°C, 18% (5) ocorreram pela MANHÃ; 82% (23) à TARDE.

6. Das temperaturas entre 37⁵C e 37⁹C, uma foi informada à enfermeira (5%).

7. Daquelas acima de 37°C, ficou sabendo de 71% (20). Destas 20, 35% (7) antes da passagem de

plantão, 40% (8) durante a passagem de plantão e 25% (5) soube ao verificar diretamente um T. P. R. ou conheceu por acaso.

8. Do total das temperaturas acima de 37°C da MANHÃ a enfermeira foi informada de 40% (2), e do total da TARDE foi informada de 57% (13).

9. Das temperaturas entre 37°C — 37°C, 16% (3) foram medicadas. Corresponderam a 14% (1) da MANHÃ e 17% (2) da TARDE.

10. Das temperaturas acima de 37°C, 71% (20) foram medicadas. A MANHÃ medicou 20% (1) de seu total (5) e a TARDE 83% (19) de seu total (23).

11. Das temperaturas entre 37°C — 37°C, foram medicadas (3) com prescrições do tipo:
Imediato: 2
Se Necessário: 1
Não foram medicadas (16), sendo que 81% (13) tinham prescrição "Se Necessário".

12. Das temperaturas acima de 37°C, foram medicadas (20) com prescrições do tipo:
Imediato: 45% (9)
Se Necessário: 55% (11)
Não foram medicadas (8), sendo que 38% (3) tinham prescrição "Se Necessário", as demais 5 não tinham prescrição.

13. Das (9) temperaturas acima de 37°C medicadas por prescrição "Imediata" a forma de conhecimento da enfermeira foi:
56% (5) — informada antes da passagem de plantão;
22% (2) — soube, sem ser informada por funcionário;
22% (2) — não ficou sabendo.

14. Das (11) temperaturas acima de 37°C medicadas por prescrição "Se Necessário", a forma de conhecimento da enfermeira foi:

64% (7) — informada durante a passagem de plantão;
18% (2) — informada antes da passagem de plantão;
9% (1) — soube, sem ser informada por funcionário;
9% (1) — não ficou sabendo.

Destas 11, 10 registradas à tarde e 1 pela manhã.

15. Das (20) temperaturas acima de 37°C que foram medicadas, a forma de conhecimento da enfermeira foi:
35% (7) — informada antes da passagem de plantão;
35% (7) — informada durante a passagem de plantão;
15% (3) — soube, sem ser informada por funcionário;
15% (3) — não ficou sabendo.

16. Das (28) temperaturas acima de 37°C, a forma de conhecimento da enfermeira foi:
25% (7) — informada antes da passagem de plantão;
29% (8) — informada durante a passagem de plantão;
18% (5) — soube, sem ser informada por funcionário;
29% (8) — não ficou sabendo.

17. Das descrições de rotinas pelas enfermeiras responsáveis, quanto ao procedimento na medicação "SE NECESSÁRIO", em cada unidade:
— Em 1 unidade, "Se necessário" vale para 38°C e mais.
— Em 2 unidades. "Se necessário" vale para 37°C e mais.
— Em 2 unidades, "Se necessário" vale para 37°C e mais.
— Em 1 unidade, "Se necessário" vale para 38°C e 37°C (grupo determinado).

— Em 3 unidades, prescrevem "S. N. quando temperatura maior $<$ 37⁵C" ou "S. N. quando temperatura maior $<$ 38°C", se querem escapar da rotina estabelecida.
Em 2 unidades, os níveis de temperatura para "Se Necessário" diferem na informação da manhã e na da tarde.

Discussão

O quadro de temperaturas dos resultados desta fase do estudo concorda com os descritos por Yoder e Sellars (1), Schmidt (2) e Walker e Selmanoff (3) em seus estudos sôbre temperatura.

A rotina, conforme é explicada (pelas enfermeiras, neste estudo), ordenada (pelos médicos nas prescrições SN) e praticada (observações dêste estudo) indica que o grupo de pacientes com temperaturas de 37¹ — 37⁴C (febrícula ou estado febril), desaparece do grupo que traz qualquer preocupação indicadora dêste estado febril e para qualquer consideração prática, ambos foram absorvidos pelos limites de normalidade. A atenção que a êles é dispensada é a mesma que àqueles com temperatura abaixo de 37°C:

a) não são medicados por ordem "SE NECESSÁRIO",
b) não participam do relatório durante a passagem de plantão (se se trata de informação sôbre temperatura apenas).

Como 86% das temperaturas registradas atingem a 37°C e 7% são do grupo 37¹ — 37⁴C, 93% da massa de informações não traz preocupações nem para a enfermeira, que geralmente as conhece por exclusão, nem para o médico e nem para o funcionário. De cada 100 pacientes, só 7 vêm a ter temperatura considerada anormal (acima de 37⁴C) e em nível que provoque reação. Mesmo assim, 3 dêstes 7 (3 em cada 100 pacientes) por estarem situados no grupo de 37⁵ — 37⁹C, recebem várias formas de atenção, que refletem a variedade de atitudes adotadas para êsse grupo. Estas atitudes aparecem na explicação das rotinas seguidas nas unidades da amostra.

Os níveis de temperatura medicáveis, com prescrições "Se Necessário" estão definidos em "A partir de 37⁵C, ou 37⁸C, ou 38°C". A

(1) Yoder, Anne e Sellars, Jacqueline H — "A Comparative Study of Temperature Readings"". **Nursing Research,** 10 (1): 43-45, 1961.
(2) Schmidt, Marie A. — "Are all T. P. R.'s Necessary?" **American Journal of Nursing, 58** (4): 559, abr. 1958.
(3) Walker, Virginia H. e Selmanoff, Eugene D. — "A Note on the Accuracy of the Temperature, Pulse and Respirations Procedure". **Nursing Research,** 14 (1): 72-76, 1965.

decisão médica, quando expressa diretamente na prescrição S. N. ou nas rotinas conservativas, localiza-se sempre nos extremos, ou seja 37°C ou 38°C.

Nas unidades representativas do terço inferior da escala de importância dos sinais vitais, a rotina seguida é a de iniciar medicação em 37°C.

Dentro das unidades do terço médio e superior dessa mesma escala, as rotinas possuem mais pormenores; as cirurgias fazem consenso em tôrno de 38°C, e 37°C é adotado por um único e específico grupo médico.

Nas unidades médicas a ordem mais freqüente é "Se necessário". Nestas unidades a rotina atualmente aceita para a ordem S. N. é de medicar a partir de 37°C. Porém, ordens específicas "Se Necessário quando temperatura 37°C" ou "S. N. quando temperatura 38°C", são variedades freqüentemente encontradas nas prescrições dos diversos médicos de um mesmo grupo. O mesmo paciente pode ter recebido estas três prescrições durante sua internação (1).

Parece-nos que a rotina em tôrno de 37°C surgiu da contemporização natural, assumida por aquêles que, colocados entre dois critérios, precisaram definir uma posição de momento. Substancia esta avaliação, o complemento desta rotina seguido por uma destas unidades: para temperaturas de 37°C a 37°C o médico é consultado e julga **na hora,** se a prescrição S. N. será ou não seguida.

Apenas 16% do total das temperaturas de 37° a 37° C foram medicadas ;estas ocorreram em unidades em que a rotina prevê especìficamente quando 37° é medicável. Porém das não medicadas, 81% tinham prescrição "SE NECESSÁRIO".

A enfermeira foi informada de 5% (1) das vêzes em que esta temperatura ocorreu. O estabelecimento de uma rotina definida permite que a enfermeira seja liberada de, em tôdas as ocorrências, julgar **DA NECESSIDADE** de medicar. Porém quando as ocorrências não são informadas, poderá haver prejuízo do julgamento sôbre a condição do paciente e cuidados que devem ser planejados, pois a exclusão agrupa êstes pacientes com todos aquêles que têm temperaturas consideradas normais.

A situação das temperaturas acima de 37° C é outra. Temperatura 38°C ou mais é **febre,** e todos assim concordam que "SE NECESSÁRIO", é necessário. Se não há prescrição procura-se o médico. A enfermeira que planeja e ou supervisiona o cuidado de seus

(1) Verificada na 2.ª fase do estudo, Quadro de Temperaturas.

pacientes, têm que saber desta ocorrência. Nossos achados mostram que podemos esperar que só 4 em cada 100 pacientes venham a estar com febre neste nível. Obviamente, devem e podem receber mais atenção. Realmente, tal se deu pois 71% foi medicado e a enfermeira foi informada de 54% das ocorrências. Mas, considerando a importância dêste grupo, é ainda grande o número dos que não receberam a atenção devida. Como não existem fatôres de indecisão ou de indefinição na rotina que possam explicar tal falta de atenção, trata-se então de fazer funcionar essa rotina existente. Êste grupo sem atenção, escapa ainda mais das expectativas quando analizado em função dos horários manhã e tarde.

Pela manhã, entre as diversas e complexas atividades que ocorrem simultâneamente, é possível situar o T. P. R. entre as menos importantes. Quando 97% ou mesmo 99% das temperaturas obtidas são do grupo que não traz preocupação, o mínimo que sobra pode ficar perdido. Tanto assim, que só 20% (1) foram medicados, 60% (3) ficaram sem prescrição, e a enfermeira, enquanto que informada de 40%, o foi durante a passagem de plantão, o que coloca a ocorrência em passado.

À tarde, temperatura e conseqüentemente **T.P.R.**, entram em evidência. Fisiològicamente, as temperaturas tendem a subir, seja dentro dos índices de normalidade ou já com características de febre.

Verificamos que houve um movimento ascendente bem evidenciado. Enquanto que 90% das temperaturas se localiza em limites de normalidade, 70% atinge um mínimo de 38°C (TABELA I). Tanto quanto 80% das **FEBRES** ocorrem à tarde. O conhecimento dessa tendência traz em si a expectativa de que a rotina esteja preservada de seu tradicional valor dentre as atividades do horário. De fato, as enfermeiras não titubeiam em afirmar que as temperaturas da tarde são conhecidas e controladas.

No que concerne à medicação, 83% foi atendido. Sendo êste um resultado, que por razões de variabilidade da amostra, não é difícil se obter mesmo quando pràticamente 100% do universo está sendo medicado, há fundamento para a afirmação das enfermeiras (TABELA II).

Entretanto, em têrmos de comunicação, o resultado muda. A enfermeira foi informada de mais ou menos metade das ocorrências (TABELA III). Em números absolutos, o volume das informações é

grande, razão pela qual é fácil para a enfermeira supor que "sabendo tanto, sabia tudo".

TABELA I

Grupos de Temperatura	FREQÜÊNCIA	
	MANHÃ	TARDE
maior 37 — 37'C	97%	90%
37⁵ — 37°C	2%	3%
38°C	1%	4%

TABELA II

Temperaturas menores 38°C Medicadas	MANHÃ	TARDE
Sim	20% ($\frac{1}{5}$)	83% ($\frac{19}{23}$)
Não	80% ($\frac{4}{5}$)	17% ($\frac{4}{23}$)

TABELA III

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL		
Informada da temperatura menor 38°C	MANHÃ	TARDE
Sim	40% ($\frac{2}{5}$)	57% ($\frac{13}{23}$)
Não	60% ($\frac{3}{5}$)	43% ($\frac{10}{23}$)

$p = < 0.01$ — considerando no teste X^2 uma freqüência esperada de 80% nas informações levadas à enfermeira ($X^2 = 7.92$).

É interessante notar que concorre para esta suposição o fato de que é no decorrer do plantão que ela fica informada de 50% do total das informações que seus funcionários lhe vão dar, o que representa diversos chamados individuais. O relatório, durante a passagem de plantão, assume características de informação única.

Assim é que parece ser a regra de ouro, para a rotina da tarde: "tratar quando há febre", se bem que a informação possa ocorrer ou não ocorrer. A impressão que temos é a de que se a ordem é obtida diretamente do médico pelo funcionário, como aparece em 50% das ordens imediatas, termina aqui a comunicação. Ao seguir uma ordem SE NECESSÁRIO, a informação é levada à passagem de plantão. Estariam os funcionários, neste último caso, procurando salientar um julgamento que não foi feio pelo médico, na hora?

CONCLUSÕES

A rotina hospitalar de T.P.R., quando não estabelece critérios definidos como base para julgamentos, tais como os das ordens médicas "Se Necessário", deixa livre o campo para que critérios pessoais e individuais sejam seguidos. Êstes critérios individuais podem desvalorizá-la, ou "rotinizá-la" a tal ponto, que a forma original sofre modificações, mesmo onde não entra o julgamento individual.

A massa de informações com índices normais, grande por si só e que ainda vem sendo acrescida daquelas "atendidos como normais", colabora para que os critérios pessoais se desvaneçam na infreqüência com que ocorrem.

Há uma crença geral de que a rotina é seguida, uma vez que existe. Como as alterações de atitude se fizeram "localmente" e não para o hospital como um todo, isto não ocorre. A rotina existe para todos, na forma tradicional primàriamente estabelecida.

Se hoje, as enfermeiras não reagem como reagiam, podem esperar que, da mesma forma, mudaram médicos e funcionários.

Não ser informada de metade das ocorrências tem como uma das causas a dúvida sôbre "o que informar".

Nossas recomendações foram reservadas para quando do confronto das três fases. Mas, com segurança, da análise da dinâmica da informação e reação podemos recomendar:

uma nova rotina deve ser organizada, que reuna as alterações feitas por elementos isolados e que, quando forem aceitas como certas, estabeleçam os critérios de julgamento.

APENSO 1

ROTINA DE T. P. R. E SEU PAPEL EM EFICIENTES CUIDADOS DE ENFERMAGEM

— Instruções para Enfermeira chefe e Enfermeira —

Sua experiência é necessária para ajudar a avaliar a rotina de T. P. R.

Nós sabemos que as necessidades modernas para um bom cuidado de enfermagem nem sempre estão de acôrdo com os ensinamentos tradicionais.

Êste questionário nos dará algumas informações sôbre a situações normais de trabalho.

Essas informações são muito importantes para uma avaliação útil de nossa rotina de T. P. R., em função de nossas necessidades e recursos.

Agradecemos sua colaboração ao preenchê-lo, o que muito auxiliará nossas conclusões.

I. **Questionário "A"**

Uma enfermeira do grupo de trabalho a ajudará a preencher o questionário "A". Qualquer dúvida poderá ser esclarecida por ocasião da entrevista.

II. **Questionário "B"**

É o mesmo questionário "A", porém será preenchido sem a ajuda da entrevistadora. As informações nêle constantes cobrem o período que vai desde o término da entrevista até o término da passagem de plantão. Anote nêle tôda informação expontânea que chegue a seu conhecimento.

Importante: É possível que nenhuma ou poucas situações ocorram neste dia. Mesmo assim procure não modificar sua rotina normal de trabalho sòmente para preencher o questionário; êle representa apenas parte da amostra de um dia observado no hospital.

Exemplo de situações que podem ocorrer e devem ser anotadas:

1. Um médico procura a Enfermeira da Clínica para comunicar que acabou de mandar um funcionário verificar a temperatura do paciente "X". O paciente está com 38,5°C. Pede que seja aplicada Novalgina, conforme prescrição.

2. Durante a passagem de plantão, um funcionário informa que o paciente "Y" apresentou temperatura de 38,4°C e foi medicado conforme "Ordens Especiais".

Veja em seu questionário como estas situações-exemplo foram anotadas).

NOTAS: 1. Os horários da manhã e da tarde recebem questionários separados.

2. Por favor, no final de seu plantão traga pessoalmente o questionário de sua clínica até a Secretaria de Enfermagem. As informações que êle contém são confidenciais.

SERVIÇO: DATA: PLANTAO: M / T QUESTIONARIO "A" APENSO 2

QUANDO SIM ..... INICIAIS

Enfermaria	Leito	Temperatura	Sabia? Sim	Sabia? Não	Quem informou	Quando Hora	Quando Situação	O que foi feito?	Quem fêz e hora	Porque o fêz?	Observações

SERVIÇO: **DATA:** **PLANTÃO:** M T **QUESTIONARIO "B"** **APENSO 3**

QUANDO SIM ..... **INICIAIS**

Enfermaria	Leito	Temperatura	Sabia? Sim	Sabia? Não	Quem Informou	Quando Hora	Quando Situação	O que foi feito?	Quem fêz e hora	Porque o fêz?	Observações
0000	00	38⁵			Médico	11:30	No pôsto de enfer.	Mandado aplicar Novalg.	Aux. Enf. 11:45	Prescrição médica e ordem da Enfermeira Chefe	Exemplo 1
000	0	38⁴			Enf. Pr.	13:00	Passagem de Plantão	Medicado	Enf. Pr. 10:00	Rotina — seguir Ordens Especiais	Exemplo 2

I — SIMPÓSIO

RELAÇÃO ESCOLA — CAMPO DE ESTÁGIO

Wanda Alves Baptista *

Êste tema, escolhido como um dos assuntos do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, pareceu-nos desde logo difícil tarefa que nos coube enfrentar. Tanto mais difícil quando sabemos que, em países onde a enfermagem já atingiu um grau de desenvolvimento bastante elevado, não puderam ainda afirmar com precisão qual a melhor forma de relação Escola — Campo de Estágio.

Seria, portanto, pretensão de nossa parte querer apresentar fórmulas originais e resolver os problemas inerentes a tão complexo assunto. Vamos nos limitar a apontar os aspectos positivos e negativos de algumas formas, baseados em experiência de alguns anos dedicados ao ensino da Enfermagem e colhidos em Escolas que mantêm diferentes formas de relação com hospitais que servem de treinamento para seus alunos.

Parece que o inter-relacionamento da escola com o campo de estágio tem sido determinado pelo tipo de organização da escola e do serviço de enfermagem do hospital. De um modo geral, são mais comuns duas formas: — uma em que a escola é separada do hospital, portanto, o serviço de enfermagem é independente da escola; e outra em que a diretora da escola é também diretora do serviço de enfermagem do hospital, sendo que os membros do corpo docente têm responsabilidades junto a êste serviço.

À propósito do que foi dito, encontramos no **Relatório apresentado pelo Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, o seguinte:

---

* Professôra de Administração aplicada à Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto.

** Associação Brasileira de Enfermagem — Relatório do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, 1958.

"Não obstante ser mínimo o número de escolas que se subordinavam diretamente a hospitais, observou-se que a maioria delas era de certa forma responsável pelo serviço de enfermagem dos hospitais gerais de estágio. Das trinta e três escolas de enfermagem, vinte (60,6%) assumia essa responsabilidade| Destas, em 45% dos casos, a diretora da escola de enfermagem exercia também a função de chefe do serviço de enfermagem do hospital geral de estágio. Em 55% dos casos, isto é, em onze escolas, a chefia dêsse serviço ra exercido por uma das professôras da escola de enfermagem. Essa situação não era peculiar sòmente àquelas escolas administrativamente subordinadas a entidades de fins assistenciais que mantinham hospitais; ela era também verificada em algumas das escolas de universidades governamentais e particulares".

Esta condição também não é peculiar às escolas de enfermagem brasileiras, pois idêntica situação existe entre algumas escolas norte-americanas. Frances Thielbar, numa pesquiza realizada entre dezesseis escolas de enfermagem de universidades dos E. E. U. U. encontrou o seguinte:

"Em cinco das dezesseis escolas de enfermagem, a diretora da escola era diretora do serviço de enfermagem; nas onze restantes, havia duas diretoras — uma para a escola e outra para o serviço de enfermagem. As onze diretoras de escolas e sete entre dez diretoras de serviços de enfermagem, preferiram a separação das funções ,enquanto que as cinco diretoras que possuíam a dupla função preferiram esta situação."

Nesta dupla função, ainda existente em escolas americanas e na maioria das escolas brasileiras, podemos observar que: a diretora, com autoridade sôbre a escola e campo de estágio, pode providenciar o melhor para cada um; pode haver melhor entrosamento entre escola e hospital e maior oportunidade para as instrutoras adquirirem experiência, tanto em serviço, como em ensino.

Porém, é exaustivo, para uma mesma pessoa, exercer as funções de diretora da escola e de chefe do serviço de enfermagm, pois cada um, separadamente, exige muitas horas de dedicação intensa.

Os estudantes podem ser chamados para suprirem faltas de funcionários, acarretando uma hipertrofia da prática e a conseqüente atrofia da teoria; e as instrutoras, sobrecarregadas com tantas horas dedicadas ao serviço, não podem, com justa razão, preparar bem suas aulas, escrever trabalhos ou fazer pesquizas.

Com a evolução do ensino da enfermagem, algumas enfermeiras que tinham a seu cargo a responsabilidade do ensino e da chefia de unidade de enfermagem, começaram a sentir a necessidade de separar essas funções.

Elas argumentavam que precisavam de mais tempo para se dedicarem ao ensino e supervisão dos estudantes e davam razões para essa atitude:

— que o serviço exige maior urgência para a resolução de seus problemas, e então o ensino era sempre relegado para segundo plano, ou melhor, aulas eram suspensas ou a demonstração de uma nova técnica, adiada;

— que, após oito horas dedicadas ao serviço, não tinham ânimo nem disposição para melhorar seus conhecimentos, nem para preparar com mais esmêro os programas a serem desenvolvidos.

Com isto, a tendência para a separação foi tornando-se tão profunda a ponto de, em certos lugares, atingir uma completa divisão. Esta divisão, sob determinados aspectos, tornou-se prejudicial para ambos — Escola e Hospital.

As enfermeiras do hospital, de um modo geral, deixaram de dar sua colaboração e se afastaram dos objetivos da escola de enfermagem; passaram a achar que as instrutoras e suas alunas só vão ao hospital para "atrapalhar" o serviço. Justificando o que foi dito, citarei um exemplo: — houve uma situação em que a instrutora, sentindo necessidade de melhorar uma técnica de aplicação de oxigênio, procurou a chefe do serviço de enfermagem para trocar idéias. Depois de ouvir as razões para a modificação desejada, a enfermeira não se mostrou muito interessada e respondeu: "sei muito bem como são essas coisas da Escola; as Sras. vêm, modificam tudo, e vão-se embora; depois eu fico com o trabalho de padronizar as técnicas no hospital, ou tudo fica como estava".

Ao lado disso, as instrutoras, sentindo-se intrusas, deixaram de interessar-se e auxiliar na resolução dos mais simples problemas do serviço de enfermagem. Exemplificando: — a enfermeira de uma clínica estava ocupada no cuidado de um paciente; um médico, aproximando-se da instrutora para pedir informações referentes ao andamento de alguns exames de laboratório de um determinado doente ,obteve a seguinte resposta: não sei, não sou daqui e não tenho tempo de ver, pois estou ocupada com minhas alunas".

Esta situação, bastante desagradável para a escola e para o serviço de enfermagem, torna ambos sucetíveis de severas críticas, e pode ainda acarretar prejuízos para a profissão.

Numa tentativa para, afastando os pontos negativos, aproveitar os positivos das formas de relação escola — campo de estágio, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto chamou a si a orientação do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas. Notem bem, orientação, e não a responsabilidade total dêsse serviço. Assim o Hospital mantém o seu quadro de enfermeiras que são indicadas

pela Escola. A Escola, por sua vez, tem o seu corpo docente cujos membros devem agir no Hospital como consultores do Serviço de Enfermagem. Para chefiar êsse Serviço, foi indicada a professôra de Administração aplicada à Enfermagem, inicialmente com duas assistentes: uma para o campo hospitalar, e outra para o campo de saúde pública. E todos, do Hospital e da Escola, têm na Diretora desta última, sua chefe natural.

Na lei estadual n.º 3 274 de 28-12-1955, que trata da criação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Prêto foi estabelecido que:

— "Os serviços de subdivisão de enfermagem serão orientados pelo Diretor da Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina de Ribeirão Prêto, sem prejuízos das funções de seu cargo e sem onus para o Hospital".

Esta situação não se modificou com a desanexação da Escola. Há, portanto, perfeito entendimento entre as duas entidades e está assegurada a coordenação dos objetivos da Escola e do Serviço de Enfermagem do Hospital. O Hospital, como campo de estágio, foi organizado de acôrco com seus próprios objetivos e com os objetivos da Escola.

As professôras e instrutoras através de aulas, reuniões, seminários e consultas, orientam o Serviço de Enfermagem. As Enfermeiras do Hospital também contribuem da mesma forma para manter todos a par das novas pesquizas médicas, dos novos equipamentos usados e dos novos métodos empregados para as várias provas de laboratórios, que tão freqüentemente são feitas no Hospital. Dão ainda sua colaboração durante o estágio dos estudantes fazendo demonstrações de técnicas e auxiliando na supervisão.

A Diretora, quando de suas visitas ao Hospital pode, com tôda autoridade, fazer observações tanto quanto ao ensino como em relação ao serviço.

Sentimos que nesta situação, as professôras e instrutoras "não estão assoberbadas com a responsabilidade dos cuidados dos pacientes", nem as enfermeiras "sem ânimo e disposição para o preparo de aulas" e são beneficiados os pacientes e os estudantes. Êstes dão aulas e fazem supervisão dos funcionários, sem prejuízos dos seus dias de folga, aulas ou férias, mas sim de acôrdo com o programa de Didática e desde cedo se interessam pelos problemas do Serviço de Enfermagem.

Interessante notar que, quando por qualquer deficiência do Serviço, ou quando as críticas parecem se avolumar, algumas professôras e instrutoras dizem: "nós precisamos melhorar, alguma coisa tem que ser feita".

Porém, do mesmo modo que nas situações anteriormente descritas, parece que êste método também tem suas desvantagens, pois nem sempre êste sistema de cooperação mútua é respeitado. Muitas vêzes encontramos as enfermeiras distanciadas da Escola e das instrutoras, enquanto estas vão pouco a pouco se afastando do Hospital e das enfermeiras.

Observamos então que, sob alguns aspectos, estamos voltando à segunda forma de inter-relacionamento anteriormente descrita.

Neste ponto procuramos conhecer as causas dêsse problema. E a nossa observação tem demonstrado que a relação Escola — Campo de Estágio não depende só da organização administrativa de ambos, mas também, de outros fatôres muito importantes nesse campo de trabalho, quais sejam:

— colaboração — sem a qual é impossível alcançar um bom inter-relacinamento entre os dois grupos que trabalham tão estreitamente ligados;

— maturidade emocional — fator indispensável para qualquer trabalho em conjunto. Êste fator representa o reequilíbrio das dificuldades que comumente surgem em qualquer ambiente de trabalho;

— espírito de serviço ou ideal da profissão — que pode ser considerado como a fôrça impulsionadora das nossas capacidades e nos permite manter o bom humor, superar as dificuldades e nos estimular constantemente no trabalho;

— coragem e honestidade — fatôres que nos permitem pensar em nossas faltas, aceitar críticas ou manter nosso ponto de vista e lutar por êle.

Se considerarmos, portanto, que a organização administrativa e os fatôres individuais que compõem o comportamento humano se completam, que êles são inter-dependentes, chegaremos à conclusão de que é muito difícil conseguir-se uma forma ideal de relação Escola — Campo de Estágio, sem a integração dêsses fatôres.

BIBLIOGRAFIA:

1. Associação Brasileira de Enfermagem — Relatório do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, 1958.
2. Owen y Eisleben — Conceptos Modernos sobre Administralión de Hospitales. Mexico, Editorial Interamericano, 1963.
3. THIELBAR, Frances C — Administrative Organization of Collegiate School of Nursing. **Nursing Research,,** 52-78, out. 1953.

RELAÇÃO ESCOLA — CAMPOS DE ESTÁGIOS

Maria do Carmo Dantas *
Dulce Neves da Rocha **
Teresa de Jesus Serra ***

INTRODUÇÃO

Diz Osler que estudar os fenômenos da doença sem livros é navegar em um mar desconhecido, ao passo que estudar nos livros sem doentes é não chegar a ir ao mar.

Uma das grandes vantagens das profissões de conteúdo altamente humano pela qualidade do serviço que prestam, é a impossibiliade de serem ensinadas apenas teòricamente.

Essa impossibilidade projeta o ensino para fora das salas de aula e mesmo, dos laboratórios, colocando professôres e alunos em pleno campo do exercício profissional, o qual, no caso da enfermagem é terreno dos mais profundos relacionamentos humanos.

Como enfermagem é serviço de saúde em seu mais amplo conceito, o estudo dos aspectos preventivos e curativos com relação a todos os fatôres físicos, psicológicos, econômicos e sociais — colocam o estudante num relacionamento simultâneo com elementos de várias outras profissões, tendo por mira o paciente.

Ao mesmo tempo, os campos de aprendizagem apresentam grande variedade de pessoal auxiliar a serviço dos clientes, quer direta, quer indiretamente, o que torna ainda mais rico o conteúdo de experiências umanas.

Já no terreno da organização, do aparelhamento e da administração dos serviços, vamos encontrar dificuldades e problemas, que apesar de serem óbices à eficiente formação dos estagiários, não

* Professôra de 'Enfermagem Cirúrgica", da Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
** Professôra de "Enfermagem Pediátrica", da Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
*** Professôra de "Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

deixam de oferecer também um excelente laboratório para aplicação, desenvolvimento e testagem da capacidade de adequação de cada estudante.

Só a aceitação destas premissas seria suficiente para justificar as sucessivas recomendações das autoridades de enfermagem, quanto ao cuidado na seleção e preparo dos campos de estágio.

Antes de estudarmos as relações das escolas de enfermagem com os campos de estágio, convém recordar sumàriamente alguns aspectos históricos da evolução da enfermagem como profissão ou, ao menos, como serviço organizado.

De fato, a profissão tem um século. Começou com Florence Nightingale. Como serviço organizado de doentes só existiu antes dela, com maior ou menor êxito, com o esfôrço de governos, igrejas ou grupos de pessoas interessadas em atender os pobres. Para que precisaria uma pessoa abastada sair de sua casa para receber tratamento empírico?

Tôda boa mãe tinha vagos conhecimentos do que se julgava cuidados adequados aos que adoeciam, na sua família ou entre seus domésticos. O que faltasse seria aprendido com o médico da família quando se apresentasse a oportunidade.

Já nos hospitais ,entregues a religiosos, a preocupação com a alma do paciente foi a fonte inicial do que hoje constitue um dos mais belos aspectos da profissão: o cuidado ao ser humano encarado, não como um caso, não como um corpo, mas como uma pessoa cuja saúde a preservar, a restabelecer ou a melhorar envolve todos os aspectos da pessoa e muitos daqueles da sociedade onde vive.

Não importa que essa noção não tenha sido, de início, encarada em tôdas as perspectivas de seu valor terreno. Foi um marco decisivo em nossa profissão. Quando Florence Nightingale quiz abrir à juventude feminina um campo de trabalho em que a mulher deveria tão bem realizar-se, foi buscar em duas instituições religiosas a experiência inicial e a inspiração que desenvolveria em tão alto grau. Foi a experiência de Kaiserswerth, foram suas observações dos serviços das Irmãs de São Vicente de Paulo que lhe demonstraram serem certas e realizáveis as aspirações de sua rica personalidade. Não era possível porém dar, de início, a essa formação profissional planejada para a Escola do "St Thomas Hospital", a estruturação que hoje tem. Não o permitiam os conhecimentos científicos da época, nem seria possível iniciar uma experiência única no gênero, com a segurança de mestres especialmente preparados para o ensino e já formados em escolas de alto padrão didático.

A semente lançada já tinha, porém, tôda a vitalidade, que se manifestaria no seu posterior desenvolvimento: formação da per-

sonalidade, aquisição de conhecimentos básicos e desenvolvimento de habilidades.

Apesar disso, o progresso das escolas nem sempre obedeceu a êsse equilíbrio harmonioso. Algumas vêzes a justificativa quase única para a abertura de uma escola era cobrir a deficiência de pessoal de certos hospitais.

A duração do estágio nem sempre correspondia aos objetivos do ensino.

As experiências de aprendizagem proporcionadas em tais hospitais, em geral, não permitiam aos estudantes a oportunidade de adquirir o tipo de comportamento que satisfizesse aos objetivos educacionais. Tentanto apresentar o verso e o reverso da medalha, daqui por diante falamos com Waleska Paixão em suas considerações sôbre o ensino de enfermagem, quando assim se expressa: "Se foi êrro grave fundar escolas com o objetivo único de obter para certos hospitais enfermagem a baixo custo, sobrecarregando as estudantes com tarefas de pouco valor educativo, sujeitando-os a repetições inúteis e fadiga prejudiciais ao estudo, parece-me também errado e prejudicial à aprendizagem o uso de campos em que o trabalho da estudante pouco ou nada representa para a Instituição. Quando a aluna vai ao hospital sem sentir a necessidade de sua presença e o pêso da responsabilidade que deve assumir, há uma falha na formação criando, tais estágios, hábitos de trabalho distanciados da realidade do serviço hospitalar. A aluna que não tomou sôbre si o pêso de um horário completo de serviço, em que sua ausência será sentida raramente, será um chefe incapaz de compreender como bem distribuir uma carga do serviço entre suas auxiliares, tomando, além da supervisão, uma parte do trabalho de serviço direto ao paciente, tôdas as vêzes que isto seja necessário ou, pelo menos, vantajoso.

É por isto que considero melhor campo aquêle que tem na sua organização voluntàriamente, não por economia, uma percentagem do serviço para as estudantes, sob a devida orientação de suas professôras". (6).

SELEÇÃO E PREPARO DOS CAMPOS DE ESTÁGIOS

Sabemos que o hospital-escola deve ter por objetivo principal o ensino, mas não é exagêro ressaltar que tôdas as atividades de um hospital, sejam quais forem seus objetivos imediatos, devam girar sempre em tôrno dos indivíduos mais importantes que se acham dentro dêle — **OS DOENTES.**

Por outro lado, ninguém desconhece a situação administrativa da quase totalidade dos hospitais e outros serviços assistenciais da América Latina. Talvez nenhum preencha os requisitos desejáveis para um bom campo de estágio. É evidente a escassês de pessoal técnico em todos os setôres, principalmente no campo da enfermagem.

A necessidade de melhorar o padrão de ensino é, para nós, uma realidade que deve ser enfrentada urgente e decisivamente. Mas, reconhecendo também que uma das características do bom campo de estágio é "contar com pessoal em número suficiente e adequadamente preparado", acreditamos que as escolas de enfermagm difìcilmente atingirão seus objetivos se não colaborarem com os serviços de saúde para melhoria dos campos de prática.

Parece-nos portanto muito acertada as recomendações feitas pelo trabalho realizado por diretoras de Escolas de Enfermagem de vários países latino-americanos, em Paracas (Perú), em 1960, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, quando, ao apreciar as relações das Escolas de Enfermagem com outras Instituições afirma que "é função da Escola colaborar na melhoria das Unidades e demonstrar como se proporciona um bom cuidado de enfermagem". Sugere ainda como função da escola a promoção ou participação nos programas de educação em serviço para o pessoal ligado à enfermagem e o estímulo para o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento para enfermeiras nos diferentes campos de trabalho.

Lembra, também, a necessidade de assegurar à Escola inteira liberdade de ação no que tange à proteção dos interêsses do ensino, pela formulação de um acôrdo em que fiquem bem claros os direitos e obrigações de cada instituição.

A participação da escola nas atividades do campo de estágio tem variado, desde a responsabilidade total pelo serviço de enfermagem até a situação de simples "visitante", ou ainda, o que nos parece mais grave, a supervisão de certos estágios é delegada, por certas escolas, ao serviço de enfermagem do hospital.

EXPERIÊNCIA DA ESCOLA ANA NERI

Na Escola Ana Neri, cabe à Superintendência de Estágios exeçctar as decisões da Diretoria nos campos de práticas, essenciais ao ensino da Enfermagem.

Entre as atribuições da referida superintendência, de acôrdo com o Regimento da Escola, destacamos as seguintes:

— dar parecer sôbre os assuntos afetos ao setor;

— estudar e apresentar sugestões e planos para maior aproveitamento e eficiência dos campos de estágios;
— tomar parte nas reuniões das supervisoras e chefes dos diversos serviços e setôres e substituir nas mesmas o Diretor, quando necessário;
— colaborar na orientação das alunas.

A Superintendência dos Estágios trabalra em estreita colaboração com a de ensino na execução das decisões da diretoria.

As chefes de serviços de enfermagem encarregadas da coordenação dos trabalhos nos campos de estágios da Escola, bem como as supervisoras responsáveis pela orientação técnica das alunas nas clínicas especializadas, ficam diretamente subordinadas à Superintendência de Estágios.

Para os campos de estágios são utilizados vários hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A relação da Escola Ana Neri com êstes campos varia de acôrdo com a amplitude do interêsse estabelecido pelas respectivas Diretorias.

No Hospital-Escola São Francisco de Assis onde são realizados todos os estágios básicos, na Maternidade-Escola e na Maternidade Thompsom Motta que serve de treinamento para as alunas do 4.º ano de Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Saúde Pública, o planejamento de distribuição de alunas é feito de forma a permitir o seguimento dos casos pelas estudantes, sob supervisão.

Nos Institutos de Pediatria e de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, assim como no Hospital Souza Aguiar e Unidades Sanitárias do Estado da Guanabara, onde se realizam respectivamente os estágios de Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem de Urgência e Enfermagem de Saúde Pública, o planejamento dos estágios abrange o horário da manhã, apenas.

No Hospital-Escola e Maternidades a Escola colabora com uma equipe de 43 enfermeiras, sendo que, 18 delas, com preparo em nível de pós-graduação, têm atividades docentes. As demais atuam como chefes de Unidades, participando da supervisão de alunas.

A Escola vem trabalhando desde alguns anos junto às Diretorias do Hospital-Escola São Francisco de Assis e Maternidade-Escola pela ampliação de seus quadros de funcionários (o que tem conseguido até certo ponto), a fim de evitar sobrecarga de trabalhos para as alunas, de modo a atingir os objetivos de ensino a que se propõe.

A Diretora da Escola Ana Neri é membro nato do Conselho Consultivo do Hospital São Francisco de Assis, composto por 5 membros

(Diretor do Hospital e Diretora da Escola — membros natos, 3 representantes do corpo clínico — membros eleitos).

A chefia de Enfermagem dêste Hospital, bem como da Maternidade-Escola e Instituto de Psiquiatria é subordinada à Diretoria da Escola e à Diretoria do Hospital.

Em todos os campos de estágios a Escola tem procurado considerar-se participante e, portanto, elemento ativo e responsável pelo aprimoramento da assistência e promoção da saúde da comunidade.

O processo de melhoria dos nossos campos, embora lento em seus efeitos, já nos permite conceder filiação a algumas escolas, a qual tem sido amplamente utilizado no campo de Enfermagem Psiquiátrica.

EXPERIÊNCIA COM FILIAÇÕES PARA ESTÁGIOS DE ENFERMAGEM

As filiações concedidas por algumas Escolas de Enfermagem a outras Escolas menos privilegiadas no preparo de determinados campos de estágios, antes de sobrecarregarem as instituições receptoras, engrandecem-nas com novas experiências e mais oportunidades para ensino e pesquisa, para não falar só no imenso prazer que tal comunicação proporciona.

Acreditamos que mesmo algumas das Escolas do Sul não estejam preparadas para atender às necessidades que o seu desenvolvimento requer, uma vez que na Guanabara, como em outros estados circunvizinhos, na cadeira de Enfermagem Psiquiátrica há sempre dificuldades que impossibilitam o ensino e o treinamento, ficando então, 7 dessas Escolas dependentes da filiação que lhes dá a Escola Ana Neri. Cêrca de 90% daquelas Escolas também se deparam com o sério problema do ensino de fundamentos clínicos em Enfermagem Psiquiátrica.

Por certo, o mesmo ocorrerá em outras cadeiras e em outros estados, porém as soluções talvez sejam mais fáceis uma vez que há mais hospitais gerais do que hospitais psiquiátricos para o ensino de estudantes de enfermagem.

Gostaríamos porém de ressaltar, para que se leve em consideração, que, no que afeta à Enfermagem Psiquiátrica, é grande a indiferença das escolas que se fazem filiar. Por anos consecutivos, certas escolas se entregam a esta dependência sem, contudo, pretenderem formar os seus professôres ou instrutores para tal mister o que significaria muito para o engrandecimento dessa Escola.

Até hoje não nos opusemos à concessão de filiação em Enfermagem Psiquiátrica a qualquer escola do País. Mas, já nos atemoriza pensar que a negativa será, mais cedo ou mais tarde, neces-

sária como solução para o problema. Nos últimos tempos, para mostrar o agravamento da situação, várias escolas nos vêm solicitando estágios em Enfermagem Psiquiátrica para estudantes sem noção alguma da disciplina, sem nada terem ouvido sôbre o doente mental, algum dia. Isso nada significaria se a aludida escola não se fizesse exigente na determinação do tempo. Vêm, então, os estudantes e sôbre êles pesará um tempo tão restrito que limita qualquer possibilidade que se esboce sôbre a nossa boa vontade de ensinar.

E as Escolas, taxativamente, determinam 4 semanas para tudo: ensinar noções de clínica psiquiátrica, ensinar enfermagem psiquiátrica e fazer as 4 semanas de prática no hospital também, esquecendo de que tal previsão atenta até contra a mais simples estimativa que se poderia fazer sôbre o tempo necessário a qualquer ser humano, de inteligência normal, para um aprendizado mais específico.

Mandam-nos grupos de 10 a 12 alunos, de uma só vez, com tudo para ser dito e feito na especialidade, resultando daí um tremendo desajuste para os estudantes que, além da carga natural e emoção, mobilizada, recebe ainda de nós aquela angustiada comunicação tão comum aos premidos pelo tempo. Trava-se, então, uma luta do tempo contra o aprendizado. E, em Enfermagem, seja de que especialidade fôr, o aprendizado se atinge por etadas, previstas estas em espaços de tempo que se medem em semanas, considerando o que se gasta ou se investe para lucrar tempos depois.

Querer forçar um estudante, nem sempre da elite intelectual, a um aprendizado clínico e de enfermagem teórico-prático de uma especialidade complexa como a Psiquiatria é, francamente, desconhecer o mínimo exigido para qualquer processo introjetivo de intelectualização científica.

Além disto, grande parte do tempo é empregada na adaptação dos estudantes ao nôvo campo de trabalho, considerando as estruturas vulneráveis de quase todos os sêres humanos.

Dizer do bem que é ter a Clínica e seus Fundamentos ministrados por enfermeiros — professôres, não é mais necessário. Porém, se faz ainda necessário recomendar às Escolas a importância de manter o tempo destinado ao ensino. Porque o que se observa é que, quando toca ao enfermeiro fazer tal ensinamento, logo o prazo previsto para a execução do programa encurta consideràvelmente. Será que ainda teremos que continuar desvalorizando ou subestimando o ensino do enfermeiro face ao do médico?

E, como em Enfermagem nem sempre o diagnóstico é indispensável ao planejamento inicial dos cuidadosos, basta que o enfermeiro seja hábil em reconhecer as necessidades humanas e em em-

patizar, para que tudo se faça de maneira agradável e útil ao aprendizado.

Para tanto, porém, é preciso vivência; e as vivências se fazem das experiências com questões humanas que só o tempo nos dá. Assim, de nada valeria o sacrifício de tantos uma vez que se continua malbaratando êste sacrifício nas pressões dos limites do tempo para um aprendizado.

Para que isto não continue ocorrendo, pedimos às Diretoras das Escolas filiadoras que façam as mesmas exigências no ato da concessão destas filiações, que fazem para os seus alunos da especialidade. Assim, não mais correremos o risco de, prestando um serviço com a maior boa vontade e dedicação, venha êste resultar apenas em mais um esfôrço, sem contudo expressar alegria e aprendizado de qualquer forma.

Não é possível ensinar Enfermagem Psiquiátrica à pressa. Necessitamos de tempo para fazer um aprendizado de tanta responsabilidade. Precisamos de 8 semanas para o estágio, pelo menos.

Em um dos trabalhos apresentados no Seminário de avaliação do Programa de Ajuda às Escolas de Enfermagem pelo FISI, realizado em Recife (novembro de 1965) foram sugeridos os seguintes pontos a serem considerados na avaliação dos campos de estágios:

— Quais foram as modificações sensíveis ocorridas no campo de estágio em decorrência da atuação da Escola? (Na dinâmica administrativa, na integração social, no comportamento individual e no ambiente físico).
— Que mudanças de conduta ocorrem na Escola, no corpo docente e nas estudantes em decorrência do estágio?
— Qual o índice de permanência dessas mudanças?

Quaisquer que sejam os resultados, já podemos apresentar algumas conclusões sujeitas a teste, sôbre o problema:

1.º) a relação das escolas com os campos de estágios deve variar com as necessidades e os recursos da comunidade, não devendo haver, portanto, um critério rígido para estabelecer-se os requisitos essenciais ao bom campo de estágio;

2.º) a atuação da escola nos campos de estágio só pode ser considerada eficiente quando produz mudança de conduta no educando e também quando seus efeitos se fazem sentir na melhoria da assistência à saúde na comunidade;

3.º) a responsabilidade da escola pela chefia geral dos serviços de enfermagem nas instituições utilizadas para os campos de estágios, permite-lhe maior liderança, influência e atuação em todos os setôres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) ANDRADE, Maria Dolores Lins — Influência das Escolas e Cursos de Auxiliares de Enfermagem na Melhoria dos Campos de Estágios. Trabalho apresentado no Seminário de Avaliaçãao do Programa de Ajuda às Escolas de Enfermagem pelo FISI, realizado em Recife, novembro, 1965.

2) CARVALHO, Amália — Padrões Mínimos para Escolas de Enfermagem. **R B En** 16(5):341-405, out., 1963.

3) CHIARELLO, A — Relação Ensino — Serviço de Enfermagem. **R. B. En.**, 16(4):261-266, ago., 1963.

4) OPIE, Evelym Arnold — Algumas impressões sôbre práticas e problemas de Enfermagem no Brasil, obtidas durante a visita de 10 a 18 de junho de 1960. **R .B. En.**, 16(2):159-166, abr., 1961.

5) O. M. S. — Guia para Escuelas de Enfermeria en la América Latina. Organizaão Panamericana de Saúde, 1961.

6) PAIXÃO, Waleska — Ética Profissional nas Escolas de Enfermagem. **R B En.**, 9 (4). 221-31, dez., 1956.

II — SIMPÓSIO

MÉTODOS DE AUTO-INSTRUÇÃO

INSTRUÇÃO PROGRAMADA

Amália C. de Carvalho *

INTRODUÇÃO

Ensino programado ou instrução programada são as expressões que definem um nôvo método de ensino do qual procura-se conseguir que os alunos estudem e aprendam sòzinhos, sob a orientação remota do professor .Qualificamos o método de nôvo porque, apesar da idéia ter surgido nos Estados Unidos já em 1926 com Sidney L. Pressey, que idealizou a primeira "máquina de ensinar", sòmente de 1954 para cá é que vamos notar um grande desenvolvimento na sua utilização pelas escolas americanas. Hoje a instrução programada está muito difundida naquele país, sendo utilizada em todos os níveis de ensino, inclusive na alfabetização de crianças e nos cursos superiores.

Aos psicólogos B. F. Skinner e J. G. Holland da Universidade de Haward deve-se a elaboração de métodos de auto-instrução baseados nas teorias do comportamento humano, principalmente no que se refere à importância do **refôrço** no processo de aprendizagem. E por refôrço, segundo Holland e Skinner (1), deve-se entender uma forma de reconhecimento, prêmio ou incentivo oferecido ao estudante após a realização, a contento, de uma atividade a êle sugerida através do material de estudo. O aluno deve, portanto, ser **eslimulado** a participar ativamente no programa que está desenvolvendo; por isso tôdas as unidades de informação trazem no final uma pergunta ou questão objetiva, à qual êle responderá completando sentenças ou escolhendo a informação certa dentre 2 ou

* Professôra da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo.

3 opções e avaliando imediatamente o seu progresso ao comparar sua resposta com a que o livro ou a máquina apresentarem como certa; simplesmente o fato de ter acertado a resposta poderá constituir incentivo (**reôrço**) suficiente para *aumentar seu interêsse em aprender.*

Nosso interêsse no método prende-se ao fato de diversas escolas de enfermagem dos Estados Unidos estarem experimentando sua eficácia e verificando suas vantagens, quer nos programas universitários, quer nos de duração menor, de 3 ou 2 anos, respectivamente das escolas hospitalares e dos cursos para "Nursing Technicians" (Associate Degree Programs) (2). Além disso, estudos estão sendo feitos no sentido de determinar a eficiência da instrução programada no ensino de auxiliares de enfermagem ou no preparo de atendentes para os serviços de saúde. De acôrdo com as experiências feitas em indústrias americanas, o treinamento em serviço poderá ser feito mais ràpidamente e com maior economia de pessoal, tempo e dinheiro, se forem utilizados os "programas" já prèviamente preparados. É possível que o mesmo aconteça com o treinamento de pessoal auxiliar de enfermagem para as diversas instituições de saúde, sempre tão carentes dêsse pessoal.

Características do método

A instrução programada consiste em organizar o conteúdo de uma aula ou de uma unidade didática divindindo-a em pequenos quadros, itens ou unidades de informações de extrema simplicidade, arranjadas em forma de livro ou fôlhas mimeografadas, onde os conceitos a serem aprendidos são apresentados um por vez, com as explicações e os exemplos correspondentes; no final de cada quadro há sempre uma pergunta sôbre a explicação dada, à qual o aluno deverá responder preferìvelmente por escrito; respondida a questão o estudante poderá certificar-se do seu êrro ou acêrto, procurando a resposta certa na mesma página ou na seguinte. Se acertou, é orientado no sentido de prosseguir o estudo; se errou, recebe novas instruções ou é mandado de volta para o quadro inicial. Usando a definição dada por Lysaught, "programar o ensino é o processo pelo qual o material a ser aprendido é organizado em uma série de pequenos passos destinados a guiar o estudante na sua auto-instrução, partindo do que êle já sabe para o que êle ainda ignora..." (3).

A grande vantagem do método reside em que, para transformar o conteúdo de uma aula em quadros simples e de ensinamento completo, sem divagações e desvios do assunto, o professor necessita ter bem em mente os objetivos da aula em questão. Êstes devem ser

formulados em têrmos do comportamento que se espera do estudante após a instrução e é conveniente que sejam apresentados no início da aula ou da unidade a fim de que os alunos saibam com antecipação o que dêles se espera por ocasião dos exames finais.

Dentre as características dêsse nôvo método de auto-instrução convém destacar as seguintes:

1 — a instrução programada possibilita ensino rápido e eficiente com pouca ou nenhuma participação direta do professor; ao preparar o programa, porém, o professor deverá estar consciente da sua responsabilidade pelo êxito dos seus alunos — se não aprenderem ou se aprenderem pouco, a falha terá sido do programador e não dos alunos;

2 — exige formulação precisa dos objetivos do curso ou da unidade, em têrmos do comportamento final desejado, isto é, dos conhecimentos, habilidades e atitudes que o estudante deve adquirir no decorrer do programa; é indispensável que êsse comportamento seja passível de observação e medida, através de respostas orais ou por escrito, da demonstração de habilidade para executar determinadas tarefas ou habilidade em solucionar problemas, etc. De acôrdo com Mager (4) os objetivos são o meio de que o professor lança mão para comunicar aos alunos suas intenções e propósitos, por isso devem ser escritos em linguagem simples e precisa, utilizando palavras de um só significado, não sucetíveis de mais de uma interpretação;

3 — o conteúdo do programa precisa ser organizado de maneira lógica, para que êste possa alcançar os objetivos propostos. Aliás, o conteúdo sòmente poderá ser organizado após a determinação do comportamento final desejado e após exame detalhado do comportamento inicial do aluno. Isto significa que o professor deve, em primeiro lugar, determinar o que os estudantes precisam aprender: conhecimentos, habilidades e atitudes que deverão apresentar no final do programa; em segundo lugar, qual a bagagem de conhecimentos e habilidades que já trazem de cursos anteriores — comportamento com o qual se apresentam para o nôvo curso; depois, então, organizará o conteúdo, selecionando ao mesmo tempo o material ilustrativo correspondente. Só dessa maneira poderá garantir a originalidade do seu ensinamento, sem as repetições desnecessárias que comprometem a motivação e o interêsse da classe;

4 — exige a organização do conteúdo em pequenos quadros, ou em pequenos passos, cada passo baseado no anterior e preparando para o subseqüente, de modo que o estudante possa prosseguir sòzinho, com um mínimo de erros, e sempre motivado, seguindo uma

seqüência lógica em que há aumento gradual das dificuldades, de um passo para outro ou de um quadro para outro;

5 — exige respostas freqüentes, tornando o estudante **ativo** no processo da aprendizagem, controlando o seu progresso e insistindo em que cada ponto ou passo seja realmente compreendido antes de passar para o seguinte;

6 — faz a confirmação ou correção imediata da resposta dada pelo aluno, constituindo êsse fato uma motivação constante e continuada, que mantém o estudante ineressado no assunto;

7 — dá oportunidade ao aluno para manter o seu próprio rítmo de estudo, transformando êste em uma atividade individual em que há estreita interação entre o estudante e o material que deverá aprender, sem pressão de tempo. Os alunos lentos progredirão lentamente, sem a ansiedade frustrante de uma competição desigual; os mais rápidos avançarão ràpidamente, sem serem tolhidos pela necessidade de esperar pelo resto da classe. O aluno assume a responsabilidade pelo seu próprio estudo;

8 — exige a avaliação continuada do progresso do aluno através de testes feitos ao finalizar cada uma das unidades do programa.

A avaliação constante do próprio programa é feita pelo professor, baseado na freqüência de erros dos alunos; revisões freqüentes determinam a supressão de possíveis falhas, assegurando a eficiência do ensino.

Essas características correspondem, realmente, aos 5 princípios fundamentais que regem o ensino programado e que são, segundo Evans (5):

1. **Princípio das etapas curtas** — a melhor maneira de aprender é avançar no estudo por meio de etapas curtas.

2. **Princípio da Resposta Ativa** — Os indivíduos aprendem melhor através da resposta ativa, isto é, quando a aprendizagem é feita através de uma ação ou atividade do aluno.

3. **Princípio da Confirmação Imediata** — Os indivíduos aprendem melhor quando podem confirmar imediatamente suas respostas.

4. **Princípio da Auto-determinação do Ritmo de Trabalho** — O estudante aprende melhor quando pode seguir seu próprio rítimo de estudo.

5. **Princípio da Revisão de Programas** — O programa será tanto melhor quanto mais revisões sofrer, à base do rendimento dos estudantes.

Tipos de programas

Há dois tipos, o chamado **linear** ou extrínsico, proposto e usado por Skinner e educadores da sua escola, e o **ramificado** ou intrínseco,

usado pelos seguidores de Norman A. Crowder, (6) seu idealizador.

O programa linear consiste em organizar o material a ser aprendido em uma série de quadros ou etapas curtas e simples, às vêzes constituídos por uma única sentença e contendo, além da informação que se pretende dar, ainda uma questão que deve ser respondida através do preenchimento de uma lacuna ou da escolha de uma alternativa. O estudante deve ler a informação (sem antes ter olhado a resposta), responder a pergunta correspondente, comprovar seu acêrto ou êrro e avançar para o quadro seguinte, tenha ou não acertado a resposta. É importante notar que as sentenças contidas nas etapas são construídas de modo a induzirem o estudante a responder corretamente; apresentam o indício, a "pista" a ser seguida. Na orientação os alunos são aconselhados a manterem a coluna de respostas oculta por um cartão que será baixado aos poucos, descobrindo cada resposta na hora de sua comprovaçção. Exemplo no anexo I.

O sistema intrínsico consiste em apresentar o material sob a forma de pequenas unidades de informação onde são explicados brevemente, mas de maneira completa, os pontos essenciais da matéria. O tamanho das unidades de informação pode variar desde uma exposição rápida, em 3 ou 4 sentenças, até uma página ou pouco mais, de acôrdo com o assunto. Depois de ler a unidade o aluno é submetido a um teste sôbre seu conteúdo, em geral uma questão do tipo escolha múltipla. Na orientação ao teste há instruções para êle escolher uma alternativa e seguir a indicação da página do livro onde sua resposta será comentada. Se acertou, recebe outras informações adicionais e avança no programa; se errou, recebe uma explicação sôbre o seu êrro, com orientação no sentido de reler a unidade e tentar outra resposta. Às vêzes o êrro do estudante o leva a uma série de outras unidades colaterais a fim de suprir os conhecimentos que lhe faltam sôbre o assunto. Assim é que, neste sistema, nem todos os estudantes passam por tôdas as unidades de informação, ao contrário do sistema linear em que todos seguem a mesma seqüência nos quadros e etapas. Exemplo do sistema intrinsíco no anexo II.

Programas escritos em ambos os sistemas têm sido amplamente empregados, quer sob a forma de livros impressos ou em fôlhas mimeografadas, quer através de máquinas de ensinar. Estas consistem em projetores onde são colocados micro-filmes com o programa; trazem ao lado da tela uma série de comutadores que são usados pelo estudantes para avançar no seu estudo, pois estão numerados ou apresentam as letras correspondentes às alternativas que o estudante poderá escolher ao responder a questão de escolha múl-

tipla. No sistema intrínsico a máquina encarrega-se de conduzir o aluno para as diferentes unidades de informação de acôrdo com as respostas que êle selecionar; no sistema linear, após reproduzir a resposta certa, conduz o aluno para o quadro seguinte. É interessante notar que a máquina não permite ao aluno avançar senão após ter completado o quadro de acôrdo com as instruções iniciais. Se deu uma resposta errada, por exemplo, é orientado no sentido de apertar um dos comutadores (**R**) para voltar a ler a unidade e a escolher outra resposta; e **R** será o único comutador que responderá ao toque do aluno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não estamos ainda preparados para afirmar se realmente o método é vantajoso para o ensino da enfermagem sob o ponto de vista educacional. Os poucos estudos feitos por educadores norte americanas (7), baseados na experimentação de programas já prontos ou preparados especialmente para a investigação, têm dado resultados contraditórios no que se refere ao aproveitamento dos alunos, o que aliás, pode correr por conta da qualidade do programa e não do método. Todos concordam, entretanto, em que os estudantes o apreciam e que de fato constitue o processo ideal para ensinar certos assuntos ou para rever matéria já estudada.

Apesar da imediata utilização do ensino programado entre nós não ser ainda possível por causa do alto custo (livros individuais, grande quantidade de material mimeografado ou programas em microfilmes e máquinas de ensinar em número proporcional ao de alunos) e porque ainda não há programas traduzidos ou quem os escreva em português, não podemos ignorar ser êsse método uma possível resposta ao problema de falta de professôres, principalmente nas escolas de enfermagem.

Escrever programas, porém, não é tarefa fácil. Consome tempo e exige do professor um conhecimento profundo da disciplina o que, aliás, é requisito fundamental ao exercício de sua função, mas aliado ao domínio da técnica de preparar programas por meio de um dos sistemas já mencionados. O nôvo método constitue um desafio ao corpo docente de nossas escolas. Procurar conhecê-lo bem e experimentá-lo no ensino da enfermagem poderá ser um alvo a ser atingido nêsses próximos anos.

BIBLIOGRAFIA

1. HOLLAND, J. G. e SKINNER, B. F. — The Analysis of Behaviour. New York, MacGraw-Hill Book Co., 1961.

2. SEEDOR, Marie M. — Programed Instruction for Nursing in Community College. New York, Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1963.

3. LYSAUGHT, Jerome P. e WILLIAMS, C. M. — A Guide to Programmed Instruction. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1963.

4. MAGER, Robert F. — Preparing Instructional Objectives. Palo Alto, Fearon Publishers, 1962.

5. EVANS, James L. — Principios de Aprendizagem Programado. Folheto mimeografado.

6. CROWDER, Norman A. — Racional de la Programación Intrinsica. Tradução do artigo a ser publicado no boletim "Aprendizaje Programado", Abril, 1962.

7. ELLIOT, Jo. E. — Toward More Effective Teaching in WCHEN Schools. Western Interstate Comission for Higher Education, 1964.

8. SEEDOR, Marie M. — Aids to Diagnosis. New York, Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1964.

9. BRETHOWER, Dale M. — Programed Instruction: a manual of programing techniques. Chicago, Educational Methods, Inc., 1963.

17 LANGE, Phil C. — Selection and Use of Programed Learning Materials. Separata do NEA Journal, April, 1964.

11. POLONY, Louis J. — Programmed Instruction and Automated Education for Hospital and other Medical Personnel. Separata do artigo publicado em **Hospital Progress, February,** 1965.

12. WALTHER, R. E. e Crowder, S. A. — Techniques in Intrinsic Programming. U. S. Industries, Inc. Educacional Science Division, 1965.

ANEXO I

Exemplo de ensino programado, **tipo linear**

Princípios de Aprendizagem Programada por James L. Evans, Ph. D

(cópia mimeografada, em espanhol)

	1. Aprender é divertido. Entretanto, quando se começa a estudar uma matéria, cometem-se às vêzes muitos erros. A maioria dos estudantes (gosta/não gosta) de cometer erros.
não gosta	
	2. Se o estudante comete muitos erros, em geral acaba se convencendo de que não gosta da matéria. Na realidade, porém, o de que não gosta é de cometer .....
erros	
	3. Durante muito tempo os educadores, os psicólogos e o público em geral acreditaram não ser possível aprender sem cometer muitos **erros.** Esta maneira de aprender por ensaio e erros recebeu êsse mesmo nome, "método de ..... e ....."
ensaios e erros	
	4. Os recentes progressos da psicologia da educação puzeram sérias dúvidas sôbre a necessidade do "método de ensaio e erros". Se o material docente fôr preparado minuciosamente ou **programado** de maneira especial, o estudante poderá chegar a dominar a matéria tendo cometido apenas uns poucos erros. O material que você está examinando foi preparado ou ..... desta maneira especial.
programado	
	5. A idéia fundamental do ensino programado consiste em conseguir que o estudante que segue um curso programado, composto de uma série de etapas curtas e simples, aprenda da maneira mais eficaz, amena e permanente. Se o estudante vai avançando pouco a pouco de uma etapa a outra, provàvelmente (cometerá/não cometerá) erros.
não cometerá	

ANEXO II

Exemplo de ensino programado, **tipo intrínsico**

Cópia de parte de uma secção do livro "Aids to Diagnosis" de Márie Seedor (7)

Página 203 — Lição II — Secção 4 — Pressão Sangüinea

Objetivos

Após estudar esta secção você estará em condições de poder:
determinar a pressão sangüinea;
descrever com suas próprias palavras o mecanismo de manutenção da pressão sangüinea no corpo humano;
definir as pressões sistólica e diastólica;
definir a pressão do pulso;
tomar a pressão arterial;
identificar o local mais comumente utilizado para tomar a pressão sangüinea arterial;
identificar a pressão sangüinea normal;
compreender a importância da pressão sangüinea como sinal vital;
conhecer alguns desvios da pressão sangüinea normal.
Passe à página seguinte onde começa a secção sôbre pressão arterial.

Página 204

A expressão **pressão sangüinea** refere-se normalmente à pressão que o sangue exerce contra as paredes das artérias. Em têrmos gerais a expressão pressão sangüinea arterial 'é mais exata por que geralmente é medida nas artérias. Entretanto, a pressão pode ser medida em qualquer vaso sangüineo e atualmente os médicos vêm utilizando a pressão **venosa** como meio de diagnóstico.

Normalmente o sangue dos vasos sangüineos encontra-se com certa pressão, que varia entre alta nas artérias e mais baixa nos capilares, até atingir uma pressão negativa quando o sangue volta ao coração através das veias. Você deve estar lembrada, pelos seus conhecimentos de fisiologia, que a aorta se expande quando o ventrículo esquerdo a enche de sangue. Assim, parte da fôrça é gasta nesse trabalho, outra parte perde-se ao vencer a fricção e uma 3.ª parte é utilizada para impulsionar o sangue dentro das arteriolas. A

pressão sangüinea diminui à medida que êste se afasta do ventrículo esquerdo. A pressão sangüinea depende de muitos fatôres, tais como a fôrça do sangue contra a parede das artérias e a resistência que as paredes arteriais oferecem ao sangue.

Responda, por favor, a seguinte pergunta:

Você crê que a leitura da pressão arterial é a mesma da pressão venosa, em um paciente em repouso?

Não sei. Página 208
Sim. Página 207
Não. Página 210

— Página 205 — outros pontos sôbre "Pressão sangüinea"
— Página 206 — outros pontos sôbre "Pressão sangüinea"

Página 207

SUA RESPOSTA: Num paciente em repouso a leitura da pressão arterial é a mesma da pressão venosa.

Errado. Explicamos que a pressão varia entre elevada nas artérias e uma pressão negativa nas veias próximas ao coração. Por conseguinte, a leitura da pressão arterial e venosa não é a mesma em um paciente em repouso, não é?

Volte à página 204 e selecione a resposta certa.

Página 208

SUA RESPOSTA: Não sei.

Reflita. Dissemos que a pressão sangüinea variava entre elevada nas artérias, que recebem o sangue do coração, e muito baixa ou negativa nas grandes veias próximas ao coração. Também explicamos a razão pela qual a pressão diminuia à medida que o sangue se afasta do lado esquerdo do coração. Talvez seja conveniente que você leia de nôvo, com muita atenção, a página 204 e selecione a resposta certa.

— Página 209 — outros pontos sôbre "Pressão sangüinea".

Página 210

SUA RESPOSTA: Num paciente em repouso, a leitura da pressão arterial não é a mesma da pressão venosa.

Exatamente. A pressão sangüinea varia nas artérias e nas veias, sendo tanto menor quanto mais afastado do lado esquerdo do coração esteja o vaso.

O sangue circula nas artérias de maneira semelhante à água quando passa por uma mangueira. Se você imaginar uma pessoa abrindo e fechando constantemente a torneira, poderá fazer uma idéia da série de jactos que obrigam o sangue a sair do coração. É evidente que são necessárias duas leituras diferentes da pressão arterial.

Quando o ventrículo se contrai produz-se a maior pressão, e durnate o período de repouso do coração, a menor. A palavra **sistole** refere-se à contração do ventrículo e, por conseguinte, a pressão que se produz durante a contração do ventrículo esquerdo denomina-se pressão **sistólica.** A palavra diástole refere-se ao período de repouso do coração, e a pressão correspondente a êsse período denomina-se pressão **diastólica.**

Responda, por favor, a seguinte pergunta:
A pressão sistólica pode definir-se como:

— a menor pressão exercida nos vasos sangüineos pág. 218
— a pressão que se observa nas artérias de uma pessoa em repouso ..... pág. 206
— a pressão máxima exercida quando o ventrículo esquerdo se contrai ..... pág. 215

INSTRUÇÃO PROGRAMADA

Ermengarda de Faria Alvim *

INTRODUÇÃO:

Em 1964 participamos de um Seminário promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde, com a finalidade de divulgar um método de ensino conhecido por "Instrução Programada", e estudar a possibilidade de sua aplicação ao ensino de pessoal auxiliar de enfermagem.

O método em questão, que fôra aperfeiçoado já há alguns anos por Skinner e outros, só recentemente está tendo aceitação em todos os níveis de ensino, desde o elementar ao universitário, sendo usado nas mais variadas disciplinas. O afluxo de um número cada vez maior de estudantes às escolas e a carência de professôres, tiveram como conseqüência a organização de classes demasiadamente grandes que não permitem a atenção individualizada aos alunos. Outro problema que preocupa sobremodo os educadores é o grande volume de conhecimentos que um indivíduo hoje necessita adquirir, sendo pràticamente impossível o estudo mais aprofundado das matérias, a não ser em circunstâncias muito especiais. A Instrução Programada visa justamente atender a êstes dois aspectos: individualizar o ensino e condensar os fundamentos de uma matéria, de maneira sistemática e ordenada, obedecendo a determinados princípios básicos

Características do Método

A Instrução Programada é diferente dos outros métodos usados até hoje, pelo fato de programar ou de controlar o processo de aprendizado pelo que o indivíduo necessita passar para adquirir um conhecimento ou uma habilidade específica.

O método é baseado na teoria do **reforço** que discutiremos mais adiante.

O método didático, prèviamente preparado e manuseado individualmente pelo aluno, toma o lugar das preleções e das exposições da matéria, antes a cargo do professor.

---

* Chefe do Setor de Enfermagem da Divisão de Saúde da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública

O primeiro contato com êsse material didático é desconcertante pois é diverso de tudo que já foi utilizado em ensino. Entretanto, depois de conhecermos seus fundamentos e de estarmos mais familiarizados com as diferentes técnicas usadas na apresentação do material, é nossa curiosidade despertada e sentimos mesmo vontade de experimentar o método. Uma matéria apresentada pelo método de "Instrução Programada" apresenta as seguintes características:

— tem objetivos claramente definidos, em têrmos do que se espera o aluno seja capaz de fazer ao término do aprendizado;

— o texto, em linguagem simples, é apresentado por meio de afirmativas claras, de seqüência lógica, em pequenas etapas, que gradativamente aumentam de complexidade;

— o texto é ilustrado com inúmeros exemplos que levam a generalizações;

— o texto é intercalado de espaços em branco ou de perguntas que exijam a participação ativa do aluno;

— há correção imediata quando se dá uma resposta errada, ou complementação quando se dá resposta certa: esta última é conhecida como **reforço;** o reforço pode ser acompanhado de elogio;

— a avaliação é contínua, por meio das próprias respostas dadas em cada página e dos testes, no fim de cada capítulo.

O professor está presente ou accessível para qualquer consulta e depois do aluno ter recebido orientação inicial sôbre a maneira de utilizar o material, prossegue êle a leitura e estudo, seguindo seu ritimo individual.

Numa classe comum, um pequeno grupo de alunos com capacidade acima do normal, não encontrará dificuldade na utilização do material; acertará quase tôdas as respostas e testes e terminará em muito menos tempo que os demais. Para êstes poderá ser indicada uma leitura relacionada ao texto e dêssse modo êsses alunos poderão adquirir conhecimentos mais amplos.

A maior parte dos alunos constituirá o nível médio da classe e êsses levarão aproximadamente o mesmo tempo, podendo participar também de discussões de grupo, leitura individaul ou de outras atividades.

Os restantes levarão mais tempo, cometerão enganos, mas finalmente conseguirão vencer ao menos os **fundamentos** da **matéria.**

Numa classe comum, os primeiros, que aprendem com mais facilidade, geralmente acabam se desinteressando das aulas e aquêles que são mais limitados não conseguem acompanhar os demais.

Diferentes técnicas são usadas na apresentação da Instrução

Programada, sendo as mais comuns a linear e a ramificada, muitas vêzes também usadas em associação.

A técnica linear é considerada por muitos a mais adequada pois requer maior participação ativa dos alunos e nunca são feitas afirmativas erradas, como ocorre na técnica de ramificação, em que o aluno, entre um número de respostas e uma pergunta que pode variar de 2 até 5, tem de escolher a certa, podendo acertar por acaso ou por eliminação.

Princípios psicológicos em que se fundamenta a Instrução Programada

A Instrução Programada é fundamentada na Teoria de Reforço, descoberta psicológica mais ou menos recente.

Esta teoria se resume no seguinte:

— um indivíduo aprende, ou modifica seu modo de agir, observando as conseqüências de suas ações;

— as conseqüências que fortalecem a probabilidade de repetição são chamadas reforço;

— se o reforço ocorre imediatamente após a conduta desejada e se fôr freqüente será maior a probabilidade da mesma ser repetida;

— a ausência, ou mesmo a demora do reforço em seguida a um ato, diminuem a probabilidade dêste ser repetido;

— o aprendizado pode ser controlado por reforço diferencial, isto é, reforçando-se aquêles comportamentos que devem ser repetidos e refreando o reforço aos atos indesejáveis;

— além de aumentar a probabilidade de repetição de um ato, o reforço aumenta a atividade do aluno, apressa seu ritmo de trabalho e aumenta seu interêsse pelo mesmo.

Êsses podem ser chamados os efeitos de motivação de reforço.

Vantagens e Limitações do Método

Embora convencidos que a Instrução Programada oferece inúmeras possibilidades, não deve ser olhada como uma panacéia para todos os problemas de ensino; pode ser considerada antes como mais um recurso educacional, que quando usado corretamente, poderá oferecer inúmeras vantagens. Além da economia do tempo do professor e da possibilidade de se manter classes maiores em que o ensino pode ser conduzido de modo a atender às características de cada aluno, convém ainda destacar a participação ativa do mesmo exigida por êsse método, e que oferece muito maiores possibilidades de aprendizado.

Todavia, a utilização ampla dêsse método dependerá de uma série de fatôres, quais sejam: a capaciade de leitura de alunos com instrução primária; a escassez dêsse material didático, mesmo

em língua estrangeira; a morosidade de seu preparo, porque deve obedecer a técnica especial e o alto custo de sua confecção.

Parece-nos, entretanto, que o método oferece tantas possibilidades que valeria a pena conduzir algumas experiências controladas, a fim de se poder chegar a conclusões mais positivas a respeito.

Possibilidades de sua aplicação

A análise da bibliografia existente indica que o método de Instrução Programada está sendo usado na formação dos mais variados profissionais.

A nosso ver poderia ser aplicado não apenas no ensino de enfermagem, para pessoal de diferentes categorias, mas também no ensino de outros profissionais de saúde, como laboratoristas, auxiliares de saneamento e outros. Nas escolas primárias poderia ser utilizado como material de leitura para a divulgação da educação sanitária (vide exemplo anexo) e ainda, como material especialmente preparado para os professores, poderia objetivar o seu preparo em determinadas tarefas básicas que visem a promoção da saúde do escolar.

Na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública foi feita adaptação dos dois livros sôbre Fundamentos de Enfermagem, escritos para Enfermeiras pela Dra. Maria Seedor: "Ajuda de Diagnóstico" e "Assepsia". Como desejávamos experimentar o método numa situação de ensino mais simples, adaptamos o material ao nível de atendente que atua numa unidade sanitária. O programa em uso continuará o mesmo, apenas os aspectos acima referidos (ajuda ao diagnóstico e assepsia) seriam apresentados sob a forma de Instrução Programada. O primeiro material já foi testado e algumas partes terão de ser re-escritas, visando maior clareza e linguagem mais simples. A segunda parte está sendo testada presentemente.

A nosso ver, seria preferível que o material não fôsse traduzido nem adaptado mas preparado por nós mesmas, o que seria possível desde que as enfermeiras interessadas pudessem ser orientadas, não apenas sôbre o método, mas principalmente sôbre a confecção do material.

Caso um número ,suficiente de enfermeiras estivesse interessado no assunto, faríamos as seguintes:

RECOMENDAÇÕES

Que seja estudada a possibilidade de ser promovido um Seminário com a finalidade de orientar as enfermeiras interessadas sô-

bre o método de Instrução Programada, com especial atenção ao preparo de material.

Que após o Seminário seja constituído um Grupo de Trabalho para o preparo de material para diferentes níveis, julgado de maior interêsse.

Que sejam realizadas experiências pilôto para a aplicação do método, utilizando-se o material antes referido, a fim de se obter informações mais precisas sôbre a viabilidade e vantagens da sua utilização em maior escala.

BIBLIOGRAFIA

DETERLINE, William A. — An Introduction To Programamed Instruction. Englewood Cliffs, A. S. Prentice — Hall, 1962.

GALANTER, Eugene — Automatio Teaching. The State of the Art. New York, Jonh Wiley and Sons, 1959.

LYSAUGHT, Jerome P. and WILLIAMS, Clarence M. — A Guide to Programmed Instruction. New York, Jonh Wiley and Sons, 1963.

MAGER, Robert F. — Preparing Objetives for Programmed Instruction. San Francisco, Fearon Publishers, 1962.

SEEDOR, Marie M. — Aides to Diagnosis: A Programmed Unit in Fundamentals of Nursing. New York, Teachers College, Columbia University, 1964.

SEEDOR, Marie M. — Introduction to Asepsis. A programmed Unit in Fundamentals of Nursing. New York, Teachers College, Columbia University, 1964.

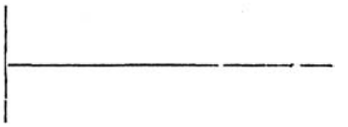
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD — Informe del Seminário sôbre Adiestramiento de Auxiliar de Enfermeira, 1965.

Anexo I

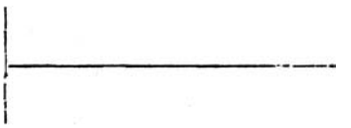
Material de Educação Sanitária, para uso no 5.º Ano do Curso Primário.

ÁGUA

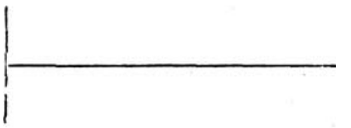
1 — A água é indispensável à vida.
Tôdas as pessoas precisam de água.
Os animais e as plantas precisam de água.
A água (também é não é) indispensável à vida dos animais e das plantas.

Também é 

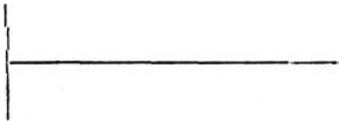
2 — A água é usada:
— para beber;
— para o asseio do corpo;
— para o preparo dos alimentos;
— para lavar roupas;
— na limpeza da casa;
— nas indústrias;
— para fornecer energia através das usinas de eletricidade e mover máquinas e vapor (navios, trens, etc)
Vemos assim que a água é _____ à vida.

Indispensável 

3 — A água vem dos rios, das chuvas, dos lagos, nascentes e poços. Nem tôda água é limpa; a água dos rios, dos lagos, das nascentes e dos poços às vêzes é suja.
Lixo, fezes e outras imundíceis (sujam, não sujam) a água.

Sujam 

4 — A água suja de lixo, fezes e outras imundícies contém micróbios.
Os micróbios são bichinhos tão pequenos que só podem ser vistos com lentes de aumento.
Êsses micróbios atacam vários órgãos das pessoas e dos animais, podendo causar

Doenças 

5 — A febre tifóide, as disenterias e algumas verminoses são doenças que podem ser causadas pela água.
Essas doenças podem matar milhares de pessoas num ano.

Devemos ter cuidados especiais com a água para que (cause, não cause) essas doenças).

Não cause

6 — Muitas vêzes a aparência das cousas engana.
Uma água aparentemente limpa, pode não ser boa para beber.
Uma água limpa, clara e gostosa, pode estar cheia de———— ———— que causam doenças.

Micróbios

7 — Devemos ter os seguintes cuidados com a água para que não prejudique a ————————:
— evitar despejar as fezes nos rios ou lagos que abastecem as cidades, ou próximo dêles;
— evitar construir poços perto de fossas e ter o cuidado de proteger suas paredes internas com tijolos e cimento;
— só retirar água dos poços por meio de bombas e torneiras;
— não colhêr ou transportar água em vasilhas sujas e destampadas;
— guardar a água em casa, em reservatórios ou depósitos com tampas e torneiras.

Saúde

8 — Êsses cuidados visam proteger a água para que ela se apresente limpa e com (poucos, muitos) micróbios.

Poucos

9 — Outros meios para garantir que a ———— seja pura, é filtrando-a e fercendo-a.

Água

10 — Depois de fervida a água fica "pesada" e com gôsto diferente. Para que a água volte a ficar gostosa é necessário passá-la de uma vasilha para outra para que o ar penetre novamente nela.

Deve-se ter cuidado de só usar vasilhas ———— para não sujar a água.

Limpas

11 — Outro meio de ———— a água é construir sistemas públicos de abastecimento de água, providos de Estações de Tratamento, para tornar a água potável (boa, má) para beber e Rêde de Distribuição para entregá-la dentro de nossas casas.

Proteger boa
Boa

12 — As Estações de ———— servem para filtrar e desinfetar a água, bem como algumas vêzes, adicionar-lhe substâncias que fazem bem ao organismo das pessoas.

Tratamento

Observações: Linguagem e conteúdo adaptados à compreensão do escolar de nível primário (5.º ano). Prèviamente os alunos são orientados sôbre a maneira de usar o material.

INSTRUÇÃO PROGRAMADA

Tentativa de aplicação dêste método em Introdução à Enfermagem

Maria Helena Machado *
Emilia L. S. Angerami *
Regina M. Nobre *

INTRODUÇAO

No presente trabalho não pretendemos relatar uma experiência do método Instrução Programa (I. P.) mas, apenas uma tentativa de sua aplicação.

Através de material da Universidade de Brasília, obtido por um membro do Corpo Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, foi que tivemos conhecimento da I. P.

Como instrutores da Cadeira de Fundamentos de Enfermagem sentíamos a necessidade de modificar o método de ensino até então usado na disciplina de Introdução à Enfermagem, pois queríamos motivar o aluno para: melhor observação e contacto com o paciente, aplicação dos princípios científicos ensinados e desenvolvimento de sua habilidade manual, a fim de que possa acompanhar o progresso científico e consequentemente da enfermagem. A I. P. vira satisfazer nossas necessidades uma vez que pode ser aplicada em qualquer área do conhecimento humano (e animal) desde que êsse conhecimento tenha objetivo traduzível em comportamento e seja mensurável.

HISTÓRICO

O desenvolvimento da ciência do comportamento humano, de tão variada aplicação, está ligado a nomes de autores e cientistas famosos. Thorndike publicou no fim do século passado, "Animal Inteligence", da qual os educadores tem aceito uma série de achados. Êle e seus seguidores contribuiram para evidenciar e mostrar

---

* Instrutoras junto a Cadeira de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, U. S. P.

que o aprendizado, impelido por um estímulo, responde de um modo calculado para conquistar obstáculos e alcançar objetivos.

Hull, da Universidade de Yale, formulou a teoria da formação dos conceitos e a êle deve-se em parte alguns dos postulados brasileiros da ciência do comportamento. Segundo êsse autor, os conceitos abstratos são assimilados através de generalização, partindo de exemplos concretos, como corolário fundamental de que, no processo de assimilação de conceito, o específico deve preceder o geral.

Foi o professor B. F. Skinner, da Universidade de Havard, que conduziu a maior parte dos trabalhos científicos básicos do desenvolvimento da tecnologia do comportamento e os apresentou através de suas principais obras e de um grande número de artigos publicados de 1938 em diante.

Finalmente, a aplicação da psicologia experimental ao campo de ensino recebeu sua mais decisiva contribuição com Holland e Skinner incorporando os princípios da teoria do reforçamento em seus primeiros cursos de programas de ensino. Skinner pode ser realmente considerado como o fundador da I. P. e embora ela represente hoje metodologia de valor confirmado e seu uso seja cres. cente, sua primeira aplicação remonta apenas a 1952.

Nos últimos cinco anos esta teoria tem se desenvolvido muito, sendo que a envolveu e amadureceu uma grande variedade de técnicas e métodos de ensino, tendo em comum certas características que lhe são peculiares.

No Brasil, o método de I. P. ainda não é muito conhecido e nos Estados Unidos representa a etapa inicial de uma revolução na metodologia do ensino. Nesse país tem sido usado em escolas primárias, secundárias, superiores, em Escolas de Enfermagem e na indústria.

MÉTODO

Considerado como um método de ensino a I. P. difere de modo geral de todos os outros métodos de ensino, de livros, conferências e técnicas audio-visuais, porque programa ou controla o processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo adquire um conhecimento específico. Baseia-se em pesquisas psicológicas recentes que tendem a determinar como se aprende mais eficientemente.

Na I. P. é de particular importância a apresentação da matéria em pequenas partes, partindo-se do mais simples para o mais complexo para que o estudante possa assimilar o programa que lhe é oferecido, com informações em doses pequenas, exigindo resposta ativa a cada passo e, simultâneamente, exigindo imediata confirmação e um refôrço. O método propicia assimilação mais adequada

e diminui a possibilidade de êrro. Alunos diferentes podem progredir no programa em graus variáveis dentro do princípio da auto determinação do rítmo de trabalho.

Na organização do programa e arranjo da matéria em I. P. devemos levar em consideração o grau de conhecimento dos aprendizes ou seja, a homogeneidade ou heterogeneidade do grupo, o seu tipo de comportamento e a modificação que neste dosejamos obter.

Em 1965, já movidas pelo desejo de modificação do ensino de Introdução à Enfermagem, porém sem possuir conhecimentos seguros sôbre a I. P., no 1.º semestre planejamos, com os alunos, trabalhos escritos para aplicação dos princípios científicos a cada técnica ensinada. Isto nos auxiliou bastante quando tentamos a aplicação da I. P. no 2.º semestre, pois os alunos encontraram uma fonte de estudo e o grupo, com isso, se prestou à experiência. Inúmeras dificuldades foram encontradas, tais como: tempo limitado para preparo do material, bibliografia escassa (em nossa biblioteca pouca literatura existia referente ao método em enfermagem), total inexperiência na aplicação do método e falta de orientação, dificuldade no preparo do material e ambiente inadequado de trabalho.

Contávamos com nosso desejo de melhorar o ensino e com a grande colaboração do grupo experimental de alunos.

Convocamos os alunos para uma reunião onde o método foi exposto, as dúvidas esclarecidas e solicitada sua colaboração. Constatamos boa receptividade por parte dos mesmos. Explicamos que dêles desejávamos obter uma mudança de comportamento, admitindo-se naturalmente que uma mudança de comportamento evidencia aquisição de conhecimentos.

A matéria foi apresentada passo por passo, de maneira a ser fàcilmente compreendida. O incremento de dificuldade entre dois passos sucessivos foi estremamente pequeno. A seqüência dos passos em conjunto permitia aos estudantes prosseguir para tarefas mais difíceis e complexas sòmente à medida que estivessem preparados para atingí-las. Por exemplo, partiam de tarefas simples como a medida de temperatura corporal até a mais complexa, ou seja, o cuidado integral do paciente. Essa matéria foi apresentada fragmentada em 23 passos, levando-se em consideração o princípio de caminhar sempre do mais simples para o mais complexo de modo que cada passo fôsse alicerçado nos anteriores e preparasse para os subseqüentes. Organizamos questionários relativos a cada passo, como exercício de verificação.

Preparamos o campo de trabalho fazendo um levantamento do material existente na clínica e sua localização. Disto foram feitas pastas deixadas na clínica e na biblioteca da Escola de Enferma-

gem, para consulta. Construímos uma planta da clínica acompanhada de um guia que dava ao aluno tôdas as informações de que necessitava, a saber: aparelhagem e material existente na clínica, sua localização, ambiente de trabalho, atitude profissional e uniformes.

Quando os alunos iniciaram suas atividades no campo hospitalar, foi-lhes entregue a planta e o guia da clínica como preliminar. Tiveram ampla liberdade de localizar todo material existente e fazer as perguntas que julgassem necessárias. Deveriam êles, no momento em que se julgassem conhecedores da matéria, procurar a instrutora para os exercícios de verificação.

Já no campo de trabalho foram entregues, a cada aluno, uma introdução para o primeiro passo visando orientá-lo e estimulá-lo, fôlha contendo a técnica de enfermagem referente ao passo a ser realizado e ultrapassado, bem como os trabalhos de aplicação de princípios científicos.

Os alunos iam diàriamente ao hospital a partir das 7 ou das 13 horas conforme o horário fixado para início de suas atividades, todavia, não estipulamos horário para saída, desde que cada aluno tinha plena liberdade de permanecer na clínica o tempo que julgasse necessário.

Uma das características da I. P. é a eliminação gradual do professor, à medida que o aluno fôr adquirindo maior soma de conhecimentos. Entretanto, considerando que as atividades de enfermagem giram em tôrno do paciente, não poderíamos deixar que os estudantes se desenvolvessem completamente sòzinhos e ficamos sempre, as três instrutoras, à disposição dêles, exercendo ao mesmo tempo constante supervisão, mesmo à distância. A nossa presença possibilitou solicitações dos alunos em algumas eventualidades referentes tanto ao comportamento do paciente, ao material existente (defeitos apresentados ou dúvidas quanto ao seu funcionamento), como às suas próprias atividades (se nã tivessem passado pela experiência, se não tivessem entendido as instruções ou diante de algum imprevisto).

Cada procedimento nôvo de enfermagem foi precedido de uma demonstração e esclarecimento de dúvida. A partir de então o aluno teve ampla liberdade de praticá-lo o quanto julgasse necessário até sentir-se pronto para submeter-se à verificação. Esta constou de um exercício escrito, que visava testar os conhecimentos científicos aplicados ao procedimento em questão e da realização do procedimento na presença da instrutora.

Para fins de avaliação foi determinado um valor para cada item, valor êste não expresso em nota, mas passível de transformação: ótimo, bom, regular e mau. Êste último impediria ao aluno

de prosseguir. Os itens estabelecidos como critério de julgamento foram: 1) conhecimentos científicos; 2) destreza no preparo do material e cuidado com o mesmo; 3) tempo do desenvolvimento e 4) atitudes em grupo e com o paciente.

Se o estudante conseguisse um conjunto de valores de regular para cima podia prosseguir para o passo seguinte, sendo recompensado de alguma forma, como: ao passar pelo passo de "Temperatura", êle podia passar a anotar no gráfico, sem supervisão, a temperatura de seus pacientes. Esta atividade, sem supervisão, tinha diversas finalidades: funcionava como estímulo para prosseguir, como reforçamento, porque a partir de então seria sua prática diária junto ao paciente e como meio de fixação de conhecimentos. A cada passo o aluno adquiria novos conhecimentos e responsabilidades, que o aproximavam cada vez mais do cuidado integral ao paciente.

Como já foi dito, defrontamo-nos com uma série de dificuldades que fomos superando aos poucos. Sentimo-nos, todavia, muito satisfeitas com os resultados obtidos, pois, cremos ter alcançado se não no total, pelo menos em parte, nossos objetivos.

AVALIAÇÃO

Podemos aqui relatar, para melhor ilustração, o que conseguimos numa avaliação final, ao término do curso. Nosso grupo era constituído por dez alunos, dois dos quais não conseguiram terminar o programa no tempo previsto e, conseqüentemente, não obtiveram média na prova final; os demais após terem completado o programa obtiveram uma média de aproveitamento superior a 90%.

Ao avaliarmos a aplicação do método de I. P. no ensino de enfermagem encontramos uma série de vantagens e algumas falhas que passaremos a considerar. Comecemos pelas vantagens:

— Interêsse crescente quanto à realização dos procedimentos e maior dedicação hospitalar. Os alunos permaneciam nas enfermarias por um tempo maior do que o previsto, solicitando-nos algumas vêzes para acompanhá-los ao hospital aos sábados e domingos.

— Desenvolvimento progressivo da iniciativa do aluno. Os próprios alunos procuravam oportunidades para o desenvolvimento dos procedimentos.

— Aplicação dos princípios científicos em cada procedimento e portanto melhor integração das disciplinas da cadeira de Fundamentos de Enfermagem.

— Maior economia e aproveitamento de tempo no treinamento do grupo.

Quanto às falhas, constatamos ter sido maior o interêsse do aluno pela execução dos procedimentos pròpriamente ditos que condicionavam seu progresso no programa, do que em relação ao paciente, que em parte, se tornava apenas um objeto de estudo. Para sanar estas falhas realizamos reuniões de grupos e entrevistas individuais procurando ressaltar a importância do indivíduo como um todo e o objetivo do cuidado de enfermagem integral. Em parte conseguimos melhorar a atitude do estudante em relação ao paciente.

Após a experiência do ano de 1965 chegamos à conclusão de que o método deveria continuar a ser usado. Restáva-nos selecionar o modêlo que se adaptaria melhor ao ensino de enfermagem, se o **linear ou extrínsico de Skinner** ou o **intrínseco ou de múltipla escolha de Crowder.***

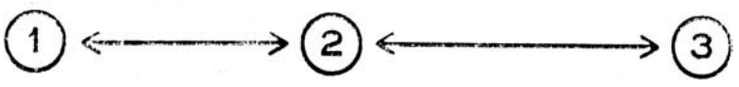
Dois motivos nos levaram a escolher o método de Crowder para aplicação em grande parte do nosso programa: primeiramente porque êste método dá maior oportunidade ao aluno de se individualizar e de adquirir um conhecimento mais amplo da matéria, visto que lhe mostra o porquê do seu êrro. Em segundo lugar por termos em mãos literatura específica em Fundamentos de Enfermagem, principalmente os livros de M. Seedor, da qual fizemos uma adaptação. (Apenso 1).

CONCLUSÃO

Na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, pela primeira vez, foi realizada uma tentativa de aplicação do método de Instrução Programada, inovação das mais discutidas no ensino moderno.

Achamos que o uso do método é realmente vantajoso, embora talvez seja muito cedo para uma avaliação definitiva. Neste ano de 1966 estamos continuando com essa experiência e no final do ano letivo pretendemos fazer uma reavaliação, uma vez que, além da adaptação de livros americanos, material original e ideal para o nosso meio está sendo elaborado pelo nosso Departamento.

O esquema linear ou extrínseco de Skinner segue o seguinte diagrama:



O estudante responde ao primeiro ítem e após receber a confirmação de sua resposta prossegue para o próximo ítem, e aos subseqüentes numa forma linear. Intrínseco ou de múltipla escolha de

APENSO 1

Exemplo concreto de uma lição em Instrução Programada aplicada atualmente na disciplina de Introdução à Enfermagem.

Primeiramente são dadas instruções sôbre o que o aluno deve fazer e apresentados os objetivos da lição.

Esta é apresentada em tópicos.

Exemplo: **TEMPERATURA CORPORAL**

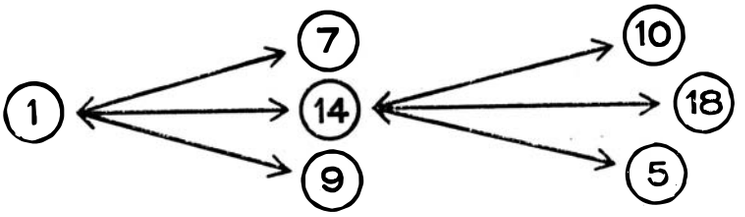
Tópico 1

Tôda pessoa saudável tem o que é chamado de temperatura normal. A temperatura do corpo permanece razoàvelmente constante apesar das mudanças na temperatura do ambiente. Você pode lembrar da biologia que todo animal de sangue quente, saudável, tem uma temperatura que permanece a mesma, ou normal, enquanto que os animais que são chamados de sangue-frio tem uma temperatura que muda com a temperatura do ambiente.

O que queremos dizer quando falamos sôbre temperatura do corpo, temperatura da água do banho, temperatura do fôrno? Nós também falamos da temperatura da sala e da temperatura do refrigerador.

De acôrdo com o dicionário, a palavra **temperatura** é definida como o gráu de calor ou frio (falta de calor) medido numa escala definida. **Temperatura corporal** refere-se então ao gráu de calor do corpo. A temperatura corporal é mantida quase inteiramente pelo calor produzido como um produto próprio de trabalho, no processo da vida. O calor é conservado no corpo por vários meios, por exem-

Crowder feito para remediar certos inconvenientes do sistema linear e que segue o seguinte diagrama:



No primeiro ítem o estudante recebe uma pequena dose de informação, então escolhe uma das resposta; se a escolhida é incorreta ou inadequada êle recebe explicação do seu êrro e retorna ao ítem de partida para nova escolha; se a resposta escolhida é a correta êle tem ordem para prosseguir.

plo: pela constricção dos vasos sanguíneos na pele, ou pelo calafrio. A temperatura normal do corpo é o resultado do **balanço** mantido entre o calor produzido e o calor perdido num organismo saudável.

Qual das seguintes respostas melhor descreve uma temperatura corporal normal?

A intensidade do calor corporal medida num termômetro Top. 12
A sensação de calor ou falta dêle numa sala, sentido por uma pessoal normal. Top. 8
A temperatura que muda porque há mudança na temperatura da sala. Top. 3
Nenhuma delas. Top. 6

BIBLIOGRAFIA

BRANCO, João P. do Rio — Instrução Programada. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.** Ministério da Educação e Cultura, (42): 200-206, julho setembro, 1964.

GAL, Roger — Que é ensino programado. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.** Ministério da Educação e Cultura, 93 (43): 287-295, abril-junho, 1965.

LISAUGHT, J. L. & WILLIAMS, C. M. — A guide to programed Instruction. New York, London, John Wiley and Sons, 1963 — 179 p.

MEGENBER, Leônidas — Avaliação do rendimento escolar pela Instrução Programada. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.** Ministério da Educação e Cultura, 96 (42): 409-412, outubro-dezembro, 1964.

MECHINER, Francis — Learning by doing programmed instruction. **American Journal of Nursing.** New York, 65 (5): 98-104, may 1965.

MARKLE, S. Meyer — Good Frames and Bad — A grammar of Frame Writing. New York, London. Sydney. Jonh Wiley & Sons, 1964 — 278 p.

SEEDOR, Marie M. — Introduction to Asepsia: A Programmed Unit in Fundamentals of Nursing. New York, Teachers College, Columbia University, 1964.

SEEDOR, Marie M. — Ades to Diagnosis: A Programmed Unitin Fundamentals of Nursing. New York,Teachers College, Columlumbia University, 1964.

III — SIMPÓSIO

"O CURSO BÁSICO DE SAÚDE PÚBLICA PARA ENFERMEIRAS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA"

Elsa Ramos Paim *

O ideal do progresso em cada profissão se baseia em uma mistura de motivos altruistas e egoistas. Do ponto de vista altruístico nós, os enfermeiros, desejamos que nossos colegas nos superem em aptidões e competência e que proporcionem à coletividade um serviço melhor do que aquêle que podemos oferecer hoje, pois reconhecemos que êste deixa muito a desejar. Do ponto de vista egoísta, pensamos no prestígio profissional e nas vantagens materiais e morais que êste prestígio representa.

A enfermagem no Brasil concretizou uma grande aspiração com a criação dos cursos de pós-graduação, em que o profissional se prepara melhor para o desempenho das funções cada vez mais complexas que a sociedade lhe confere. Entretanto, é ainda relativamente pequeno o número de enfermeiros que já receberam, nos referidos cursos, a preparação adequada para assumir cargos de maior responsabilidade.

Êste fato é inquietante porque os deveres e as responsabilidades do enfermeiro tem se ampliado muito e a improvisação por parte daqueles que ocupam cargos de ensino, de direção e supervisão, além de ser onerosa para as instituições em que trabalham é perigosa, em primeiro lugar para o público que recebe serviços inadequados e em segundo para a profissão que corre o risco de perder prestígio.

Os objetivos dos cursos de pós-graduação podem ser assim resumidos:

a) melhorar os serviços de enfermagem mediante o aperfei-

* Chefe da Seção de Assistência Técnica do Setor de Enfermagem da Divisão de Saúde da Comunidade da Fundação SESP. Professôra da Escola Nacional de Saúde Pública.

çoamento do pessoal e assim promover o melhoramento da saúde individual e coletiva;

b) capacitar os enfermeiros para que atuem como dirigentes em programas de educação, supervisão e administração de enfermagem, nas várias especialidades dos serviços de enfermagem, em hospitais e organizações de saúde pública;

c) preparar os enfermeiros para as funções docentes em escolas de enfermagem; para supervisionar serviços hospitalares ou de Saúde Pública, organizar programas de educação em serviço e preparar pessoal auxiliar de enfermagem.

Compete-nos trazer a êste Congresso informações sôbre o Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiras, da Escola Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Saúde.

O principal objetivo das escolas de Saúde Pública é o preparo de técnicos para o trabalho no país, sendo que algumas têm ainda a responsabilidade de servir de centro de treinamento, em âmbito internacional.

Um sistema de ensino funciona dentro de um contexto sócio-econômico e cultural. Quanto mais o ensino se ajusta às reais condições e necessidades do meio, melhor o preparo do profissional para atuar com eficiência. Pelo contrário, quanto mais ignore as necessidades da comunidade, convertendo o ensino em um fim e não em um meio, tanto mais irreal e subjetiva será a atuação do profissional.

Assim, é de grande importância que as escolas de Saúde Pública incluam entre seus objetivos, a investigação, a pesquisa e a prestação de serviços à comunidade.

Essas três atividades, além de fornecerem subsídios para o conhecimento real dos problemas, oferecem inúmeras oportunidades para o treinamento dos alunos, dando-lhes a vivência que enriquece e alicerça os conhecimentos teóricos.

O ensino da Saúde Pública para enfermeiras é, como os demais, sujeito à várias influências. Referiremos algumas:

a) o aumento sempre crescente dos conhecimentos técnicos e científicos;

b) o desejo da profissão de que a escola ofereça uma formação o mais completa possível;

c) o desenvolvimento paralelo no campo da educação em geral e do ensino da enfermagem em particular;

d) o desenvolvimento político, social e econômico da área onde o profissional irá atuar.

É inevitável a preocupação do homem em tratar de melhorar suas atividades habituais. No caso do ensino superior, tôdas as influências acima referidas obrigam constantemente os educadores

a analisar o trabalho e a idealizar maneiras práticas de alcançar os objetivos desejados.

Vejamos como a Escola Nacional de Saúde Pública tem procurado atender às necessidades do País no que diz respeito ao preparo dos técnicos e especìficamente das enfermeiras para as funções que lhes são próprias.

A E.N.S.P. ministra, para as profissionais de nível superior, dois tipos de cursos. O que chama Cursos Básicos de Saúde Pública para médicos, enfermeiras e engenheiros, com a duração de um letivo e cursos mais rápidos, geralmente de 4 a 6 meses, chamados cursos de especialização, julgados de interêsse para o aperfeiçoamento dos vários profissionais que atuam no campo de saúde pública.

A Escola Nacional de Saúde Pública funcionou, de 1959 ao início do corrente ano, em condições pouco satisfatórias por falta de uma sede própria em que fôssem centralizadas suas atividades. Êste fato obrigava alunos e professôres a um deslocamento contínuo, vez que as escolas realizavam aulas em 3 ou 4 lugares diferentes. E esta era apenas uma das dificuldades.

Felizmente em março último, foi inaugurada a sede da Escola em Manguinhos. Contamos agora, portanto, com um local adequado para seu funcionamento.

O prédio tem nove andares, ocupando uma área útil de 1 400 metros quadrados, na qual está incluída a Unidade Sanitária para treinamento urbano a ser organizada ainda êste ano. Já estão montados e funcionando os laboratórios de Microbiologia e Parasitologia e a biblioteca se moderniza mediante a aquisição de publicações atualizadas e assinatura de revistas científicas de interêsse para o ensino.

Há previsão de internato para os alunos de fora do Estado da Guanabara e para isso foram reservados os três últimos andares da Escola.

Além das melhorias de ordem física convém referir que a Escola acaba de ganhar maior autonomia com a sua transformação em Fundação, o que era uma das aspirações da sua direção.

CURSO BÁSICO DE SAÚDE PÚBLICA PARA ENFERMEIRAS

Êste curso, em regime de tempo integral, tem a duração de 12 meses, divididos em 5 períodos, durante os quais se efetua o preparo teórico e prático. O último período é preenchido com visitas de observação e trabalho de campo em Unidade Sanitária e outras instituições consideradas de interêsse para o aprendizado.

No corrente ano, a direção da Escola houve por bem criar um grupo de trabalho constituído de professôres dos cursos básicos para

reformulação dos currículos dêstes, numa tentativa de se condensar os referidos cursos em 9 meses, em carater experimental. Isto foi conseguido pela redução da carga horária de algumas matérias, diminuição do número de dias de férias, intensificação das horas de trabalho diário.

São as seguintes as matérias do curso dêste ano, com as respectivas cargas horárias:

Parasitologia	40 horas
Microbiologia	60 "
Estatística	50 "
Epidemiologia	60 "
Nutrição	50 "
Saneamento	50 "
Saúde Materna e da Criança	40 "
Fundamentos Sócio-Econômicos	30 "
Educação Sanitária	50 "
Saúde Mental	30 "
Administração de Saúde Pública	80 "
Enfermagem de Saúde Pública	140 "

O total do curso é de 926 horas, sendo que 240 (40 dias) foram reservados para estágios.

As alunas têm apenas uma semana de férias entre o 3.º e o 4.º períodos.

As matérias acima relacionadas são ,tôdas de interêsse imediato à "compreensão dos diversos problemas sanitários e à formulação de doutrinas, normas de organização e técnicas, cujo conhecimento é necessário na solução dos mesmos". Faremos apenas uma referência especial à Enfermagem de Saúde Pública.

A finalidade específica desta matéria é facilitar às alunas a formação de um conceito de saúde pública e orientá-las quanto à atuação da enfermeira dentro da organização sanitária do País. São analisadas, no decorrer do curso, as funções e atividades de enfermagem em relação ao indivíduo, à família e à comunidade; os conhecimentos que a enfermeira precisa dominar para uma atuação eficiente, bem assim como o estudo da situação de enfermagem no País. Em tôdas as oportunidades, procura-se relacionar as questões de enfermagem com as demais atividades da equipe e favorecer a familiarização das alunas com a interpretação e utilização dos dados estatísticos no seu trabalho. Estuda-se sua atuação em tôdas as fases dos programas de saúde materna e da criança, no contrôle

das doenças transmissíveis, no saneamento, nos programas de nutrição e nas demais atividades do seu campo profissional.

Os aspectos de administração e supervisão dos serviços de enfermagem, assim como a aplicação prática dos princípios de ensino e aprendizado são considerados com prioridade.

Para fins de estágio a Escola conta com uma unidade sanitária pertencente à Secretária de Saúde do Estado da Guanabara e operada pela Escola e Fundação SESP (Pôsto de Assistência Rural Samuel Libânio, em Jacarepaguá). Esta unidade que cobre no momento uma população estimada de 12 000 habitantes, procura desenvolver atividades essenciais: contrôle de doenças transmissíveis, assistência médica, coleta de dados bioestatísticos, assistência médico-sanitária à gestante e à criança, saneameno, educação sanitária, enfermagem de saúde pública.

Possui um corpo de técnicos de nível universitário e um grupo selecionado e treinado de pessoal auxiliar composto de atendentes, visitadoras, secretárias, auxiliares de saneamento, laboratorista, higienista dentária que, além de prestarem serviços à comunidade, colaboram ativamente nos estágios. Tôdas as suas enfermeiras têm curso de pós-graduação em saúde pública ou em obstetricia, além de experiência de ensino.

As estagiárias participam de tôdas as atividades, tanto no serviço interno como naquelas realizadas diretamente na comunidade. Esta prática possibilita a aplicação de idéias e teorias expostas e discutidas durante o curso e permite relacionar os conhecimentos adquiridos com a experiência, inclusive no que diz respeito aos aspectos de supervisão, administração e ensino. Assim é que observam a atuação das enfermeiras em relação ao pessoal auxiliar, participam das reuniões para planejamento e avaliação dos serviços, organizam e realizam programas de treinamento em serviço para o pessoal auxiliar. Participam do treinamento e supervisão das curiosas bem como de todo o trabalho com grupos de mães, gestantes, etc. Assim sentem de perto as dificuldades do serviço e colaboram na procura das soluções mais adequadas para os problemas.

Para atender as necessidades das alunas e tomando em consideração a sua experiência prévia, as práticas de campo vem sendo diversificadas na medida do possível e intensificada a orientação individual, quando necessária.

Já no próximo ano, a Escola deverá contar com a Unidade para treinamento urbano, no momento em fase de organização. O Departamento de Ciências Sociais da Escola iniciou o levantamento

das condições sócio-econômicas e de saúde da área a ser servida pela nova Unidade.

SELEÇÃO DAS CANDIDATAS

O requisito para inscrição é a apresentação de seu diploma de enfermeira e para a matrícula, classificação no exame de admissão. Êste consta de uma prova escrita sôbre questões de saúde e uma prova psicológica, sendo que esta não tem finalidade eliminatória, a não ser, naturalmente, em casos extremos.

Algumas dúvidas se levantam no tocante ao problema de seleção. Sabemos, por exemplo, que um número razoável de escolas de enfermagem está dando o 4.º ano mas que, apesar disso, continuarão a ser diplomadas enfermeiras de 3 anos. Deverá a Escola aceitar para pós-graduação enfermeiras que não tenham o 4.º ano?

Devemos limitar o ingresso àquelas enfermeiras que já possuam, pelo menos, 2 anos de prática de campo?

Por outro lado será econômico e útil para o País admitir enfermeiras quase em vésperas de aposentadoria para um curso de um ano?

Estas são algumas das questões para as quais precisamos encontrar as respostas mais adequadas e que mais correspondam às necessidades do País.

PROCEDÊNCIA DAS ENFERMEIRAS

A maioria das alunas, é claro, é do próprio Estado da Guanabara, onde a Escola está situada.

Entretanto, a proporção de alunas de outros estados vêm crescendo e no corrente ano temos, a esta altura, 10 alunas da Guanabara e 12 provenientes de nove estados do País.

A Escola tem recebido também enfermeiras da América Latina como do Paraguai, Bolívia e Uruguai, além de uma do país irmão — Portugal.

APROVEITAMENTO

O aproveitamento das alunas tem sido bastante satisfatório, sendo insignificante o percentual de reprovação durante o curso. Em seis anos de funcionamento menos de 10 alunas foram eliminadas por êsse motivo.

A Escola já diplomou, em Saúde Pública, 141 enfermeiras. Em anexo, um quadro do número de inscritas, matriculadas e diplomadas por ano.

Ano	Inscritas	Matriculadas	Diplomadas
1959	60	27	23
1960	—	—	—
1961	57	26	22
1962	28	28	19
1963	46	30	27
1964	46	29	22
1965	47	30	28
1966	48	30	—
Total	322	180	141

O percentual de abandono do curso tem sido pequeno e na sua maioria deve-se a dificuldades de ordem pessoal, como doença e dificuldades em obter liberação dos serviços para frequentar o curso. Algumas enfermeiras, no desejo de melhorar e atualizar seus conhecimentos, matriculam-se ainda na dependência de indicação dos serviços e depois, não conseguindo a referida indicação ou permissão para afastamento, são forçadas a interrompê-lo. Vale referir que muitas não desistem e conseguem voltar no ano seguinte, completando curso.

AVALIAÇÃO DO CURSO

No final de cada período, as alunas são solicitadas a dar sua impressão sôbre a maneira como o curso está se desenvolvendo e a oferecer sugestões para tornar o ensino mais adequado às necessidades do seu preparo. O mesmo procedimento é utilizado no final do curso como avaliação geral. Êste fato e a circunstância da professôra de Enfermagem de Saúde Pública funcionar também como coordenadora do curso ,têm possibilitado uma série de modificações, seja no conteúdo dos programas, seja na abordagem dos assuntos discutidos, ou na escolha das atividades didáticas. De um modo geral, a avaliação do curso têm resultado positivo.

Entretanto, dificuldades de ordem prática ainda não permitiram um programa de seguimento das diplomadas o que nos forneceria dados concretos sôbre a utilidade do curso na vida funcional das ex-alunas. Apenas o testemunho de grande número destas, hoje ocupando cargos de maior responsabilidade, os contatos mantidos através correspondência, consultas e a observação do trabalho realizado, nos permitem concluir que o curso está realmente contribuindo de maneira muito significativa para o progresso da enfermagem de saúde pública.

O CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Maria Satomé Coura (1)

1 — INTRODUÇÃO

Atendendo ao pedido da Presidente da Comissão de Temas do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, a se realizar em Belém em julho vindouro, para participar do Simpósio sôbre "Ensino de Enfermagem", de Saúde Pública nos Cursos de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem", aqui vimos expor ùnicamente, como nos foi solicitado, a nossa experiência de dois anos e meio com o Curso de Graduação de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, motivo pelo qual deixamos de apresentar recomendações no final dêste trabalho.

Procuramos trazer a nossa contribuição relatando o que temos feito no curso, os objetivos que o nortearam, os fatôres que possìvelmente o motivaram, os problemas sentidos e algumas sugestões, se bem que uma experiência realizada em um período tão curto não nos possa creditar para uma conclusão definitiva sôbre as suas vantagens ou desvantagens, ou sôbre a melhor maneira de organizar o seu currículo.

2 — HISTÓRICO

Em 1962, através do Parecer n.º 271/62, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o currículo mínimo para as escolas de enfermagem e fixou a duração dos cursos em três anos. (2)

A remodelação retirou do Curso de Enfermagem Geral a obrigatoriedade da inclusão de Enfermagem de Saúde Pública no seu currículo e criou um quarto ano de Obstetrícia e um de Enfermagem de Saúde Pública, facultativos, após o curso geral.

---

(1) Professôra da Cadeira de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

(2) Documento n.º 10 — Dezembro de 1962, pág. 54 a 59.

O Conselho Técnico Administrativo da Escola de Enfermagem de São Paulo decidiu, em reunião de 6 de fevereiro de 1963, que esta Escola instalaria ambos os cursos pelas seguintes razões:

1.º) ser imensa, no Estado e no País, a necessidade de profissionais de enfermagem especializados nos dois campos;

2.º) contar, a cidade de São Paulo e particularmente a Universidade de São Paulo, com recursos suficientes para preparar êsses profissionais.

A instalação de tais cursos acarretaria, no entanto, grandes despesas para a Escola, em vista da mesma precisar admitir mais pessoal docente especializado, ampliar os seus serviços técnicos, administrativos e auxiliares, tais como biblioteca e laboratório de material audiovisual, além de adquirir viaturas para o transporte de alunos aos locais de estágio.

A Fundação Kellogg, à vista do êxito dos cursos de pós-graduação instalados com o seu auxílio, mediante convênio com a Universidade de São Paulo, possibilitou a criação e o financiamento dêsses cursos por meio de nôvo convênio firmado com a mesma entidade.

Assim, em març de 1964, a Escola de Enfermagem de São Paulo iniciou os 4.os anos de Obstetrícia e de Enfermagem de Saúde Pública.

Em 1963, ao planejar o seu Curso de Graduação de Enfermagem de Saúde Pública, esta Escola solicitou a colaboração da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o que foi obtido e prodigalizado por várias formas:

a) ministrando, aos estudantes de Enfermagem de Saúde Pública a parte inicial de seus cursos de Administração Sanitária, Saneamento, Ciências Sociais, Epidemiologia e Higiene do Trabalho, em conjunto com os outros alunos de seus cursos regulares de saúde pública;

b) dando algumas disciplinas, em carater exclusivo, para as nossas alunas;

c) participando, através de aulas, em muitas de nossas disciplinas;

d) pondo os seus campos de estágio, urbano e rural, à nossa disposição.

Valiosa para nós tem sido a ajuda da Faculdade de Higiene e Saúde Pública em vários sentidos, tais como sejam: ensino qualificado em uma escola de alto padrão; vantagens provindas da possibilidade de reunir vários profissionais da saúde pública, que assim estudam, em conjunto, os problemas de saúde e a contribuição de cada profissional na sua solução e o ensejo que se lhes dá de tra-

balhar em equipe, condição essencial para um bom Serviço de Saúde Pública.

Contamos ainda com a colaboração de docentes e de instituições oficiais ou não, que cedem seu campo de trabalho para estágio dos alunos.

Nesses dois anos e meio de funcionamento freqüentaram o curso 30 alunos da mais variada procedência, assim distribuídos, por ano letivo:

1964 — 5 alunos
1965 — 7 alunos
1966 — 18 alunos

Receberam diploma, até o momento, 12 enfermeiras que estão trabalhando em vários locais, desempenhando atividades diversas de saúde pública.

3 — OBJETIVOS

A finalidade do Curso de Graduação de Enfermagem de Saúde Pública é formar enfermeiros para o campo de saúde pública e, para alcançá-la, tivemos em mira favorecer o desenvolvimento do estudante nos seguintes pontos, seus objetivos específicos:

3. 1 na compreensão da filosofia e do escopo da Enfermagem de Saúde Pública, de suas áreas específicas de trabalho, atividades e funções;

3. 2 na habilidade em reconhecer a família como unidade da saúde ou da doença e identificar os seus problemas;

3. 3 na execução de cuidados, adaptando técnicas de enfermagem no domicílio e desenvolvendo práticas educativas;

3. 4 no conhecimento, aproveitamento e incentivo dos recursos sócio-sanitários da comunidade;

3. 5 na compreensão das múltiplas e complexas fôrças que possam estar atuando na comunidade, impedindo o desenvolvimento de seus programas de saúde;

3. 6 no reconhecimento da importância da enfermagem de saúde pública e na responsabilidade do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde e bem estar da comunidade.

3.7 no estudo da evolução cronológica da enfermagem de saúde pública e sua situação atual, tendências e posição no âmbito local, nacional e internacional.

4 — CURRÍCULO

O Parecer n.º 271/62, do Conselho Federal de Educação, estipula para o Curso de Graduação de Enfermagem de Saúde Pública as seguintes disciplinas:

1. Higiene; 2. Saneamento; 3. Bioestatística; 4. Epidemiologia; 5. Enfermagem de Saúde Pública.

Ao planejarmos o nosso currículo tivemos em mente várias considerações que passamos a relatar:

a) atender às determinação do Conselho Federal de Educação. no seu Parecer n.º 271/62, quanto às disciplinas exigidas;

b) atender aos problemas básicos de saúde, locais e nacionais;

c) fazê-lo realístico e exequível, isto é, dentro de nossas possibilidades técnicas e financeiras de pessoal e de material;

d) ministrar as disciplinas básicas para a formação do sanitarista;

e) dar as disciplinas inerentes à Enfermagem de Saúde Públâica integrando os seus aspectos assistenciais, educativos e administrativos;

f) dar conhecimento dos problemas e necessidade da enfermagem geral, e da saúde Pública especìficamente, dos recursos e soluções indicadas, no sentido de atender a essas necessidades imediatas e meditas;

g) salientar a importância da Educação Sanitária e do trabalho de campo para a enfermeira de Saúde Pública.

Baseada nestes princípios formulamos o seguinte currículo:

I — Enfermagem de Saúde Pública
II — Saneamento
III — Bioestatística
IV — Epidemiologia
V — Administração Sanitária
VI — Higiene do Trabalho
VII — Enfermagem Obstétrica, incluindo Obstetrícia e Puericultura Néo-Natal
VIII — Ciências Sociais Aplicadas à Saúde Pública
IX — Problemática da Enfermagem

Se compararmos êste currículo com o do Parecer n.º 271/62 do Conselho Federal de Educação, verificaremos que o nosso exclui a disciplina Higiene e inclui quatro outras que não figuram naquele Parecer. Damos a seguir as razões que nos levaram a fazer tais modificações:

1 — Exclusão de Higiene — Não há uma disciplina denominada Higiene porque todos os seus aspectos, preventivo, promocional e de realibilitação, estão integrados nas demais disciplinas do currículo.

2 — Inclusão de Administração Sanitária e Ciências Sociais Aplicadas à Saúde Pública

A Enfermeira de Saúde Pública tem necessidade de conhecer os princípios que norteiam a organização dos serviços de saúde, para o bom desempenho de suas funções, e de ter conhecimento das Ciências Sociais que, estudando as fôrças que regem o comportamento humano, individual ou coletivo, facilitam muito a educação sanitária.

Se do currículo do curso geral já constam noções destas duas disciplinas ,o que diremos de sua necessidade num curso especializado de enfermagem de saúde pública?

3 — Inclusão de Enfermagem Obstétrica

Tivemos sempre em mira, na elaboração do currículo, viver a realidade brasileira, mòrmente a de São Paulo, analisando os seus problemas, suas causas, recursos e possíveis soluções ou a sua prevenção.

O Estado de São Paulo, com o seu progresso e riqueza, ainda tem problemas de saúde dos países em desenvolvimento, tais como, os de saneamento básico, mortalidade materno-infantil e moléstias transmissíveis. Atestam-no os elevados índices de mortalidade materno-infantil, de doenças entéricas e o pesado tributo que ainda pagamos à tuberculose, lepra, moléstias venéreas e a subnutrição.

Dentro de nossas prioridades em saúde pública ocupa lugar de destaque a assistência materno-infantil do Estado e mesmo na própria Capital, onde 60% das nossas gestantes ainda dão a luz no domicílio, com todos os riscos para a mãe e para o filho.

Infelizmente o preparo em obstetrícia, trazido pelas nossas alunas de seu curso geral, não as capacita para uma ação eficiente na saúde pública, onde todos os problemas do ciclo grávido puerperal são abordados, vendo-se a maternidade como um todo dentro do seu contexto sócio-econômico-cultural. Procuramos atender a esta premência salientando o problema materno-infantil, tanto na parte teórica como na prática.

4 — Inclusão de Higiene do Trabalho

Ao lado dos problemas ligados aos povos em desenvolvimento temos também os males provocados pela industrialização e a urbanização de São Paulo.

Os grandes contrastes se chocam: assim, a elevada média de vida do paulistano acarretando os problemas da idade avançada, ao lado daqueles ligados às populações de índice sanitário primário. São Paulo crescendo, com as suas fábricas aumentando dia a dia, solicita cada vez mais o trabalho da enfermeira junto aos seus operários.

Longe de nós está a pretensão de formar enfermeiros industriais, o que sabemos ser uma ultra especialização, não recomendável num país em que o número de enfermeiros é ínfimo ainda. Pretendemos apenas chamar a atenção do enfermeiro de saúde pública para um campo que se lhes abre, principalmente em São Paulo, a fim de que as suas possibilidades na saúde ocupacional não se restrinjam ao simples atendimento do trabalhador em um ambulatório.

A demanda de enfermeiros para o trabalho nas fábricas em São Paulo e nos municípios visinhos chamados A B C (Santo André, São Bernardo, São Caetano), essencialmente industriais, é grande e promete ser cada vez maior se a Saúde Pública acompanhar o surto industrial da Metrópole e de suas cidades satélites.

Temos poucas enfermeiras neste campo e nenhuma especializada e as solicitações que nos fazem neste sentido justificam plenamente a inclusão da disciplina Higiene do Trabalho em nosso currículo.

5 — Inclusão de Problemática de Enfermagem

O caráter dinâmico da sociedade humana está exigindo do profissional de enfermagem uma evolução constante e de acôrdo com de Saúde Pública.
as variações da época. Assim os seus problemas precisam ser estudados, meditados e postos em confronto com os demais, para se conhecer as suas causas, os seus remédios e a sua profilaxia, visando com isto uma melhoria do padrão de enfermagem.

Êste assunto caberia muito bem dentro da disciplina Enfermagem de Saúde Pública.

No nosso programa isto não foi feito porque tivemos a facilidade de já existir, na nossa Escola, uma cadeira, Problemática de Enfermagem, que trata desta matéria. Por êsse motivo figura no nosso currículo como disciplina independente.

Passamos agora a comentar alguns assuntos aos quais damos ênfase na disciplina Enfermagem de Saúde Pública.

Educação Sanitária

O desenvolvimento de uma boa técnica de Educação Sanitária foi uma preocupação constante que tivemos ao organizar o nosso currículo. Assim após uma base teórica que julgamos ser suficiente, foram aproveitadas tôdas as oportunidades para a prática de suas técnicas mesmo durante o curso teórico, nas apresentações dos trabalhos exigidos pelas várias disciplinas, quando a oportunidade se nos deparava para isto.

O Amparo Material, usado por nós durante todo o Curso de Higiene Materno-Infantil, além de sua finalidade precípua tem sido um campo de treinamento excelente para as técnicas de Educação Sanitária, sobretudo daquelas mais usadas em Saúde Pública tais como entrevistas, palestras, demonstrações e discussões de grupo.

Noções de Administração aplicada à Enfermagem de Saúde Pública

A sua inclusão é, a nosso ver, justificável no currículo do 4.º ano de Enfermagem de Saúde Pública, dada a circunstância de vivermos num país onde a deficiência de técnicos é enorme e de ser a enfermeira constantemente solicitada a ocupar cargos de chefia, mesmo sem curso de pós-graduação que a prepare para êsse fim.

Nutrição aplicada à Saúde Pública

O aluno já traz de seu curso geral conhecimentos básicos de nutrição e dietética. Entretanto os aspectos de nutrição e subnutrição coletivos são tão importantes em Saúde Pública que esta matéria merece um destaque todo especial no currículo.

Os problemas de saúde pública na Tuberculose, Lepra, Moléstias Venéreas e seu reflexo na enfermagem são tratados com a atenção que merecem em virtude da sua prevalência ainda em nosso meio.

A Higiene Mental não é esquecida pois os problemas de desajustamento são encontrados cada vez em maior número nas famílias que visitamos, principalmente na zona urbana.

Outros aspectos de saúde pública são abordados teòricamente quando os alunos estudam o papel da enfermeira de saúde pública nos vários serviços, tais como: higiene da criança, do adulto, nas doenças transmissíveis, etc., e pràticamente, nos seus estágios.

A Enfermagem de Saúde Pública aplica todos os conhecimentos adquiridos nas demais disciplinas do currículo.

Estágios: São êstes correspondentes à duas disciplinas: Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica.

Orientada para a formação de enfermeiros para o campo de saúde pública, procuramos dar aos nossos estudantes um longo período de prática, equivalente a parte do primeiro semestre e todo o segundo, em locais que lhes proporcionam uma experiência variada, abrangendo os principais campos de saúde pública: urbano, rural, hospitalar e industrial. Foi para isso necessário usarmos campos de estágio os mais diversos possíveis, tais como: os Centros de Aprendizado Urbano e Rural da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Serviço de Saúde da ICOMINAS e os ambulatórios dos Hospitais das Clínicas, Hospital do Servidor Público Estadual, IAPETEC e de algumas fábricas paulistanas.

O estágio inclui uma grande variedade de atividades tais como: elaboração, execução e avaliação de programas de educação sanitária para grupos específicos: gestantes, escolares, operários, empregadas domésticas, etc.; estudo de comunidades escolhidas; educação em serviço de pessoal auxiliar; orientação de "Curiosas"; participação em campanhas de vacinação, em trabalhos de administração nas clínicas dos subcentros; visitação domiciliária nas cidades, vilas e nas fazendas e contacto com os líderes locais. Nos hospitais participam do trabalho das clínicas externas, em programas de educação sanitária individuais e coletivos, na visitação domiciliária e no entrosamento do paciente com o hospital e os demais recursos da comunidade.

Nas fábricas observam as condições de saneameno, riscos de enfermidades tóxicas ou acidentes produzidos pelos materiais usados na indústria,* na forma e pessoal que trabalha para prevenílos, nos programas relacionados com a saúde e o bem estar do trabalhador.

O estágio de Enfermagem Obstétrica é realizado no Amparo Maternal,** maternidade de 60 leitos, onde os alunos têm oportu-

---

* CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), organização que cuida do bem estar de empregados e empregadores.

** Amparo Maternal: instituto de maternidade que tem por objetivo atender à mulher e à criança de forma integral, em tôdas as fases do ciclo grávido puerperal.

nidade de atender à mulher em todo o ciclo grávido-puerperal e ao recém-nascido.

Exige-se da estudante a assistência a dez partos normais no mínimo com acompanhamento da mãe e do filho até a alta hospitalar. Quando possível a ação da enfermeira é continuada no domicílio.

No Amparo Maternal, trabalhamos com uma população sanitàriamente deficiente e de nível sócio-econômico baixo; as alunas além de prestarem assistência de enfermagem, têm boa oportunidade de praticar as técnicas de educação sanitária, não só em condições de laboratório, mas em vivo, onde todos os problemas se lhes deparam: assistenciais, sociais, econômicos e culturais.

5 — PROBLEMAS SENTIDOS

Nestes dois anos e meio de experiência pudemos constatar certas dificuldades, que tentamos vencer da maneira que nos pareceu mais apropriada para um melhor desenvolvimento do Curso.

Passamos a relatá-las

1) Diversidade de nível de formação básica dos alunos: alguns têm curso médio completo, outros só têm ciclo ginasial.

   O aproveitamento no Curso de Enfermagem de Saúde Pública é muito maior quando o aluno cursou o colégio ou equivalente; é o que temos verificado com a classe dêste ano em que todos têm 2.º ciclo.

2) Diversidade de currículo do curso de enfermagem geral:
   a) no ensino da Enfermagem de Saúde Pública, há escolas que dão esta disciplina no currículo dos três anos acompanhada do respectivo estágio; outras no primeiro e terceiro ano e outras só no terceiro ano e, finalmente, há escolas que não incluem enfermagem de saúde pública no seu currículo;
   b) inexistência de estágio de enfermagem de saúde pública no curso geral, onde vocações poderiam ser notadas e despertadas;
   c) deficiência na prática de técnicas de educação sanitária; poucas enfermeiras trazem no seu cabedal prática adequada.
   d) existência ou não no currículo de matéria relacionada à saúde pública, isto é: Saneamento, Epidemiologia, Bioestatística e Administração Sanitária;
   e) tipo de experiência prévia em enfermagem obstétrica no curso geral. Em algumas escolas é exigido dos alunos do curso geral experiência em partos, tão importante e necessária para a enfermeira de saúde pública; em outras não.

3) O fato de alguns alunos terem escolhido a especialização, não por interêsse pela saúde pública, mas por outras causas nem sempre legítimas. Alguns alunos conseguem durante o curso superar esta falha ,outros não.
4) Dificuldades de campo de estágio para os nossos estudantes de 4.º ano; em geral são deficientes ou insuficientes, principalmente para alunos do sexo masculino; nossos campos são pequenos e nem sempre contam com pessoal para supervisão dos estudantes.

6 — CONCLUSÃO

Nestes dois anos e meio de funcionamento do curso, verificamos real interêsse da maioria dos estudantes que, na sua quase totalidade, mostraram-se satisfeitos com o programa desenvolvido durante o ano, o que é demonstrado também, pela demanda cada vez maior pelo curso.

Não temos dados objetivos que nos permitam avaliar a qualidade dos diplomados que já se acham em exercício; mas as informações que têm chegado até nós afiançam-nos que os alunos que cursam êste 4.º ano saem com grande visão dos problemas de saúde pública, o que não acontecia com os formados no regime da Lei 775/49.

A avaliação dos estudantes durante e no fim do estágio, a opinião de ex-alunos já em plena atividade e a nossa experiência têm sido a bússola que nos têm guiado na modificação do currículo primitivo, aumentando ou suprimindo disciplinas ou estágios e na mudança dos métodos de ensino empregados.

A reabertura do curso de pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo obrigar-nos-á a uma revisão da parte teórica do currículo. Entretanto, pretendemos conservar o cunho prático do curso, que julgamos ser um dos grandes fatôres do bom aproveitamento dos alunos.

O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA ENFERMEIRAS DA FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Maria Silvana Teixeira *

INTRODUÇÃO

Dentro do tema em pauta coube-nos o aspecto — ensino de Enfermagem de Saúde Pública em nível de pós-graduação — e, mais especificamente, o Curso de Saúde Pública para Enfermeiras da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Entretanto, não podemos deixar de fazer algumas considerações gerais relativas à pergunta seguinte: Enfermagem de Saúde Pública deve ser objeto de ensino especializado?

As definições que encontramos de enfermagem de saúde pública, como por exemplo a que segue, dão-lhe características de uma especialidade e com amplo campo de ação. Diz ela: "Enfermagem de Saúde Pública é o serviço organizado na comunidade para prestar cuidado integral de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos, com maior ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação". (1)

Entretanto, a evolução das ciências médico-sanitárias e sociais que trouxeram a convicção de que todos os elementos da personalidade e do ambiente físico-biológico e social têm relação com o estado de saúde, conduziram também ao desenvolvimento do conceito de **integração,** hoje ponto pacífico, que não permite mais considerar como duas entidades aparte o indivíduo são e o enfêrmo. Assim, não parece razoável que escolas — em quaisquer níveis de ensino — continuem a preparar profissionais ou auxiliares que cuidem só do doente, desenvolvendo em cursos à parte a capacidade de atender às necessidades dos indivíduos e famílias sadios, de modo a prevenir a doença ou melhorar a saúde.

O fato de estarmos ainda vivendo a necessidade premente de mais e mais pessoal para o cuidado direto do doente, não jusifica,

(*) Professor-Assistente — Enfermagem de Saúde Pública — Cadeira de Técnica de Saúde Pública — Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

pois, êsse tipo de formação. Creio que isto também é geralmente aceito. Mas o que nos levou a fazer aquela pergunta foi a situação criada pela Resolução do Conselho Federal de Educação baseada na L. D. B., que reduziu os cursos de enfermagem a três anos, com um currículo mínimo que inclui apenas:

Fundamentos de Enfermagem
Enfermagem Médica
Enfermagem Cirúrgica
Enfermagem Psiquiátrica
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica
Ética e História da Enfermagem
Administração

deixando para um 4.º ano facultativo, o ensino da Enfermagem de Saúde Pública.

A não ser que a experiência no correr dos anos venha demonstrar o contrário, a nossa opinião é que o ensino da Enfermagem de Saúde Pública em nível de formação profissional isto é, nos cursos normais de graduação, deve ser integrado no currículo base, como se fazia antes da mencionada lei quando tôda a escola era obrigada, além da integração dos aspectos sociais e de saúde no ensino teórico, oferecer oportunidade para uma experiência prática no campo da saúde do mesmo modo que a proporcionava em situação hospitalar, para poder conferir o diploma de enfermeiro.

Hoje, sendo facultativo, é muito possível que a maioria das escolas que sentiam dificuldade em satisfazer àquela exigência da lei, sintam-se dispensadas dessa responsabilidade. É certo que algumas, mesmo tendo já o 4.º ano de graduação em Enfermagem de Saúde Pública, não abandonaram a integração nos três anos básicos. Esperemos que isto não seja exceção.

Parece-nos pois, que a formação do profissional e mesmo do auxiliar de enfermagem não pode deixar de incluir o aspecto "saúde pública", para que sejam sempre capacitados, segundo o nível de sua formação, a dar o cuidado "integral" que corresponde ao conceito de saúde definido pela OMS já há bastante tempo.

JUSTIFICATIVA PARA UM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA ENFERMEIRAS

No estágio atual do desenvolvimento da Enfermagem no Brasil há necessidade dêsse ensino em nível de pós-graduação ?

O esfôrço para elevar, e elevar cada vez mais o nível da profissão é razoável, mas, precisa ser ponderado para que os resul-

tados não venham a se tornar prejudiciais aos objetivos máximos da Enfermagem.

Em artigo escrito êste ano na revista "The Modern Hospital", um administrador hospitalar chamava a atenção para êsse problema nos Estados Unidos da América do Norte. Dizia êle que o esfôrço incontido das responsáveis pela educação em Enfermagem, para colocá-la dentro dos "campus" universitários, acabando de vez com as escolas de hospitais, numa aspiração explicável de erguer o seu "status", era responsável pela deficiência crescente de pessoal preparado para o cuidado do doente (2).

O que é preciso, é que os profissionais daquele padrão contribuam para a melhoria do cuidado do paciente, indiretamente pela orientação, ensino e supervisão e, também, diretamente, pelo cuidado aos que carecem de atenção mais especializada e mesmo nos cuidados comuns, como exemplo, para que êsse clamor não cresça também aqui.

O curso de pós-graduação em Saúde Pública para enfermeiras não poderia levar àquêle resultado. Seus objetivos são bem definidos e específicos, e se destina a um número limitado de profissionais Sabemos que, entre nós é infinitamente maior do que na grande nação do norte a distância entre a procura e o número de profissionais existentes, pelo desenvolvimento relativamente recente da profissão no País. É razoável, pois, que se dê a um pequeno número oportunidade para um preparo especializado visando aos cargos de administração de serviços regionais e locais de enfermagem de saúde pública e, também, nas escolas de nível universitário.

O CURSO DE SAÚDE PÚBLICA PARA ENFERMEIRAS, DA FACULDADE DE HIGIENE DE SÃO PAULO

I. O QUE JÁ EXISTIU

O Curso de Saúde Pública para Enfermeira, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, nasceu da necessidade vivida, quando o único recurso para dar às enfermeiras um preparo técnico mais avançado que as habilitasse aos cargos de administração e ensino a que estavam sendo solicitadas, era enviá-las para o estrangeiro. Dadas as dificuldades para se conseguir o preparo dêsse modo, a maior parte daqueles cargos tinha que ser ocupada por enfermeiras recém-formadas sem nenhum preparo específico para isso.

Entre essas e os responsáveis pelos serviços em que trabalhavam, foi feito um inquérito sôbre quais os problemas de saúde mais graves no Brasil, que pontos fracos sentiam em sua preparação para a enfermagem de saúde pública e que assuntos achavam que

deviam ser incluídos num curso de pós-gradcação em Saúde Pública para enfermeiras. Essa pesquisa foi levada avante com orientação e ajuda de Francis Frazier da Universidade de Columbia, N. Y., e por Lúcia Jardim — a cuja memória rendemos homenagens pelas suas qualidades humanas e pelo exemplo de lealdade e dedicação à profissão, que nos legou.

O Prof. Geraldo Horácio de Paula Souza, que ocupava a direção da Faculdade de Higiene desde a sua fundação como Instituto, mostrou grande interêsse pelo desenvolvimento daquele plano, conseguindo em 1950, a colaboração do Instituto dos Negócios Interamericanos (hoje Agência para o Desenvolvimento Internacional), que ofereceu ajuda nos seguintes pontos:

1. Treino de pessoal
2. Preparo do programa
3. Estabelecimento de condições para uma experiência de campo adequada.

Várias enfermeiras, além de Lúcia Jardim, foram enviadas aos Estados Unidos em cumprimento ao ítem I.

O falecimento daquela — e o afastamento das outras da Faculdade por razões diversas, obrigou ao adiamento do projeto que voltou a ser debatido com outros diretores da Faculdade de Higiene após o falecimento do Prof. G. H. de Paula Souza. Outras enfermeiras foram enviadas aos Estados Unidos, com o mesmo fim, no ano acadêmico das universidades americanas de 1956-57, e apenas em 1959 foi possível dar início ao curso. Entretanto, o fato das escolas de enfermagem poderem então receber candidatas apenas com o primeiro ciclo do curso secundário, levou a Congregação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública a ponderar que a enfermeira não era uma profissional universitária e que, portanto, não podia fazer um curso de pós-graduação. E ainda no decorrer do seu primeiro ano de funcionamento passou a ser considerado um Curso Livre de Saúde Pública para Enfermeiras.

Quando começou a vigorar a lei 775, isto é, a exigência do curso secundário completo para ingresso nas escolas de enfermagem, o que coincidiu com a autonomia dada à Universidade pela L. D. B. e conseqüente reforma dos Estatutos da Universidade de São Paulo que exigiu a renovação dos regulamentos de tôdas as Faculdades — o Prof. R. S. Mascarenhas, da Cadeira de Administração Sanitária, dentro da qual se desenvolvia o nosso curso, propos sua interrupção para que, oportunamente, fôsse reiniciado no mesmo nível dos cursos de pós-graduação para os outros elementos da equipe de saúde pública realizados na Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

A demora na aprovação do referido Regulamento e outros motivos de ordem interna, impediram até êste ano o reinício do curso. No momento, essas dificuldades parecem poder ser superadas havendo novamente perspectivas à reabertura do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública para Enfermeiras, nessa escola.

II. O PLANO ATUAL

O progresso atual da profissão e do ensino da enfermagem no Brasil permitem-nos uma nova definição dos objetivos e da organização dêsse curso.

Nos três anos do seu funcionamento, apesar de termos exigido como condição de matrícula um ano, no mínimo, de experiência em enfermagem, recebemos alunas com formação muito heterogênea, sendo necessário, para muitas delas, planejar uma experiência de campo idêntica à que oferecíamos às alunas dos cursos de formação profissional — pois não possuiam nenhuma. A realidade é que se apresentavam mesmo para uma formação básica em enfermagem de saúde pública, pois vinham de escolas nacionais ou estrangeiras que não possuiam enfermeira de saúde pública em seu corpo docente, nem dispunham de campo para a experiência.

O nosso objetivo agora será, especìficamente, preparar enfermeiras para os cargos de administração de serviços de enfermagem de saúde pública e ensino de enfermagem de saúde pública nas escolas.

Portanto, uma exigência maior será necessária quanto ao currículo das candidatas, tanto no que diz respeito à formação acadêmica como à experiência de trabalho.

Será indispensável que tenham feito o curso de enfermagem depois do preparo básico exigido para o ingresso nos cursos universitários, em escola que tenha oferecido uma boa base em saúde pública, isto é, a integração e o estágio de campo, ou então que êsse conhecimento tenha sido adquirido pela prática de alguns anos de trabalho em unidade de saúde pública. Poderão também se candidatar ao curso as enfermeiras com o atual 4.º ano de graduação em saúde pública, mas tanto estas como as primeiras mencionadas deverão ter no mínimo um ano de experiência de trabalho.

A apresentação de um número de candidatas superior ao de vagas oferecerá oportunidade para uma seleção mediante estudo do currículo ou por meio de provas.

O número terá de ser limitado, ainda, pelas dificuldades existentes para o estágio de campo para alunos dêsse nível, particularmente pela ausência da enfermagem profissional nos serviços de saúde pública de São Paulo. Mas, além dos Centros de Aprendizado

Urbano e Rural da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, temos tido entendimento com outras organizações que podem também oferecer bom campo, fora de nosso Estado.

Para as candidatas ao ensino, um outro tipo de experiência deve ser oferecido, o que dependerá, um pouco das possibilidades e muito, da boa vontade das responsáveis pelas escolas de enfermagem.

O nosso plano coloca a prática de campo no terceiro período escolar, para que a experiência possa depois ser avaliada em seus aspectos positivos e negativos, pela sua apresentação em seminários durante o último período do ano letivo.

Essa prática, que realizamos nos anos anteriores de funcionamento do curso, mostrou-se bastante proveitosa, tanto como um complemento da aprendizagem pela partilha das experiências vividas, como pelo elemento de avaliação do campo de estágio e também do trabalho das orientadoras.

O ideal será um campo de prática que ofereça oportunidade para a participação conjunta, no desenvolvimento de algum pequeno projeto de trabalho na comunidade ou em determinada organização de saúde, a grupos multidisciplinares da Escola de Saúde Pública, onde cada elemento da equipe aprenda a conhecer e apreciar a contribuição do outro no desenvolvimento do programa de saúde pública.

O valor o preparo técnico em saúde pública em nível de pós-graduação, para a enfermeira, numa Escola de Saúde Pública, é exatamente essa possibilidade de conhecer os outros elementos da equipe assim como fazer conhecida a contribuição que ela mesma deve dar para o programa de saúde pública em geral.

A convivência ou a participação por "contiguidade" nas disciplinas teóricas básicas e obrigatórias a todos os cursos, favorecendo discussões informais e comentários sôbre assuntos de interêsse que surgem, já é bastante útil. A participação em seminários, organizados para estudo conjunto de problemas de saúde pública, dará um cunho ainda mais prático a essa experiência conjunta (3). Se esta puder ser continuada no estágio de campo, estaremos oferecendo aos alunos a experiência mais próxima possível do que deve ser o trabalho da equipe de saúde pública.

CONCLUSÕES

1. O ensino básico da saúde pública deve ser, de preferência, integrado em todo o currículo dos cursos normais de graduação em enfermagem.

2. Por maior que seja a demanda de pessoal para o cuidado direto do paciente — tendo a Enfermagem tomado impulso em nosso País, relativamente há poucos anos — justificam-se entre nós alguns cursos de pós-graduação em saúde pública para enfermeiras, para a formação de técnicos para os cargos de administração e ensino da enfermagem *de saúde pública* .

3. Os cursos de pós-graduação em enfermagem de saúde pública devem se desenvolver, de preferência, dentro das escolas de saúde pública pela oportunidade que oferecem para trabalhos conjuntos, tanto teóricos como práticos, de vários elementos da equipe de saúde pública, à semelhança do que deve acontecer na situação real.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EUROPEAN Conference on Public Health Nursing, Helsinki, 1958. Report of... sponsored by WHO. Regional Office for Europe Copenhagen. WHO 1959, 37p.
2. HALE, Thomas. — "Campus Fever Compounds Nursing Crisis". **The Modern Hospital, 106** (2): 87-89, Feb. 1966.
3. TEIXEIRA, M. S. — "Um estudo sôbre a melhor maneira de integrar a enfermagem de saúde pública nos outros cursos de uma escola de saúde pública". Arq. Fac. Hig. S. Paulo, **12** (2): 181-205., dez. 1958.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. PROGRAMA del Curso de Enfermeria de Salud Publica de la Escuela de Salubridade de Mexico. Salud. Pub. de Mexico. Julio Agosto 1946, pg. 635-637.
2. SHETLAND, Margaret L. and MURPHY, Marion. — "Graduate Education in Public Health Nursing: Functional versus Clinical Preparation". **Amer. J. Publ. Hlth., 55** (2): 225-237, Feb. 1965.
3. THE TEACHING of public health nursing in Schools os Public Health: a report to the Association of Schools of Public Health. **Amer. J. Publ. Health, 53** (12): 2 000-2 009, Dec. 1963.

PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO ENSINO DE MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA *

Maria Costa Lôbo **
Maria Auxiliadora Freitas ***

I — **Introdução:** O Instituto de Medicina Preventiva, da Universidade Federal do Ceará é uma instituição de pesquisa e de ensino no campo da Higiene, da Saúde Pública e da Medicina Preventiva. Entre seus objetivos, podemos citar:

a) integrar o ensino e a pesquisa no campo da Higiene, da Saúde Pública, da Medicina Preventiva e das disciplinas afins, no âmbito da Usiversidade do Ceará;

b) promover o ensino das disciplinas que constituem seu objetivo;

c) promover a pesquisa em todos os setôres relacionados com sua finalidade;

d) realizar trabalhos de Saúde Pública no distrito sanitário do IMP e, eventualmente, em outras áreas;

e) ministrar, mediante convênio, disciplinas de cursos mantidos por outros estabelecimentos universitários.

Para dar cumprimento a seus objetivos o IMP tem um Centro de Saúde com uma área funcional de 2,63 km2, localizada em tôrno da Faculdade de Medicina, com características sub-urbanas e rurais. Esta área está dividida em 5 (cinco) zonas de trabalho e compreende 202 quarteirões com 134 ruas. Em 1963 a população era de 24 331 habitantes, calculando-se 26 000, aproximadamente, para o ano de 1966. A unidade de trabalho é a família, compreendendo 4 703 no ano de 1966.

II — **Ensino da Medicina Preventiva: —** A modernização do ensino fêz com que o estudo nas Faculdades não fôssem dirigidos sòmente ao indivíduo enfêrmo e sim abrangesse todos os aspectos: preventivos, sociais e sobretudo, humanos, pois como diz a OMS,

---

* Trabalho no Instituto de Medicina Preventiva — (Diretor: Prof. Walter Cantídio) e no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da UC (chefe: Prof. Francisco Araújo).

** Enfermeira de Saúde Pública e Supervisora do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde do IMP.

*** Assistente da disciplina Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e Chefe do Centro de Saúde do IMP da Universidade do Ceará.

"Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não sòmente a ausência de enfermidade".

Partindo daí, foi incluído no currículo das Faculdades de Medicina, Farmácia, Escolas de Enfermagem e Serviço Social, a disciplina Medicina Preventiva, que não iria funcionar como uma disciplina isolada, e sim, relacionada com outras cadeiras básicas do currículo.

O seu objetivo é dar ao estudante uma visão geral do assunto, incentivando-o no campo da prevenção das doenças que podem ser evitadas por meio da vacina; como nós, brasileiros, ainda estamos na era das doenças transmissíveis, o caminho mais seguro para previní-las é através do preparo adequado dos estudantes, futuros profissionais responsáveis pela saúde do indivíduo e da comunidade. Orientar a comunidae no sentido de valorizar sua saúde, considerando-a como um bem próprio, também constitui seu objetivo.

Com a modificação dos currículos, surgiu a necessidade de uma área que servisse de prática para os estudantes, e a área pilôto do IMP, constitui-se uma Unidade de Treinamento ideal. Nesta área os estudantes têm oportunidade de conhecer as condições sócio-econômico-sanitárias das famílias nela residentes, condições essas que vão do inferior ao mais alto nível: tanto existem favelas como boas residências de políticos, médicos, dentistas, farmacêuitcos, operários e marinheiros. É portanto, uma autêntica amostra da população brasileira.

É oportuno mencionar a distribuição do ensino da Medicina Preventiva e Higiene nas Faculdades:

Faculdade de Medicina:	1.º ano — Estatística
	2.º ano — Antropologia e Educação Sanitária
	3.º ano — Epidemiologia Geral
	4.º ano — Epidemiologia Especial
	5.º ano — Administração Sanitária
Faculdade de Farmácia:	4.º ano — Higiene e Saúde Pública
Escola de Enfermagem:	2.º ano — Epidemiologia e Estatística
Escola de Serviço Social:	4.º ano — Higiene e Medicina Social

Esta distribuição do ensino e o fato de ter a sua área como campo de prática, exigem do Instituto de Medicina Preventiva pessoal especializado para atuar no Centro de Saúde. Sendo a enfermeira a assistente imediata do médico nos assuntos relacionados com Medicina Preventiva e a responsável direta nos programas de ensino de Enfermagem, surge a necessidade de preparo de Enfermeiras em Saúde Pública. Eis porque o IMP mantém regularmente enfermeiras em cursos de especialização, e das 5 (cinco) enfermei-

ras de seu quadro, 4 (quatro) têm curso de pós-graduação em Saúde Pública.

Do exposto vemos que a enfermeira do IMP, além do programa de visita domiciliar e da atenção ao paciente no Centro de Saúde, participa também, ativamente, nos programas de ensino, constituindo um dos elementos da equipe de Saúde que visa conhecer, orientar e divulgar os problemas de saúde que afetam a comunidade e, dentro do possível, proporcionar meios de solucioná-los.

Como participa ela nos programas de ensino?

A Enfermagem é apenas uma das disciplinas sanitárias em um Serviço de Saúde Pública, influenciando e sendo influenciada pelos desenvolvimentos que se operam em relação aos demais programas e profissões. É com êste aspecto que está relacionada a participação da enfermeira no ensino de estudantes das Faculdades com as quais o IMP mantém convênio.

Partindo do princípio de que, para serem eficazes os planos, deve haver participação ativa do indivíduo, desde o planejamento à avaliação da tarefa a executar e com definição clara de atribuições, é que a enfermeira participa:

1) No planejamento das atividades docentes anuais:

a) ajuda e colabora na eleição de métodos de aplicação prática;

b) eleição de métodos estatísticos com o objetivo de pesquisar assuntos relacionados com Medicina Preventiva e Saúde Pública;

c) estudo de meios que proporcionem dados mais objetivos e ao mesmo tempo boa aceitação pelas famílias e, conseqüentemente, sua colaboração.

Aqui é importante ressaltar, e porque não dizer que dêste último depende tôda a eficácia de nossas pesquisas e aproveiamento pelos alunos. Pois já sabemos que para a colaboração do indivíduo e, em nosso caso a colaboração da família, é necessário que ela aceite e sinta que com isto receberá algum benefício a curto ou longo prazo; de nada adiantaria planejarmos sem levar em conta que iremos trabalhar com pessoas humanas, que têm seus próprios interêsses. Quem nos irá dizer se êste plano pode ser efetivo? Ninguém melhor que a enfermeira de Saúde Pública, que tem contacto diário permanente com as famílias, através da visita domiciliar. Ela é portanto um elemento indispensável numa Equipe de Saúde. Não ignoramos, no entanto, o papel valioso de outros profissionais como a Assistente Social, Educadora Sanitária, porém sabemos que entre nós, são mais raras.

2) Na execução do plano de ensino.

O treinamento dos estudantes está orientado quanto às atividades externas e internas no Centro de Saúde.

Nas atividades externas a enfermeira participa na orientação das técnicas duma visita domiciliar, ajudando o estudante a entrar em contacto com a família. No IMP já tivemos dois tipos de experiência:

a) a enfermeira acompanhava um pequeno grupo de estudantes, apresentava a família e observava um dêles na entrevista;

b) através de carta a família era avisada da visita do estudante.

Cremos que com a junção das duas experiências chegaremos ao ideal; porém no momento talvez tenhamos que continuar com a última. Queremos adiantar que êste é trabalho de tôda uma equipe mas, no momeno, estamos salientando o papel da enfermeira.

As atividades internas no Centro de Saúde visam demonstrações práticas de imunizações e entrevistas pós-clínicas.

3 — Na avaliação dos métodos e programas.

Como é de prever a enfermeira que participa no planejamento e execução, participará também, é óbvio, na avaliação do programa. Cabe ressaltar que é nesta avaliação, feita através de reuniões de grupo, que são discutidos os problemas encontrados, assim como é da avaliação feita no final do curso que tiramos o melhor proveito; cada profissional, e em particular a enfermeira, discute com os estudantes assuntos sanitários relacionados com as famílias.

III — **Experiência da participação com estudantes:** — O programa docente prático dos estudantes do 3.º ano de Medicina, neste semestre, foi orientado no sentido de relacionar o índice de parasitoses intestinais com as condições sócio-econômico-sanitárias locais. Para isto foi programado um inquérito parasitológico e outro sócio-econômico-sanitário na 3.ª zona. O método estatístico para eleição das famílias que deviam entrar na amostra, foi o aleatório sistemático ou método ao azar, em que tôdas as famílias teriam igual oportunidade de entrar na amostra. A 3.ª zona do IMP têm 776 famílias e o inquérito foi feito em 163 famílias ou seja 20%. Cada estudante visitou duas famílias e obteve os dados referentes ao inquérito sócio-econômico-sanitário; no entanto o inquérito parasitológico não foi possível concluir no semestre, mas o estudo de enteroparasitoses realizado na zona I revelou que, de 478 exames 99,6% foram positivos (5), (resultado do inquérito sócio-econômico-sanitário com participação da enfermeira, já que apresentados como de interêsse em Saúde Pública).

TABELA III

Grau de instrução dos maiores de 5 anos da ZONA III do IMP. ANO — 1966

DISCRIMINAÇÃO	N.º	%
Analfabetos	63	6,8%
Alfabetizados	46	5,0%
Primário completo	339	37,0%
Primário incompleto	82	8,9%
Ginásio completo	128	13,9%
Ginásio incompleto	53	5,8%
Colégio completo	121	13,3%
Colégio incompleto	17	1,9%
Superior completo	20	2,2%
Superior incompleto	5	0,6%
Não mencionado	42	4,6%
TOTAL	916	100,0%

O grau de instrução é um dado de suma importância em Saúde Pública; o resultado veio aqui confirmar o que já dizíamos no início: esta área é uma amostra da população brasileira, pois nela também o primeiro lugar está ocupado com o grau de instrução primária completo 37%, enquanto o superior completo está representado com 2,2%.

TABELA N.º IV

Composição etária de 162 famílias residentes na 3.ª zona do IMP.

ANO — 1966

IDADE	N.º	%
1 ano	22	1,9%
1 — 4 anos	102	9,2%
5 — 9 anos	153	13,8%
10 — 14 anos	161	14,5%
15 — 19 anos	165	14,8%
20 — 24 anos	111	9,9%
25 — 34 anos	137	12,1%
35 — 44 anos	110	9,8%
45 — 54 anos	90	8,1%
55 + anos	58	5,3%
Sem especificação	6	0,6%
TOTAL	1 115	100,0%

Na composição etária da zona vemos que 54,2% corresponde a menores de 19 anos e 5,3% a maiores de 55 anos. É portanto uma população jovem, característica esta comum a população do País.

Qual a finalidade dêstes dados nos programas de Saúde Pública?

São de grande utilidade para programações futuras em Saúde Pública, quer globais quer específicas em enfermagem.

Como finalidade global, entre outras, podemos citar:

1) programas de educação sanitária executadas em todos os níveis com a finalidade de orientar quanto às vantagens do destino adequado do LIXO;

2) eleição de métodos a serem utilizados de acôrdo com a população receptora e levando em consideração a participação da comunidade;

3) programas que visem cobertura e proteção dos grupos mais vulneráveis: menos de quatro anos de idade e gestantes;

4) a enfermeira, como membro da equipe de Saúde Pública, com êstes dados poderá programar suas atividades externas e internas, orientando-se e tornando-se mais objetiva.

Para os estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social etc., servirá como experiência e reconhecimento de que, além das atividades individuais, é necessário uma ação coordenada e uniforme para fomentar a saúde e reconhecer os problemas sociais que conduzem à enfermidade.

IV — **Conclusões**

No passado a medicina situava-se entre as ciências exatas, junto à química e à física. Durante está época a medicina esteve tão absorvida pelo estudo da enfermidade que olvidava sua preocupação final, o homem, considerado como unidade e como grupo social. São ou doente, o homem está ligado às condições da vida social, as quais incluem tôdas as considerações do ambiente físico, biológico e social, particularmente as considerações de ordem econômica e cultural. Logo, partindo dêste conceito, é que tôdas as ações dirigidas no sentido de fomentar a saúde do indivíduo ou da comunidade, exigem um trabalho integrado, coordenado e que seja executado por um conjunto de profissionais técnicos e auxiliares que participem integradamente na planificação, execução e avaliação do programa de saúde, portanto de uma Equipe de Saúde. Com êste sentido é que o ensino da Medicina Preventiva e Saúde Pública não poderia ser isolado, e exige a participação de outros profissionais, já que o objetivo final é treinar os estudantes, orientá-los na concepção moderna de Saúde e que, no futuro, tôdas as suas atividades sejam dirigidas a melhorar a saúde do indivíduo e da população e aumenar o número de indivíduos sãos.

V — **Agradecimento:**

Agradecemos a enfermeira Lígia Barros Costa, Srta. Maria Lúcia Lima Pereira e Sr. Cornélio Holanda dos Santos, pela valiosa colaboração que prestaram. Aos estudantes de Medicina Preventiva do 3.º ano de Medicina sentímo-nos no dever de agradecer a ajuda e o estímulo que nos prestaram no 1.º semestre do ano de 1966. Ao Prof. Walter de Moura, Diretor do IMP, especiais agradecimentos.

Referências Bibliográficas:

1. FREITAS, M. A. — Conceito e evolução da Medicina Preventiva e Saúde Pública aplicada ao ensino. **"Rev. Fac. Med. Univ. Ceará"**, 5: 3-7, 1965.
2. Quarto relatório da comissão de peritos em enfermagem. Enfermagem de Saúde Pública. Genebra, outubro de 1958.

3. MOLINA, Gustavo — Princípios de Administração Sanitária. 1.ª ed., Escuela de Salubridad, Casa Editora, San Juan, 1961.

4. COULTER, P. — The Nurse in the Public Health Program, Team Relationship. New York, Putnanis Sons, 1954.

5. ROUQUAYROL, M. Z. — Enteroparasitoses e condições sócio-econômicas-sanitárias em área pilôto do município de Fortaleza. **Rev. Fac. Med. Univ. Ceará vol.** 5: 77-86, 1965.

IV — SIMPÓSIO

O ENSINO DE ÉTICA E HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Glete de Alcântara *

Localização na área do currículo

Para muitos parecerá estranho que estas duas disciplinas estejam incluídas neste Simpósio sôbre o Ensino das Ciências Sociais ou Humanas no curso de graduação de enfermagem. Se não fôr esta a área mais apropriada, em que outras ficariam mais bem colocadas a Ética e a História da Enfermagem? Esta questão não é de forma alguma de ordem especulativa. Ao contrário, é até muito prática, mormente na situação atual quando as escolas se defrontam com o problema de agrupamento das disciplinas do currículo em unidades mais amplas para a formação dos departamentos.

Uma revisão bibliográfica nos mostra não existir consenso entre os especialistas em currículos no que se refere a êste assunto. Amy Brown (1) situa a história na área das ciências sociais e a ética na de cultura geral (general education); Bridgman (2) coloca as duas disciplinas no setor da cultura geral. Êste mesmo critério é adotado no Guia para as Escolas de Enfermagem da América Latina (3). No currículo do bacharelado em artes da Universidade de Pennsylvania (4) filosofia (incluindo ética) e história estão localizadas na área das ciências sociais. Não havendo consenso entre os educadores, por isso mesmo não pode haver resposta definitiva para a questão inicialmente colocada. Se o ensino destas duas disciplinas vai ser tratado aqui, juntamente com o de psicologia e sociologia, é por que ambas integram a área das ciências humanas no currículo da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto.

Ensino de Ética

Quer colocadas no grupo das Ciências Humanas ou no de Cultura Geral o que importa é desenvolver plenamente o ensino de Éti-

ca e de História da Enfermagem, dada a sua contribuição para o desenvolvimento do futuro enfermeiro.

Em nosso estudo sôbre o "Ensino de Ética nas Escolas de Enfermagem", realizado em 1959 e 1960, estão contidos os objetivos e o programa desta disciplina (5). Para aquêles não familiarizados com o referido trabalho, podemos dizer que os objetivos visam proporcionar aos estudantes meios para a aquisição de conhecimentos fundamentais de moral para serem aplicados na sua vida pessoal e profissional, entendida esta última como ideais, atitudes e práticas que caracterizam a profissão.

Tendo em vista a consecução dêsses objetivos, o conteúdo do programa refere-se à Ética Geral e à Ética Profissional. Nesta foram incluídos os aspectos específicos sôbre a conduta do estudante em relação a si-mesmo e às pessoas e instituições com as quais está associado, em virtude de suas atividades discentes: professôres, colegas, pessoas sãs e doentes, membros da equipe de saúde, escola e serviços de saúde.

A parte relativa à Ética Geral inclui princípios fundamentais: os valôres, o bem, o direito, o dever, a obrigação e a responsabilidade. Êstes conhecimentos da moral teórica visam conduzir o estudante à reflexão e à análise de sua conduta e levá-lo à previsão das conseqüências de suas ações. A moral teórica não é um estudo artificial, longe dos problemas reais da existência; é um prolongamento, sob forma metódica e objetiva, da reflexão sôbre as ações humanas, como bem indicou Armand Cuvillier (6).

Quanto à metodologia, até há bem pouco tempo, as aulas expositivas representavam o procedimento didático mais utilizado, embora a técnica de grupos para discussão de problemas fôsse também usado. Se com êste método obtínhamos participação ativa dos estudantes para os problemas de ordem profissional, muito pouco interêsse conseguimos despertar para o estudo da moral teórica.

Êsse pouco interêsse pode ser explicado pela pouca familiaridade de nossos estudantes com os problemas filosóficos, que exigem certo grau de desenvolvimento da capacidade de reflexão e de julgamento. Mesmo aquêles que cursaram o 2.º ciclo secundário, que inclui a filosofia no seu currículo, não possuem conhecimentos dos princípios da moral teórica que o "Curriculum Guide" (7), já em 1937, apontava como requisitos para admissão ao curso de enfermagem. Aliás, o que sabemos sôbre o ensino de filosofia, ministrado no ciclo colegial, leva-nos a crer que o estudo desta disciplina destina-se mais ao preparo para concursos de habilitação das escolas superiores do que ao desenvolvimento intelectual dos alunos.

Tendo em vista a necessidade de suscitar a motivação dos estudantes para o estudo dos problemas teóricos e, conseqüentemente,

desenvolver-lhes a capacidade reflexiva — fator essencial para seu desenvolvimento moral — desde o ano passado procuramos imprimir nova orientação metodológica ao ensino. O curs de 1965, de duração de 20 horas, foi ministrado aos alunos do 2.º ano do curso de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto e Escola de Enfermagem de São Paulo. Abrangeu o estudo de oito temas:

I — Ética: origem, objetivo e relação com outros ramos do conhecimento humano; filosofia e ciência.
II — Os atos humanos: relação entre ética e psicologia.
III — O problema persistente: de que fonte deriva o homem, o ideal do bem?
IV — O problema da autoridade: autoridade racional e irracional.
V — A obrigação e o dever.
VI — A consciência moral.
VII — Valor, direito e responsabilidade.
VIII — Valores fundamentais: vida, carácter e verdade. Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem.

O nôvo método didático, que passaremos a descrever, baseou-se nos resultados de pesquisas psicológicas mostrando que o processo de aprendizagem torna-se mais eficiente na medida que aumenta a auto atividade do educando e descresce a contribuição do professor.

As preleções foram totalmente suprimidas e seu lugar foi preenchido por atividades discentes cuidadosamente planejadas. Para tanto, foram selecionados textos de diversos autores, tratando sôbre o tema correspondente a cada unidade do programa. Além dos textos foi organizado um roteiro, sob forma de exercícios, com finalidade tríplice: orientar os alunos para a leitura dos textos, servir de instrumento para provocar-lhes a reflexão, a capacidade de julgamento e de síntese e desenvolver-lhes a habilidade de exprimirem-se clara e corretamente.

Na introdução ao curso, ou seja, no primeiro dia de aula, foram dadas informações referentes ao método e às atividades discentes. Distribuídos os textos correspondentes à unidade I do programa, receberam os estudantes as seguintes instruções:

1. a leitura cuidadosa dos textos, fora do período escolar é indispensável para a realização dos exercícios durante a aula, de 2 horas;
2. os exercícios podem ser efetuados individualmente ou em grupos, porém a redação dos mesmos é da responsabilidade de cada um;
3. o professor, durante o período de aula, elucidará as dificuldades apresentadas sôbre o assunto em estudo;
4. os exercícios devem ser entregues ao professor para correção;
5. a entrega de nôvo texto está condicionada à devolução dos exercícios da aula anterior;

6. a avaliação do curso será feita no fim do semestre mediante uma prova escrita, contendo questões selecionadas dentre tôdas aquelas respondidas.

Algumas explicações sôbre a organização dos textos são necessárias. Para o tema I foram selecionados três textos. O primeiro, traduzido do livro de Austin Fagothey, (8) filósofo norte americano, da escola aristotélico-tomista, focaliza o estudo de ética, sob o ponto de vista de origem, objetivos e relação com outras ciências. O texto referente à filosofia e ciência, de autoria de Salim Sadeh, (9) sociólogo brasileiro, examina a diferença existente entre ambas, em têrmos de juízos de valor e juízos de realidade. Há ainda um terceiro texto, extraído da obra de Albert Rivaud (10) professor da Sorbone, sôbre o pensamento ético de Sócrates, revelando a preocupação dos antigos gregos pelos problemas de moral. (Em apenso encontra-se o roteiro dêste tema).

Na organização dos textos não foram selecionados apenas aquêles cujos autores seguem determinada corrente filosófica. Ao contrário, foram escolhidos representantes de diversas teorias éticas, a fim de que os alunos delas tivessem conhecimento. Mc Allister (11) adotou critério semelhante, e seu livro apresenta doutrinas morais, para êle, inaceitáveis.

Realmente, se quisermos desenvolver no estudante o espírito de análise e de crítica, para que, amadurecidos intelectual e moralmente, saibam usar discernimento diante de situações reais da vida pessoal e profissional ,então é preciso conhecerem as diferentes doutrinas morais. Por exemplo, a teoria do relativismo moral é apresentada e discutida por autores que a aceitam ou rejeitam.

Textos apresentando os grandes problemas com que se defronta atualmente a humanidade, como o problema da liberdade, dos direitos humanos foram escolhidos com o intuito de dar aos estudantes uma visão mais ampla do mundo em que vivemos e de despertar-lhes a consciência de sua responsabilidade na preservação dos valores morais.

Entretanto, o ensino de Ética não se limitou ao ensino teórico. Êle está integrado em tôdas as disciplinas do currículo, mòrmente nas de enfermagem, porque o estudante aprende Ética sobretudo com a vivência dos problemas que ocorrem diàriamente e com o exemplo daqueles a quem está relacionado em tôdas as situações de aprendizagem.

Daí a dificuldade para a avaliação do ensino teórico de Ética. Contudo, alguns aspectos positivos da nova metodológica foram observados. Em primeiro lugar, conseguimos despertar bastante interêsse dos estudantes para o estudo dos problemas da moral teórica. Conquanto tenhamos afirmado que as aulas expositivas haviam

sido suprimidas no planejamento do curso, algumas foram ministradas por solicitação dos próprios alunos, para a elucidação de determinados assuntos não muito bem compreendidos por êles. Em segundo lugar, as correções feitas nos exercícios contribuíram para alertar os alunos sôbre suas falhas e estimulá-los a corrigí-las. Com efeito, observamos no fim do curso que muitos dêles apresentaram sensível progresso, tanto na expressão de seus pensamentos como na maneira de redigí-los. Finalmente, foi dada oportunidade a todos para a realização dos exercícios. Se os alunos intelectualmente mais dotados o fizeram em poucas horas, aquêles menos favorecidos, que necessitaram de mais tempo para a leitura e compreensão dos textos e redação dos exercícios, tiveram prazo suficiente para realizarem seu trabalho.

Na "fôlha de avaliação" distribuída a todos no final do curso, muitos manifestaram seu entusiasmo pelo nôvo método, outros não muito, e alguns ofereceram sugestões valiosas para a melhoria do ensino.

Os resultados da prova escrita que constou de 20 questões, escolhidas dentre as 160 contidas nos roteiros, foram satisfatórios.

Ensino de História da Enfermagem

Inicialmente apresentaremos algumas considerações sôbre os princípios que orientaram a formulação dos objetivos, o conteúdo do programa e a metodologia do ensino da História da Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto.

Hoje em dia, não concebemos mais o estudo da História da Enfermagem como puro relato de acontecimentos desvinculados do contexto de história geral. "The history of nursing is found in general history", segundo a expressão de Sellew e Ebel (12). Realmente, se quizermos desenvolver em nossos estudantes a compreensão das condições históricas que permitiram a enfermagem destacar-se da prática médica — sob forma de atividade religiosa — secularizar-se e finalmente obter o status de profissão, precisamos integrar a História da Enfermagem na história do mundo ocidental. Momentos decisivos na história da humanidade, como o advento do cristianismo, o renascimento do comércio e das cidades, a reforma religiosa e a revolução industrial, foram também momentos decisivos para o desenvolvimento da enfermagem.

Inserida como está na história dos acontecimentos humanos, seus objetivos, sob certos aspectos, são comuns ao da história universal, ou sejam, conseguir que os estudantes conheçam e apreciem nossa herança cultural para melhor entenderem a sociedade em que vivem. Considerada a enfermagem como um dos segmentos da so-

ciedade, os problemas atuais com que se defronta a profissão sòmente serão compreendidos mediante uma perspectiva histórica, uma vez que em seu passado são encontradas as explicações do presente.

Além de oferecer oportunidade para a ampliação dos horizontes culturais dos estudantes, o ensino da História da Enfermagem procura desenvolver-lhes a independência do julgamento, a honestidade intelectual em relação aos trabalhos lidos e citados, a tolerância, o respeito pelas opiniões alheias, a capacidade de expressão, enfim conhecimentos, ideais, atitudes e hábitos.

O ensino da História de Enfermagem, em nossa Escola, é ministrado nas 1.ª e 3.ª séries do curso de graduação, sob a denominação respectiva de História da Enfermagem I e II. No 1.º ano, o programa inclui os aspectos históricos e sociais da enfermagem no Brasil, desde o período colonial até a introdução da enfermagem moderna. Nêle também é estudada a situação atual de ensino e do exercício da enfermagem, a fim de familiarizar os jovens recem admitidos na Escola com a problemática da profissão. No 3.º ano, é estudado o desenvolvimento da enfermagem através dos tempos.

Conquanto a História da Enfermagem esteja inter-relacionada com a história geral, isso não significa desenvolver esta última em detrimento da primeira. Por outro lado, a duração de ambos os cursos, de 30 horas cada um, já impõe limitação no conteúdo do programa para o preenchimento dos objetivos formulados.

O programa de **História da Enfermagem I** está organizado em três unidades amplas versando sôbre aspectos do desenvolvimento sócio-econômico e cultural do Brasil, desde o início da colonização até o presente, incluindo cada unidade diversos temas. As unidades são:

I — Período colonial: formação da família patriarcal; educação feminina e assistência aos doentes.

II — No Século XIX: a assistência hospitalar prestada pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia; contribuição de Ana Neri na Guerra do Paraguai e a primeira escola para a formação de pessoal de enfermagem.

III — Século XX: implantação da enfermagem moderna no país; expansão das escolas de enfermagem; organização da associação de classe e legislação sôbre o ensino de enfermagem e exercício profissional.

Quanto ao programa de **História da Enfermagem II**, seu conteúdo está dividido em oito unidades, incluindo cada uma, um ou mais temas. As unidades são:

I — Enfermagem indistinta da prática médica na era pré-cristã.

II — Importância do cristianismo para o desenvolvimento das atividades de enfermagem.

III — Organização dos hospitais monásticos nos primeiros tempos medievais.
IV — Tendências aristocráticas de enfermagem na última fase da Idade Média.
V — Influência do renascimento urbano e comercial sôbre o movimento de secularização da educação, das instituições hospitalares e das ordens de enfermagem.
VI — A assistência hospitalar nos países católicos e naqueles que adotaram a reforma religiosa, durante os séculos XVI e XVII.
VII — Movimentos de reforma social na Inglaterra durante o século XIX e a contribuição de Florence Nightingale para a reforma da enfermagem.
VIII — Situação atual da educação da enfermagem e da prática profissional em outros países e no Brasil.

Relativamente à metodologia de ensino da História da Enfermagem, até o ano passado, foram as aulas expositivas e os grupos de discussões as técnicas utilizadas; "slides" e filmes constituiram os recursos audio-visuais usados.

À vista do interêsse suscitado nos alunos pelo nôvo método didático, há pouco descrito, resolvemos adotá-lo êste ano para o curso de História da Enfermagem II, continuando naturalmente a utilizarmos os "slides" e filmes.

Se a seleção dos textos de Ética exigiu muitas horas de trabalho, devido principalmente à exigüidade de obras em português, o mesmo não ocorreu com os de História da Enfermagem. A tarefa foi muito facilitada pela existência de excelentes livros de história geral em português. Nosso trabalho foi mais penoso para seleção dos textos sôbre a História da Enfermagem e sua tradução para nossa língua.

Como exemplo, os textos selecionados para o estudo da unidade VI foram: 1) A reforma religiosa, extraída do livro de E. M. Burns (13); 2) Efeitos da reforma sôbre a assistência aos doentes na Inglaterra, texto baseado nos livros de Seymer, Nutting e Dock (14). A organização das Santas Casas em Portugal, texto baseado em trabalhos de Ernesto Souza Campos (15) e 4) São Vicente de Paulo e a fundação da congregação das Irmãs de Caridade, do livro de E. Pavey (16). (Em apenso encontra-se o roteiro desta unidade).

Como ocorrera no curso de Ética, nossa contribuição consistiu em comentar as respostas dadas a alguns exercícios, a fim de indicar pontos essenciais que os estudantes não haviam percebido, nos esclarecimentos prestados sôbre determinados assuntos e em algumas aulas expositivas.

Relativamente à avaliação do curso, não temos muito a dizer, porquanto êste não havia chegado ao seu término quando escrevía-

mos esta comunicação. Muitas das observações sôbre o curso de Ética são válidas para êste curso. Temos observado muito interêsse dos alunos em descobrir a relação entre o atual desenvolvimento da enfermagem e as condições sócio-econômicas e culturais dos países, principalmente do Brasil. Igualmente estão êles empenhados em ampliar sua cultura geral e melhorar a redação.

Conclusões:

A pequena experiência que tivemos com o nôvo método didático não nos permite chegar a conclusões definitivas sôbre o mesmo. Especialmente tratando-se do curso de Ética que visa contribuir para a formação do futuro enfermeiro, seu ensino não pode ser avaliado por instrumentos comuns destinados à avaliação de outros ramos do conhecimento.

Contudo, o fato de ter sido a orientação metodológica baseada nos resultados de pesquisas psicológicas, mostrando que o processo de aprendizagem torna-se mais eficiente na medida que cresce a auto atividade do educando e descresce a contribuição do professor, faz-nos crer que estamos caminhando na direção de rumos certos.

Referências Bibliográficas

1) BROWN, Amy F. — Curriculum Development. Philadelphia, Saunders, 1960, pág. 44-46.

2) BRIDGMAN, Margaret — Collegiate Education for Nursing New York, Russell Sage Foundation, 1953, pág. 142-143.

3) National League of Nursing Education — A Curriculum Guide for Schools of Nursing. New York, N. L. N. E., 1937, pág. 2g3.

4) University of Pennsyvania Undergraduate Programs, 1964-1965 — **University of Pennsyvania Bulletin** — 57 (4): págs. 28, 190, ag. 1963.

5) ALCÂNTARA, Glete e Forjaz, Marina — O ensino de ética nas escolas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 14 (3): 193-242, jun. 1961.

6) CUVILLIER, Armand — Précis de Philosophie. Paris, Armand Colin, 1960, pág. 261.

7) Organizacion Panamericana de la Salud — Guia para Escuelas de Enfermeria en la America Latina. Washington, 1961, pág. 25.

8) FAGOTHEY, Austin — Right and Reason: ethics in theory and practice. St.Louis, The Mosby, 1959, págs. 19-23.

9) SEDEH, Salim — Princípios de Sociologia Geral. 3.ª ed. São Paulo, Michalany Ltda, 1959, págs. 13-25.
10) RIVAUD, Albert — As Grandes Correntes do Pensamento Antigo. São Paulo, Saraiva,1941, págs. 88-96.
11) Mc ALISTER, Joseph B. — Ethics with special application to the medical and mursing professions. Philadelphia, Saunders, 1965, pág. 6.
12) SELLEW, Gradys & Ebel, Sister E. — A History of Nursing 3.ª ed. St. Louis, Mosby, 1955.
13) BURNS, Edward Mall — História da civilização ocidental trad. 2.ª ed. Pôrto Alegre, Globo, 1959, págs. 449-477.
14) SEYMER, Lucy R. — A General History of Nursing London, Faber & Faber, 1949, págs. 52-66.
15) CAMPOS, Ernesto S. — Memorias dos festejos comemorativos do IV Centenário da Fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos. S. Paulo, **Revista dos Tribunais,** 1947, p. 176-200.
16) PAVEY, A. E. — The Story of the Nursing Profession. p. 224-230.
17) Dock, Lavina, e Stewart, Isabel — A Short History of Nursing London, Putnam's, 1938, págs. 91-108.

APENSO

ÉTICA — Exercícios referentes à unidade I

1. Origem etmológica da palavra ética.
2. Têrmo latino correspondente à ética.
3. Indicar o objetivo da: a) Psicologia, b) Sociologia, c) Teologia moral.
4. Indicar a diferença entre os objetivos das ciências mencionadas no ítem anterior e os da Ética.
5. Escolher uma definição de Ética entre aquelas apresentadas.
6. Indicar os dois grandes problemas que a filosofia estuda.
7. Definir juízo de realidade.
8. Definir juízo de valor.
9. Diferença entre filosofia e ciência.
10. Qual a ciência que em primeiro lugar detacou-se da filosofia?
11. Qual foi a grande contribuição de Galileu?
12. A que setor da Biologia o nome de Mendel está associado?
13. A que é atribuído o valor de Claude Bernard?
14. Enumerar as características da Filosofia.
15. Enumerar as características da Ciência.
16. Significação de método.
17. Época e local em que viveu Sócrates.

18. De que maneira o pensamento de Sócrates tornou-se conhecido?
19. Resumo da filosofia de Sócrates relativamente à conduta do homem.
20. Significação de Maieutica na filosofia socrática. Existe alguma relação entre êste têrmo e a vida pessoal do filósofo grego?

HISTÓRIA DA ENFERMAGEM II - Exercícios referentes à unidade VI

1. Significado do têrmo "Renascença" — Causas da Renascença.
2. Indicar o nome de dois grandes pintores renascentistas e de suas principais obras.
3. Causas religiosas da Revolução Protestante.
4. Causas políticas da Revolução Protestante.
5. Causas econômicas da Revolução Protestante.
6. Por que a Reforma Religiosa foi iniciada na Alemanha?
7. Causas primordiais do Protestantismo na Inglaterra.
8. Quais foram as conseqüências da Reforma Protestante na Inglaterra para a assistência aos doentes?
9. Que fatôres determinaram o colapso do sistema hospitalar na Inglaterra?
10. Que significação tem as palavras "Matron" e "Sister" nos hospitais britânicos de hoje?
11. Quando foi fundado o primeiro hospital de Portugal? Quem foi D. Afonso Henriques?
12. Que papel desempenhou D. João II no sistema hospitalar português?
13. Quando e por quem foi fundada a Misericórdia de Lisboa?
14. Como era constituída a Confraria da Misericórdia? Citar algumas exigências a serem preenchidas pelos Irmãos.
15. Mencionar as 14 obras de Misericórdia, segundo o compromisso da Irmandade.
16. Onde, quando e por que foi fundada a primeira Misericórdia no Brasil?
17. Que diferença havia entre as Damas de Caridade e as Irmãs de Caridade, ambas fundadas por S. Vicente de Paulo?
19. Por que S. Vicente é denominado "o precursor da enfermagem moderna"?
19. Que organização deu S. Vicente às Irmãs de Caridade?
20. Por que no Brasil as religiosas que trabalham nos hospitais são chamadas de Irmãs de Caridade?

CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA

Alice Costa *

I — CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA POSIÇÃO ATUAL DA ENFERMAGEM

Parece-nos que todos os grupos profissionais se acham muito inquietos para ajustar os seus objetivos e meios de ação às transformações sociais da época atual.

A novos fins correspondem novos meios, e é quase impossível uma marcha paralela, entre as necessidades da sociedade moderna e o desejo de satisfazê-las que impulsiona o trabalho humano em geral.

Certos grupos, de formação mais recente, têm de sofrer um impacto muito maior porque, além de todos os outros problemas concernentes ao exercício profissional, têm ainda de firmar e proteger o seu atatus.

Assim é que vemos as enfermeiras e escolas de enfermagem dos maiores centros de cultura se empenharem numa luta de renovação dos currículos, programas, métodos e atividades didáticas.

Nas publicações científicas, nas conclusões e recomendações dos encontros e congressos, o consenso unânime é de que a enfermeira necessita:

a) ter cultura humanística suficiente para reconhecer e satisfazer as necessidades do ser humano que está afeto aos seus cuidados;
b) ter cultura especializada para empregar os melhores recursos técnico-científicos nos serviços que presta ao paciente;
c) empenhar-se na pesquisa científica, utilizando os dados da sua atividade profissional a fim de basear seus métodos de ação em fatos comprovados no desemenho da sua missão;
d) firmar a consciência de grupo profissional em tôrno de reconhecimento social de uma classe que presta serviços específicos que

* Assistente da Faculdade de Filosofia — Universidade Federal da Bahia e Professôra da Escola de Enfermagem da mesma Universidade.

só a ela compete fazer. A atitude resultante será o equilíbrio entre deveres e direitos.

Sentidos e compreendidos os novos rumos que toma a profissão de Enfermagem, lançam-se as Escolas no planejamento de reformas que integram seus corpos docentes, discentes e administrativos no processo de adaptação à realidade social.

Todo êsse trabalho de reestruturação, provocado pelas novas descobertas científicas e pelos conhecimentos humanísticos, é dirigido no sentido de fazer de cada profissional um ser auto-realizado e eficiente na sociedade.

Reconhecidas as principais necessidades de preparação para a carreira, movimentam-se as instituições responsáveis para modificarem suas estruturas e aparelhagem no sentido de atingirem as metas desejadas.

No entanto, nem bem se ajustam para a missão atual que a sociedade lhes outorgou, já se sentem compelidas a pensarem no futuro.

O progresso industrial, principalmente no campo da eletrônica médica vai produzindo uma aparelhagem mais perfeita que dispensa a atenção constante para certos serviços prestados ao paciente. É o velho problema de entregar à máquina certas tarefas preponderantemente mecânicas, ao passo que as mais complexas e que exigem uma adaptação rápida, ainda são um privilégio do homem. A segurança que oferece uma máquina qualquer é limitada pela qualidade e quantidade de funções que realiza. O ser humano, pela sua creatividade, não conhece limites para sua atuação.

Por considerações de tal ordem, vem se acentuando a influência psico-terapêutica da enfermeira capaz de atender e satisfazer as novas necessidades do paciente que está cuidando. Em conseqüência, maior ênfase vem recebendo atualmente a preparação humanística, muito tempo relegada a segundo plano. Considerando a realidade brasileira com várias regiões em rítmo de desenvolvimento os mais díspares, novos e prementes problemas se apresntam na formação da enfermeira.

De acôrdo com o Relatório da Comissão de Documentação e Estudos, apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Salvador, o ponto crucial é o pequeno número de enfermeiras graduadas em relação às necessidades do País. O deficit é enorme e considerado o rítmo de produção das Escolas de Enfermagem do Brasil, são necessários dez anos para se alcançar o número que seria ótimo para o momento atual (1).

---

(1) Revista Brasileira de Enfermagem. Relatório da Comissão de Documentação e Estudos, 1964.

Também os práticos licenciados e os auxiliares de enfermagem são muito poucos para as necessidades reais da população. A carência é mais assustadora se pensarmos na explosão demográfica que ocorre no Brasil.

As Escolas que atendem ao Nordeste, onde o pauperismo é uma constante, têm mais êsse problema a enfrentar: o de formar maior número de especialistas em determinados setôres. E ainda, o de exercitar todos os seus alunos no sentido de uma liderança de seus auxiliares imediatos e grupos socíais afetos ao seu campo de trabalho.

II — OBJETIVOS DO ENSINO DA PSICOLOGIA NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM

Por todos os ângulos que se olhe a função de Enfermagem, seja na administração ou pesquisa, liderando grupos de auxiliares, ensinando, dando informações à comunidade, cuidando dos pacientes, o objetivo primordial é a saúde humana. Para tão variadas tarefas impõe-se o conhecimento profundo de tudo quanto se refere ao homem como indivíduo e como ser social.

É evidente que a pessoa reage como um todo e ao separarmos os aspectos biológicos dos psicológicos, estamos usando um artifício imposto pelas nossas limitações. Essa divisão, que facilita o conhecimento, só o torna útil quando integrado numa síntese tal como se apresenta na natureza.

O ensino da Psicologia no curso de Enfermagem visa atingir vários objetivos, dentre os quais, o de propiciar atitudes eficientes no inter-relacionamento, que é constante nesta função.

De não menos importância é o auto-conhecimento e a conquista de ensinamentos que ajudem a atingir a maturidade desejada.

Compreender como pensa, sente e age o homem normal, que atitudes toma diante da ameaça à sua saúde e perante a morte, são outros tantos objetivos visados pelo ensino da Psicologia.

No relacionamento enfermeira-paciente nascem dificuldades mais acentuadas porque, sendo inicialmente duas pessoas desconhecidas, de imediato passam a enfrentar situações de perfeita intimidade. Há possibilidades de choques de sentimentos, costumes e crenças que marcarão as futuras relações dos dois indivíduos.

Ser capaz de sentir as necessidades humanas como se apresentam, de descobrir os mecanismos postos em prática para enfrentar as frustrações não é simples, nem fácil. Mas é indispensável para o bom desempenho profissional de Enfermagem.

Através do aprendizado psicológico, a enfermeira formará o hábito de planejar seu trabalho em têrmos de servir ao próximo, indo ao encontro de suas necessidades e procurando satisfazê-las dentro

do máximo respeito à autonomia pessoal. É por êsse mesmo princípio que ela saberá dosar a sua atuação e medir a doação de si próprio.

A capacidade de compreender e tolerar é uma das grandes conquistas que o conhecimento psicológico nos possibilita e que muito auxilia nas relações humanas.

No processo de profissionalização, um sistema hierárquico de valores vai se formando, vai norteando a conduta e permitindo uma atitude coerente do indivíduo em relação a si próprio e ao grupo. Isso só é possível mediante o hábito da auto-análise, com finalidade de conquistar a maturidade. Êsse mecânismo leva ao encontro freqüente da pessoa consigo própria e conduz ao equilíbrio entre o que se é, o que se deseja ser e ao que o meio espera que se seja.

Além de todos êsses fatôres que resultam na formação de hábitos e atitudes, há um grande relacionamento entre a Psicologia e muitas matérias do currículo.

As informações e conhecimentos propiciados por essa disciplina vão ser transferidos para outras, especialmente Pediatria, Psiquiatria, Pedagogia e Didática.

III — RELAÇÃO DA PSICOLOGIA COM AS MATÉRIAS CURRICULARES

Dada a complexidade da função de Enfermagem, o currículo de graduação é constituído de matérias científicas, técnicas e de formação humanística.

Como já foi salientado no tópico referente aos objetivos, grande parte do ensino da Psicologia visa principalmente a formação de hábábitos e atitudes. No entanto, há tôda uma gama de relacioanamento da matéria em pauta com muitas outras de caráter técnico.

O primeiro ano é formado em sua maior parte de matérias científicas que darão a base teórica necessária para a prática posterior, nos estágios. Estão também aí incluídas as Ciências Sociais, Psicologia, História da Enfermagem e Ética.

No segundo ano predominam as matérias de formação técnica e as atividades práticas nos serviços hospitalares.

A Psicologia II vai oferecer subsídios à Enfermagem Psiquiátrica, Higiene Mental, Pedagogia e Didática.

Tendo já assimilado as informações e conhecimentos apresentados no 1.º e 2.º ano do curso, vão agora os terceiranistas integrar a Psicologia na Enfermagem Pediátrica, Ciências Sociais, Administração de Serviços, Pedagogia e Didática.

É evidente que há forte identidade de conteúdo entre tôdas essas matérias citadas, o que contribue para a formação de laços associativos que favorecem a fixação e permanência do aprendizado.

IV — PROGRAMAS

Para atingir os objetivos já citados ,os programas devem conter a maior parte do conhecimento atual da Psicologia. No entanto, o grande número de matérias que formam o currículo de Enfermagem obriga a uma preocupação constante com o tempo. Temos assim de distribuir o máximo de conteúdo em dois períodos, de duração relativamente breve

Seria de desejar que os alunos que se destinam às carreiras médicas e de enfermagem tivessemf aprendido Psicologia Geral no curso médio

Como isso não acontece, iniciamos o nosso programa com os assuntos compreendidos naquela parte da Psicologia. Em seguida, analisamos os aspectos mais importantes da Psicologia da Aprendizagem. Segue-se o estudo do desenvolvimento psíquico, da vida pré-natal. à velhice. Em tôdas as idades consideramos a formação, estrutura e dinâmica da personalidade.

Anexamos os programas com a respectiva distribuição de tempo.

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

1.ª UNIDADE — Psicologia: conceito, objeto. Campos de aplicação da Psicologia. Métodos — 3 aulas.

2.ª UNIDADE — Atividades psíquicas: características gerais. Conceito das funções gnóstico — intelectuais, afetivas, conativas e práxicas. Motivação: natureza e mecanismos. Motivos fisiológicos e sociais. Sistema motivacional — 4 aulas.

3.ª UNIDADE — As funções gnóstico — intelectuais, senso-percepções e atenção. A imaginação e o pensamento. A inteligência: conceito, níveis e tipos. Avaliação da inteligência — 6 aulas.

4.ª UNIDADE — As funções afetivas: emoções e sentimentos. Fenômenos fisiológicos e psicológicos dos estados emocionais. Causas e conseqüências das frustrações e conflitos — 4 aulas.

5.ª UNIDADE — As funções conativas e práxicas: fases do processo de conação. O querer e o poder. O caráter e a personalidade. Estrutura e desenvolvimento da personalidade — 5 aulas.

6.ª UNIDADE — Aprendizagem: conceito. Princípios básicos. Formas de aprendizagem. Retenção e esquecimento. A formação de hábitos — 6 aulas. Total de 30 horas. Duas reservadas para provas.

PROGRAMA DE PSICOLOGIA II — 2.º ano

1.ª UNIDADE — Psicologia Evolutiva: conceito, objeto. Breve histórico. Métodos de estudo do desenvolvimento humano — 2 aulas.

2.ª UNIDADE — Crescimento e desenvolvimento. Natureza, fatores, princípios que os regem. Os estágios e sua importância no ciclo vital — 2 aulas.

3.ª UNIDADE — A vida pré-natal. Importância do nascimento. Comportamentos básicos do recém-nascido — 2 aulas.

4.ª UNIDADE — A primeira infância: características gerais. As reações sensório-motrizes. A aquisição da linguagem. O desenvolvimento da personalidade — 2 aulas.

5.ª UNIDADE — A segunda infância: caracteres gerais. A evolução da linguagem e do pensamento. A atividade lúdica. Desenvolvimento social. Formação da personalidade — 3 aulas.

6.ª UNIDADE — A terceira infância: caracteres gerais. Adaptação intelectual ao universo concreto. As noções abstratas. Influência da escola na socialização do educando. Desenvolvimento da personalidade — 3 aulas.

7.ª UNIDADE — Adolescência: conceito atual. Métodos de estudo dos adolescentes. Desenvolvimento emocional e intelectual e social. Principais problemas da adolescência na civilização atual. A afirmação da personalidade — 4 aulas.

8.ª UNIDADE — O adulto: características gerais. O papel dos interêsses e valores na história pessoal. O nível de aspiração e seu significado. Principais problemas do adulto no mundo atual — 3 aulas.

9.ª UNIDADE — Personalidade: teoria dos traços e dos tipos. Principais classificações — 5 aulas.

10.ª UNIDADE — A velhice: características gerais da idade. Modificações no rendimento físico e mental na velhice. Modificações de personalidade. Idade e ajustamento — 4 aulas. Total 32 horas. Duas reservadas para provas.

V — MÉTODO

Considerados os objetivos e analisadas as relações da Psicologia com as matérias curriculares, passaremos a tratar do método.

Dois pontos básicos norteiam a escolha das técnicas, recursos e procedimentos didáticos: a participação ativa do aluno na elaboração do conhecimento e a integração dêsse nas experiências de vida. Em síntese, todo o aprendizado tem de se tornar funcional. A guiza de esclarecimento, daremos as bases do método que seguimos.

Na orientação da aprendizagem, empregamos, de preferência, a motivação da "correlação com o real", trazendo incentivos do nosso ambiente imediato; utilizamos da análise de casos para "insucesso inicial", exposição da teoria e aplicação da mesma na solução do problema; usamos também do "estímulo pessoal" que con-

sideramos de grande eficiência para certos alunos; o "trabalho em equipe" é sempre valioso no ensino. A apresentação da matéria é feita em linguagem clara e precisa, dando-se relêvo à terminologia própria. Quanto à graduação, obedece ao princípio da complexidade crescente.

Para maior concretização, utilizamos dos recursos audio-visuais disponíveis, os quais muito ajudam a fixar a matéria. As explanações são breves, preferindo-se o diálogo sempre que possível.

As atividades discentes são dirigidas em cada aula através do interrogatório, discussão, aplicação prática da teoria aprendida em situações prováveis do trabalho de Enfermagem. Estimulamos o aluno a trazer casos — problema para análise e assim integrar o conteúdo da aprendizagem recente e pregressa.

A pesquisa bibliográfica, o estudo isolado, o estudo dirigido são meios eficientes para fixação do conteúdo da matéria, além de propiciar uma atitude positiva para trabalhos ulteriores de pesquiza. Ao fim de cada unidade, procuramos ver quais os pontos obscuros e com breve recapitulação, preenchemos as lacunas. A avaliação do rendimento é feito com testes de conhecimento em determinados períodos escolares.

Cabe observar que os trabalhos práticos do programa de Psicologia I são realizados na própria sala de aula. Já o curso que se segue, Psicologia II, oferece melhor campo de observação nas cadeiras de Enfermagem Pediátrica e Enfermagem Psiquiátrica.

As diretrizes na escolha das técnicas e procedimentos didáticos se norteiam principalmente pelo pouco tempo disponível para o estudo da Psicologia em relação à quantidade de conteúdo que deve ser conhecido.

VI — CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos a contribuição da Psicologia na formação da enfermagem, tomamos apenas os aspectos mais funcionais do aprendizado daquela matéria. Longe estamos de ter apreciado o assunto em tôda sua extensão. Também não consideramos o conhecimento psisológico como o mais importante e sim como elemento básico no trabalho de Enfermagem.

Não resta dúvida ser essa profissão das mais complexas, abrangendo uma gama variada de ocupações, umas relativamente simples, outras demandando alta capacidade intelectual.

Se nos primórdios da formação profissional se considera o amor ao ser humano como fator primordial na vocação da enfermeira, hoje sabe-se que é indispensável um bom nível mental para apreensão de cultura científica adequada, um conjunto de aptidões que

permitam eficiência técnica, bom equilíbrio emocional e capacidade de empatia para entender e atender às necessidades humanas.

O aprendizado da Psicologia contribue para dar princípios e normas aos três setôres acima expostos.

Pelo conhecimento extensivo e intensivo do psiquismo humano, chega o estudante a compreender o comportamento manifesto e as motivações que lhe deram origem, não só em relação a outrem como a si próprio. Lògicamente, estará apto a propiciar estímulos adequados às respostas que deseja e a responder às situações da maneira mais sábia e eficiente.

A Psicologia não é uma melodia tocada na flauta de Pau como pensam muitos, mas é parte de um canto polifônico, entrelaça-se com outras linhas melódicas e contribue para a beleza do conjunto.

BIBLIOGRAFIA

VAILOT, Madelene Clemence. — Commitment to Nursing. Philadelphia and Montreal.

PEPLAU, Hildegard E. — Interpersonal Relation in Nursing. New York, Putnam's son, 1952.

HENDERSON, V — Princípios básicos sôbre cuidados de Enfermagem. México, 1952.

ALCÂNTARA, Glete —Enfermagem Moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão. Tese de Concurso à Catedra de História da Enfermagem e Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, USP, março 1963.

ALCÂNTARA, Glete — Formação e aperfeiçoamento da Enfermeira em face das exigências modernas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 17 (6)408-419, dez. 1964.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — Relatório da Comissão de Documentação e Estudos. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 17 (5): 383-291, out. 1964.

CIÊNCIAS SOCIAIS EM ESCOLAS DE ENFERMAGEM

Célia Ferreira Santos *

Há doze anos. quando me foi oferecida a oportunidade de trabalhar em Escola de Enfermagem ,saí, lápis e papel nas mãos a indagar, em quantas escolas de enfermagem americanas pude: "Por que lecionar sociologia para enfermeiras?" Por ironia, no decorrer dêsses doze anos, por três vêzes fui solicitada a falar sôbre o tema. Certamente, o simples fato de ser convidada não me confere autoridade no assunto, mas, a minha genuina vontade de conhecê-lo e minha situação de professôra de sociologia na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto por todos êstes anos dão-me alguma experiência que não me furto a comentar.

Em trabalhos anteriores (6), tivemos oportunidade de mostrar como, em linhas gerais, eram desenvolvidos os cursos de Ciências Sociais na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto. Hoje falarei menos sôbre o conteúdo dos cursos e mais sôbre os objetivos e métodos utilizados.

Em 1962 participamos da sub-comissão encarregada do programa de Psicologia e Ciências Sociais aplicadas à Enfermagem. Naquela ocasião, quando ainda os cursos de enfermagem estavam estruturados em 4 anos, sugerimos redução da carga horária destinada à sociologia, (150 horas, pelo parecer da comissão). Hoje o curso de enfermagem está legalmente reduzido a 3 anos * *. Queiramos ou não, temos que ser realistas e não sobrecarregar nosso currículo com conhecimentos que, dados às pressas e desligados das vivências diárias das alunas, sejam relegados ao esquecimento. Nossos cursos de ciências sociais não deverão pretender formar especialistas nos diversos setores:' os conhecimentos devem ser os rudimentos necessários para a ação. Da mesma forma que a cadeira de Fundamentos de Enfermagem incilui microbiologia, bioquímica, parasitologia, etc., também a formação da enfermeira pela na-

* Professôra Contratada da cadeira de Psicologia e Sociologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto.

** A comissão de Educação da ABEn enviou memorial ao Conselho Federal de Educação apresentando uma formulação conciliatória que permita utilizar o 4.º ano optativo em experiência de aprendizagem em campos mais gerais que os de Saúde Pública e Obstetrícia.

tureza das funções que vai exercer, e já o tem sido dito tantas vêzes deve incluir ciências sociais. Mas, pelos próprios objetivos de sua inclusão no currículo devemos saber que, na situação presente, o ensino de ciências sociais deve se preocupar antes com a atitude a desenvolver nos alunos que com a transmissão de teoria.

I — Objetivos do ensino de Ciências Sociais em Escola de Enfermagem

Objetivo significa meta que desejamos alcançar — é a previsão do término de nossa ação. Que pretendemos quando ensinamos ciências sociais às futuras enfermeiras? Para determinarmos com clareza os objetivos, devemos saber quais as finalidades (*), a filosofia educacional que sustenta a necessidade da inclusão de ciências sociais na formação de enfermeiras.

A profissão enfermagem, como tôdas as profissões, se desenvolveu pela organização e racionalização de serviços já há muito executados por pessoal leigo. A enfermagem se dedicava ao cuidado do indivíduo doente. Històricamente, também a medicina desenvolveu-se a partir do estudo do indivíduo doente, evoluindo, mais modernamente ,para o estudo da saúde, num duplo aspecto: individual e de grupos humanos. Essa concepção moderna da medicina proporcionada pela medicina preventiva foi acompanhada de interêsse pelo estudo do homem como ser social porque ficou patente a importância de hábitos e sistemas de vida sôbre as condições de saúde o aparecimento de determinadas doenças. Antes dêsses interêsses pelo "social" por parte de sanitaristas e higienistas, já os psicólogos, despertados pelas teorias psicanalistas para a importância dos primeiros anos de vida na formação da personalidade e da saúde mental, tiveram sua atenção voltada para a necessidade de conhecimentos mais aprofundados sôbre os determinantes sociais da conduta humana. As ciências sociais se mostraram pois como portadoras de conhecimentos úteis aos médicos por poderem elucidar fatôres condicionantes de doenças. O desenvolvimento da medicina psicossomática pôs ênfase nesses aspectos e, com o desenvolvimento dos estudos de psicologia aplicados à relação médico-paciente, ampliou-se a compreensão da importância dessas relações no processo terapêutico.

(*) Adotamos a seguinte distinção entre finalidades e objetivos: "As finalidades exprimem, em têrmos mais abstratos e genéricos, os ideais de vida e de educação contidos na consciência social de uma época, de um povo, de uma corrente religiosa, política ou social". "Os objetivos exprimem, em têrmos concretos, as metas mais particulares e imediatas, de alcance direto, do trabalho do professor em aula" (12).

Medicina e enfermagem são duas profissões fatalmente unidas e os processos de uma têm sempre se feito sentir sôbre a outra. Não podia pois a enfermagem ficar alheia a êsses descobrimentos da influência dos fatôres sociais sôbre a saúde. Em relação à medicina coube-lhe mesmo a primasia de inclusão do ensino de ciências sociais no currículo dos profissionais em formação. Isto se deveu menos à importância dos fatôres sociais na etiologia ou condicionamento das doenças, que pela compreensão de que as ciências sociais podem trazer contribuições importantes para a melhora dos cuidados de enfermagem, na medida em que seus conhecimentos permitem à enfermeira entender e interpretar melhor o paciente. Portanto a filosofia educacional que presidiu a inclusão dessas ciências nas escolas de enfermagem baseou-se na convicção de que os conhecimentos por elas proporcionados podem facilitar **melhores cuidados de enfermagem**.

Conhecida a finalidade, podemos procurar delimitar agora os objetivos, produtos mais palpáveis e específicos do aprendizado. Psicològicamente podemos classificar os objetivos conforme pretendam desenvolver ações (conativos), conhecimentos (cognitivos ou ideativos) e atitudes ou sentimentos (afetivos). Os objetivos conativos visam à formação de hábitos, destrezas específicas, que mentais, verbais, motoras, etc. Os cognitivos visam a desenvolver conhecimentos, informações, etc. Os afetivos visam a desenvolver gostos, preferências, atitudes (como elemento ético), etc. Todo aprendizado envolve ao mesmo tempo aspectos conativos, cognitivos e afetivos mas pode ser diferente a ênfase que se deseja pôr em algum dos aspectos, dependendo das finalidades mais remotas do aprendizado. Exemplo: ao ensinarmos a operação de subtração poderemos ensinar apenas como realizar a operação; destreza, técnica, conhecimento; ou poderemos ensinar o porque e como das operações se efetuarem dessa forma, o que já envolve conhecimento teórico da matemática; e podemos ensinar que devemos evitar o êrro quando efetuarmos operações de diferença ligadas a trôco de dinheiro porque se errarmos estamos lesando alguém: transmissão de atitudes. Só os objetivos e as finalidades do ensino poderão dizer sôbre que pontos mais insistir. Em relação à enfermagem, as ciências sociais deverão ser ministradas porque:

"A sociologia fornece bases para julgamento de situações, motivos e valores mas, mais importante ainda, fornece base para suspender os julgamentos nas situações em que, não o fazer seria evidência de preconceito"(4).

..."demonstram como as reações emocionais da equipe às atitudes do paciente podem ser ou benéficas ou prejudiciais" (5).

"Ajudando a enfermeira a compreender a natureza das instituições sociais e também de grupos sociais, como a família, a comunidade, os grupos ocupacionais, religiosos, raciais e o Estado ou Nação, (as ciências sociais) assistem-na na apreciação do "porque" de seus pacientes se comportarem da maneira pela qual o fazem" (1).

"A enfermeira que pensa em têrmos da ansiedade de seus pacientes e suas necessidades de aflição, reconhecimento e segurança, estará pensando de forma a tomar decisões melhors e mais humanas em relação àquele paciente" (8).

"Com os conceitos e conhecimentos das ciências do comportamento, sua acuidade perceptiva será aumentada; a enfermeira verá e ouvirá mais; não interpretará erroneamente o comportamento de seu paciente; saberá compreender os componentes psico-sociais das doenças. Com êste aumento de acuidade perceptiva, particularmente em relação aos pacientes mas também em relação a seus colaboradores, a enfermeira se tornará gradativamente mais terapêutica (9).

"...mas não são cursos acadêmicos exaustivos de Sociologia que as profissões desejam mas antes o "insight", os métodos e dados que sejam diretamente aplicáveis e produtivos nos serviços profissionais (3).

Em todos êsses depoimentos vemos que mais importante que o conteúdo dos cursos é a atitude que se pode desenvolver pela abertura de novas perspectivas, mais amplas, oferecidas pela ciências sociais. O conhecimento não é, pois, um fim em si mas um meio para desenvolver atitudes adequadas ao desempenho da enfermagem e desenvolvimento de habilidades no trato do paciente.

Diretamente ligados aos objetivos desejados estão os métodos de ensino. Que métodos de ensino melhor se adaptam à formação de atitudes? E ao desenvolvimento de "destrezas" no inter-relacionamento humano?

II — Métodos de ensino das ciências sociais

O que vimos em relação aos objetivos nos sugere que o ensino de ciências sociais em escola de enfermagem deve estar centrado na **atividade** do aluno. Se desejamos desenvolver principalmente **atitudes** e **destrezas,** devemos fazer o **aluno** trabalhar para que tenhamo aoportunidade de observar e fazê-los observar atitudes; devemos fazê-los lidar com os conceitos de psicologia e sociologia nos processos de interação, na vida real dos grupos e equipes em que vivem. Só assim saberão reconhecê-los na situação de trabalho.

Cursos teóricos aprofundados de sociologia e psicologia, poderão as estudantes de enfermagem ter só no futuro, quando se torna-

rem realidade os Institutos Básicos das Universidades (*). Quando isto fôr realidade, ao ingressarem nas Escolas de Enfermagem já deverão trazer uma boa bagagem de ciências sociais. Mas hoje recebemos alunos com níveis muito diferentes de instrução, alunos provindos de cursos normais, colegiais e técnicos e sabemos não poder contar com que tragam conhecimentos anteriores de Psicologia e Sociologia. Nesta situação e, quando ainda temos que comprimir nossos currículos, não é possível sobrecarregá-lo com pesada carga horária de ciências sociais. Temos que ser práticos. E ser prático, aqui, significa dar o mínimo essencial de Introdução Geral das Ciências Sociais (Sociologia, Psicologia e Ética e História da Enfermagem) e dedicar a maior parte do tempo à discussão de problemas práticos, da realidade das enfermeiras ou de experiências das próprias alunas, ou seja, aplicar métodos ativos.

A didática moderna, um dos elementos da cultura e portanto um produto histórico, não podia manter-se alheia às realidades sociais do mundo ocidental contemporâneo. Reagiu ao caráter excessivamente autocrático e congruente às estruturas sociais autoritárias para se coadunar às reações liberais-individualistas em desenvolvimento por todos os séculos IX e XX. É compreensível também que, sendo a educação uma das fôrças sociais de defesa e preservação das estruturas, que essas mudanças na didática fôssem lentas e que encontrasse resistências freqüentes por parte de pais e educadores, que vêm ameaçados a ordem e organização social quando sofrem alterações as técnicas de transmissão de cultura.

Isso explica porque, já na época de profundas críticas às conseqüências de um excesso de liberalismo e individualismo político e econômico, esboçamos ainda nossas reformas educacionais, numa tentativa de "libertar" o educando de excessiva tutela e autoridade do mestre. Essas tentativas têm se concretizado através dos chamados "métodos ativos" que procuram dar ao estudante oportunidade de sair de sua posição de excessiva dependência do profesor, desenvolver livre iniciativa e capacidade criadora.

Pretendemos descrever duas técnicas didáticas empregadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto que visam a proporcionar aos alunos, justamente, a possibilidade de desenvolver a indepndência, ao mesmo tempo que se proporciona elementos para contrôle das dificuldades originadas com a mudança de sistema.

Uma dessas técnicas puzemos em experimentação, na cadeira de

---

* Estão se processando os estudos para estruturação dos cursos básicos da U. S. P.

Sociologia em 1966 e é uma tentativa de adaptaão de cursos programados, em que o aluno estuda sòzinho (*).

Em Sociologia escolhemos na literatura textos básicos que cobrissem todo o programa que pretendíamos fôsse conhecido pelos alunos. Êsses textos foram mimeografados e distribuídos em temas, sendo que os alunos deveriam saber um tema nôvo por semana. No horário estipulado, semanalmente, fazemos um grupo de discussão em tôrno do tema dado para estudo. Em seguida, quando consideram o assunto suficientemente discutido, as alunas são submetidas a um teste de verificação. O teste corrigido é devolvido à aluna para que verifique os pontos onde seu aprendizado foi deficiente. Cada aluno deve ter um gráfico de seu aproveitamento, projetando semanalmente nesses gráficos as percentagens de acertos dos ítens do teste realizado.

Em Psicologia está sendo programado para êste ano (2.º semestre) um curso nos moldes daquele que está sendo realizado para o curso de Auxiliar de Enfermagem e descrito em trabalho a ser apresentado neste Congresso (**).

É cedo para uma avaliação dos resultados do curso de Sociologia pois é o primeiro ano que aplicamos o método. Por enquanto podemos dizer que já observam as seguintes vantagens: os grupos de discussão são vivos, com participação de quase todos os alunos. Além daqueles que, por espontaneidade natural ou por características de liderança costumam falar, também os que têm dúvida quanto à compreensão do texto trazem suas questões pois não querem ser apanhados de surprêsa no teste, desconhecendo a resposta de alguns de seus tópicos. A discussão e o teste permitem aferir, semanalmente, a participação dos alunos e seus aproveitamentos.

Os cursos de Sociologia da saúde e Aspectos psicológicos da doença e do doente sãodados no 2.º semestre do 1.º ano, e 2.º e 3.º anos em nossa escola. Êstes cursos tiveram sempre um caráter bastante prático e não temos feito alterações em relação ao já exposto em trabalhos anteriores (6). Geralmente damos uma pequena aula teórica na qual procuramos sintetizar os pontos importantes pertinentes ao estágio em questão e em seguida fazemos grupos de discussão sôbre experiências vividas na enfermaria e relacionadas com os aspectos psíquicos ou sociais focalizados. Essas aulas teóricas são substituídas, quando existe bibliografia em português, por exposições feitas pelas alunas, em base à bibliografia recomendada. Pretendemos,

---

(*) Experiência semelhante referente ao curso de Ética e História de Enfermagem foi exposta em trabalho apresentado pela Professôra Glete de Alcântara.

(**) Maria Cecília Manzolli — Instrução Programada no Curso de Auxiliar de Enfermagem.

à medida que consigamos traduzir textos escolhidos, ir substituindo as aulas teóricas por leituras dos textos recomendados. Um exemplo de curso assim programado poderá ser visto no Apêndice I: Psicologia no estágio de Enfermagem Obstetrícia e Pediátrica.

A segunda técnica utilizada por nós é a da experiência em grupos de discussão, pequeno "laboratório" de relações humanas. A descrição desta técnica é o que faremos a seguir.

III — Relações Humanas — Integração dos conhecimentos de Sociologia, Psicologia e Ética

Coerentes com nossas idéias de que a principal contribuição das ciências sociais para as enfermeiras consiste numa mudança de atitudes para com o paciente, decorrente de reavaliação de padrões culturais, morais, etnocêntricos e maior compreensão das bases psico-sociais do comportamento humano (incluindo motivação inconsciente), temos procurado proporcionar às nossas alunas ocasião, não só de estudar teòricamente êsses assuntos, como estudar as relações humanas em **relações humanas reais** tomadas em exame, isto é, em grupos de estudo, denominados em nossa escola "grupos de discussão". Existe um princípio da escola ativa que diz: "aprende-se a fazer, fazendo". Êste princípio vale também para o aprendizado das relações humanas: os alunos aprenderão melhor aquilo que se pretende ensinar sôbre relações humanas quando fizerem as descobertas por si, em experiência direta.

Os grupos têm se mostrado particularmente eficientes no aprendizado de relações humanas porque, segundo Zander (11), melhores relações humanas implicam em mudanças em sistema de valores e todos nós temos dificuldade de alterar nossos valores. O grupo facilita essa tarefa porque: 1.º o grupo permite a expressão dos temores que sentimos com essas mudanças e os temores são enfrentados; 2.º o grupo serve de apoio, permite esta mudança; 3.º o grupo exerce pressão sôbre seus membros e num certo sentido obriga as mudanças desejadas pelo grupo.

A enfermagem tem sempre insistido sôbre a necessidade de entender o paciente com uma unidade, como um ser bio-psico-social. É também esta a posição subjacente à teoria de campo de Kurt Lewin no estudo dos pequenos grupos; entende o desenvolvimento individual como resultado da interação de fôrças internas (somáticas ou psíquicas) e externas. As investigações dêste autor e de seus colaboradores trouxeram inúmeras revelações sôbre o efeito que a estrutura grupal tem sôbre a disposição individual para conservar ou modificar certos padrões de comportamento e acentuaram também o fato que uma conduta modificada em situação grupal, fa-

cilita a não recaída posterior no padrão anterior e superado. Êsses achados são valiosos e devem ser utilizados pelas escolas de enfermagem no desenvolvimento, em seus estudantes, das atitudes ou valores desejáveis.

A orientação que imprimimos aos nossos grupos é a que passaremos a descrever:

No início do 1.º ano os alunos são orientados sôbre a importância de se conhecerem e aos seus colegas, para melhor atuarem na relação enfermeiro-paciente ou nas demais situações interativas da vida profissional. Ficam sabendo que uma das oportunidades que a escola proporciona para isto é a participação em grupos de discussão, realizados semanalmente sob coordenação da professôra da Cadeira de Psicologia e Sociologia e com observação da instrutora de Psicologia; aderir ou não ao grupo é um ato de escolha mas, uma vez pertencendo ao grupo o aluno têm responsabilidade para com êle e deve ser assíduo às sessões (a não ser, é claro, que o elemento resolva se retirar). Essa norma de assiduidade é apresentada e discutida pelo próprio grupo, quando o coordenador, na primeira sessão coloca o problema e, de maneira alguma, uma imposição da direção.

Normas do grupo: reunimo-nos em círculo, cada um se sentando onde quizer. A observadora senta-se fora do círculo, ligeiramente afastada e toma nota das sessões. Na primeira sessão é dito que o assunto é absolutamente livre e discute-se sôbre quais seriam as finalidades do grupo. O coordenador se abstem de esclarecer muito êste ponto, assim como o que se refere às normas de funcionamento; deixa mais liberdade aos membros do grupo e apenas insiste em que o assunto é **sempre totalmente livre.**

No decorrer das sessões o coordenador procura, com o auxílio do grupo, descobrir as comunicações subjacentes às comunicações expressas ou, em casos de problemas concretos, aos quais os alunos desejam ver as soluções apontadas, procura conduzir o grupo a fim de que êle próprio chegue a uma conclusão, abstendo-se o coordenador de emitir opinião ou indicar caminhos. Procura com isto mostrar que o grupo deve saber caminhar sòzinho, com apoio, mas sem esperar por auxílio onipotente externo.

Ainda que, de início, o grupo afirme que os assuntos discutidos devam ser "assuntos do grupo" (apesar de constantes afirmações do coordenador para que falem do que bem entendam), os problemas pessoais bem cedo são trazidos em discussão, dando margem a identificações e re-avaliações, quer da situação, quer dos estados afetivos ligados aos mesmos.

Êsses grupos funcionam freqüentemente como válvula de escape para as queixas dos alunos contra tudo quanto na escola possa desagradar-lhes. É importante que essa agressividade contra

a autoridade seja interpretada mas que, por outro lado, os exemplos concretos trazidos em discussão e que realmente sejam passíveis de solução, encontrem essa solução como fruto da interação grupal. Freqüentemente o grupo não agüenta a culpa decorrente de tôda a agressividade descarregada e, em sessões subsequentes reconstroi a imagem destruída. Êsses processos todos, entretanto, vão trazendo aos seus membros muito "insight", além de que, o próprio grupo vai modelando e verbalizando valores e atitudes desejáveis para a profissão que escolheram (é claro que os subsídios para essas atitudes e valores foram ministrados em aulas de psicologia, sociologia e ética) — a enfermagem.

No ano de 1965 foram realizadas 30 reuniões de 1,30 horas cada uma. Dois alunos não quizeram integrar o grupo, optando por orientação individual, alternativa que foi apresentada como possível. Um dos alunos, no decorrer do ano desistiu da orientação individual e solicitou ingresso no grupo. Não julgamos que seja benéfica esta distinção entre alunos que participam de grupo e aquêles que têm entrevista individual e optamos no corrente ano por suprimir esta última modalidade por requerer muito maior número de pessoal treinado para entrevista e maior consumo de tempo.

Os temas principais dos grupos foram: história de vida; relações pais-filhos; espontaneidade; auto e hetero-avaliação; reações diante de emoções alheias, contrôle de emoções; conflito com autoridade; relações intra e inter-grupais; liderança; autoridade, liberdade, responsabilidade, como alunos e como enfermeiros. As últimas sessões mostravam já um grupo bastante integrado e lutando contra a ameaça de extinção próxima.

Sentimos o método bastante útil, permitindo abordar e vivenciar muitos dos temas vistos nos cursos de sociologia, psicologia e ética. Por exemplo, alguns grupos falaram do preconceito racial, casamento entre povos de raças e hábitos diferentes; outros falaram de ética de enfermagem, quando o "papel social" da enfermeira está em primeiro plano sôbre quaisquer outros que a pessoa tenha. E, é, claro, todos os grupos forneceram material para estudo dos fenômenos psíquicos.

V — Conclusões

Não consideramos terminada nossa tarefa de encontrar melhor maneira de desenvolver nos alunos da Escola de Enfermagem aquilo que de mais essencial as Ciências Sociais lhes podem oferecer. Entretanto, cada vez mais se fortalece em nós a convicção de que, mais importante que o conhecimento teórico é a vivência prática que

podemos desenvolver: desenvolver a auto-compreensão, compreensão dos outros e re-modelar as próprias atividades.

Acreditamos que estas atitudes de compreensão não podem ser desenvolvidas em cursos teóricos, cujos objetivos principais são de nível cognitivo. Os conhecimentos aprendidos em cursos teóricos de sociologia, psicologia e ética devem ser trabalhados em situações reais da vida, em "laboratórios" de relações humanas, isto é, grupos do tipo dos que denominamos grupos de discussão mas que poderão ser também os "grupos operativos" da psicologia social, ou do tipo do "sensitivity training", como denominou Thompson e colaboradores (10) na experiência que descrevem e realizada na Duke University.

Referências bibliográficas

1 — BOGARDUS, E. BRETHORST, A. — Sociology. W. B. Sauders Co. London, 1954. pg. 3-4.

2 — D'ANDREA, F. F. — FERREIRA, M. C. — O ensino em pequenos grupos: um método re-educativo das relações interpessoais. Anais do IV Congresso Latino-Americano de Psicoterapia de Grupo. **Rev. de Psiquiatria Dinâmica, 4, 22-4:** 206-214, jn. set.. dez. 1964.

3 — HAYES, W. J. — The place of Sociology in professional education. **Social forces,** 26, 3: 297, march 1948.

4 — KOOS, E. L. — The sociology of the patient. Mc. Graw Hill Boock Co. London, 1950.

5 — MACGRECOR, F. C. — Social science in nursing. Russel Sage Foundation. N. York, 1960.

6 — PANIZZA NADOR, H. M. e FERREIRA SANTOS, C. A. — O ensino de ciências sociais na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto. Apresentado em Reunião da comissão de Educação da ABEn, durante o XI Congresso da Enfermagem de Recife e Ferreira Santos, C. A. — Contribuição da Sociologia, Antropologia e Estatística na Formação da Enfermeira. **Rev.Bras.Enfermagem.** 13,1:90-112, março 1960.

7) PICHON-RIVERE, H. e FUNDIA, T. A. — Grupos operativos en la ensenãnza, de la Psicologia y de la Psiquiatria. Anais do IV Congresso Latino Americano de Psicoterapia de grupo. **Rev. de Psiquiatria Dinâmica, 4, 2-3-4:** 214-217, jun. set. dez. 1964.

8 — SANFORD, F. H. — The behavioral sciences and Research in Nursing. **Nursing Research,** 6,2: 53, set. 1957.

9 — SHELDON, E. B. — The use of behavioral sciences in nursing: an opinion. **Nursing Research,** 12, 3: 150, Summer 1963.

10 — THOMPSON, V. D., LAKIN, M. e JOHNSON, B. S. — Sensitivity training and nursing education: a process study. **Nursing Research** 14, 2: 133-137, spring 1965.

11 — ZANDER, Alvin — The group process and human relations. In: Cultural groups and human relations. Ed. by Bureau of Publications, Teachers College. Col. University. N. York, 1951.

12 — MATTOS, L. A. — Sumário de Didática Geral. Graf. Editôra Aurora Ltda. 2.ª ed. Rio de Janeiro — 1959.

APÊNDICE I

Psicologia no Estágio de Enfermagem Materno — Infantil *

I — Enfermagem Obstétrica

1 — Psicologia do Desenvolvimento — fases

Aula: instrutora
bibliografia
1. MURCHISON, C. — **Manual de Psicologia del Niño.**
2. CARMICHAEL, L. — **Manual de Psicologia Infantil.**
dia: 9 de setembro — horário: 9 às 11 horas
local: Hospital das Clínicas de Ribeirão Prêto

3 — Desenvolvimento pré-natal

Seminário: aluna Edna
bibliografia
1. CARMICHAEL, L. — **Manual de Psicologia Infantil,** cap. VI.
2. TAHIN, H. — **Estudo da evolução da personalidade,** apostila.
dia: 13 de setembro — horário: 9-11 horas
local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto

3 — Aspectos psicológicos na gestação e no parto

Seminário: aluna Neide
bibliografia
1. LEMKAU, P. V. — **Higiene Mental,** cap. VII

* Curso Programado para o 2.º ano da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto em 1965, pela instrutora Maria Cecília Manzolli.

2. MIRA y LOPEZ, E. — **Guia de la Salud Mental,** cap. VI
dia: 17 de setembro — horário: 9-11 horas
local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto

4 — Os fatos psicológicos na Maternidade Ilegítima

a) leitura da obra: **Psicologia de la Mujer** — H. Deutsh — cap. X
b) grupo de discussão baseado na leitura acima
Direção do grupo de discussão: instrutora da cadeira
dia: 24 de setembro — horário: 9-11 horas
local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto

II — Enfermagem Pediátrica

1 — Desenvolvimento psíquico na 1.ª infância

a) gravação: instrutora
bibliografia
1. BIJOU, S. W. e Bair, D. M. — **Developmental psychology,** vol. i e u
2. CARMICHAL, L. — **Manual de Psicologia Infantil.**
b) observação em crianças de 0 a 3 anos na Creche Santo Antônio
c) grupo de discussão
dirigente: aluna Maria Safira
dia: 27 de setembro — horário: 8-12 horas

Obs — Aluna coordenadora: Maria Safira
— A aluna Maria Safira reunirá suas colegas para ouvir a gravação do tema na EE. — Em seguida irão para a Creche Santo Antônio, após entendimentos da aluna coordenadora com a direção daquele estabelecimento, dias antes.
— Para a observação a aluna Maria Safira irá procurar anteriormente a instrutora da cadeira para obtenção do roteiro
— Em seguida à observação, breve reunião para apresentação dos dados na E. E. (cada aluno deverá observar no mínimo 2 crianças).
— Êsses dados serão passados numa ficha e entregues à coordenadora que entregará à instrutora.

2 — Desenvolvimento psíquico na 2.ª infância

a) Seminário: Aluna Margarida
bibliografia

1.º CARMICHAEL, L. **Manual de Psicologia Infantil.**
2.º BIJOU, S. W. e Bair, D. M. — **Developmental psychology,** vol. i e ü.

b) observação em crianças de 3 a 6 anos no Parque Infantil do Bosque.

c) grupo de discussão.
Aluna coordenadora: Margarida
dia: 30 de setembro — horário: 8-12 horas
locais: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto — Parque Infantil

Obs. — A aluna Margarida será apresentadora do seminário e coordenadora.
Reunirá na EE. seus colegas para realização do seminário.
Em seguida irá com o grupo para o Parque Infantil do Bosque onde realizarão a observação. É importante se comunicar com a diretora do referido Parque dias antes, para pedir permissão.
— Para a observação a aluna Margarida irá procurar com antecedência a instrutora da cadeira para obtenção do roteiro.
— Após a observação, haverá uma breve reunião onde serão apresentados os dados obtidos.
— A observação deverá atingir no mínimo 2 crianças, sendo realizada individualmente ou em grupo de 2 alunos.
— Os dados obtidos serão passados numa ficha e entregues à instrutora da cadeira.

3 — Desenvolvimento psíquico na 3.ª infância

a) Leitura na Biblioteca
bibliografia
1. GESELL, L. — **El niño de 5 a 10 años.**
2. **A criança dos 6 aos 12 anos,** Publicação TC-303.
Elaborar uma ficha-resumo.

b) aplicação de um teste sob a supervisão de D. Helena Beatriz Rigatto.
O nome do teste é: "Influência sócio cultural no aprendizado de côres".
dia: 5 outubro — horário: 8-12 horas
local: Escola de Enfemagem de Ribeirão Prêto.

Obs. — Coordenadora: aluna Iranilde
A coordenadora entrará em entendimento com D. He-

lena Beatriz Rigatto* para informar-lhe sôbre o horário disponível do grupo. Esta dará as normas da aplicação do teste e em seguida cada aluno o aplicará, no mínimo em 3 crianças. Cabe a coordenadora entregar a D. Helena Beatriz os testes aplicados e à instrutora as fichas-resumo.

4 — Aspectos psicológicos da hospitalização infantil — traumas

a) Seminário — Aluna Lídia
bibliografia
1. **Revista Brasileira de Enfermagem** — outubro 1962 pág. 417.
2. Revista de Psicologia Normal e Patológica — outubro 1960, pág. 854.

b) Cada aluna observará uma criança na enfermaria e fará um relatório e entregará à professôra da cadeira.
dia: 12 de outubro — horário: 8-10 horas
local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto

7 — Aspectos psicológicos da criança enferma

seminário pelas alunas: Dayse e M. Helena
bibliografia
1. **Revista de Psicologia Normal e Patológica** — janeiro 1961, pág. 463.
2. **Revista de Psicologia Normal e Patológica** — outubro 1960, pág. 875.

dia: 19 de outubro — horário: 8-10 horas
local: Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto

* Professôra da secção de Psico-Pedagogia do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica.

TEMAS LIVRES

PLANO DE TRABALHO DO SUPERVISOR DE ENFERMAGEM

Berenice M. Martinez *

A posição do supervisor na organização do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas difere, em alguns aspectos, da posição do supervisor de certas organizações ou instituições empresariais. A estrutura destas organizações se apoia, em princípio, nos três níveis fundamentais da Administração: diretoria, chefias e supervisão ou seus equivalentes. Nestas organizações institucionais o supervisor ocupa as mais variadas posições.

Como "homem chave" da Administração êle se situa na linha do alto estafe administrativo, participando da diretoria e repre sentando-a junto ao trabalhador. Esta participação e representação significam que êle tem responsabilidades nas decisões da Administração, na sua interpretação e cumprimento, perante o trabalhador.

Como "homem do meio", sua situação se identifica por uma posição de mediador entre duas fôrças contrárias, administração e trabalhador, sem grande expressão num e noutro grupo, porém, sofrendo exigências de lealdade de um e outro.

Outras posições caracterizam o supervisor nas organizações empresariais tais como: "homem da margem" cuja significação, sob o ponto de vista de importância, é mínima pois, não, participando da administração e não sendo um trabalhador, sua função se limita ao contrôle da fôrça de trabalho no sentido de produção; o supervisor pode ser ainda, um trabalhador, responsável pelo trabalho e produção de um grupo, ou ainda um técncio em relações humanas cuja maior responsabilidade é fortalecer a interação do grupo, promover condições para a satisfação do indivíduo no trabalho, com objetivos voltados para a produção.

Como definiríamos no contexto administrativo a posição do supervisor do Serviço de Enfermagemdo Hospital das Clínicas? Ela se identifica com as posições clássicas conhecidas?

(*) Supervisor de Enfermagem das Clínicas Médicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Na realidade, há uma certa divergência no definir supervisão de enfermagem. Isto decorre das diferentes posições que ocupam os supervisores nos vários serviços. Em alguns, o supervisor é o enfermeiro chefe da unidade, noutras, é o monitor de ensino. Para alguns a supervisão é administração, para outros a supervisão é função educativa. Entretanto, se analizarmos o conceito filosófico de supervisão de enfermagem podemos admitir que supervisão não é administração ou ensino, mas o resultado da utilização destas técnicas.

Embora no processo de supervisão o paciente não esteja diretamente ligado ao supervisor, êle emprega os meios de supervisão para alcançá-lo e o faz através dos processos administrativos, ou de ensino: contrôle, avaliação, educação do pessoal, etc... Atinge-se o pessoal para, através dêle, beneficiar o paciente.

Sob ponto de vista administrativo o supervisor na organização do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas, pode se identificar com o "homem chave" da administração de enfermagem. Sua posição no organograma diz bem desta situação (apenso 1).

É o elemento de ligação entre a chefia do Serviço de Enfermagem e a fôrça de trabalho. Participa das decisões administrativas de Enfermagem, leva-as ao grupo de trabalho, interpretando-as e fazendo-as cumprir. Suas responsabilidades de cima para baixo, de baixo para cima, têm um significado especial pois, em última análise, identifica a filosofia da supervisão com a filosofia do Serviço de Enfermagem.

Baseado nesta filosofia o supervisor fixa os objetivos da supervisão e traça seu programa de trabalho. Grande parte do trabalho do supervisor se desenvolve através das atividades de ensino, com o que êle logra assegurar um bom cuidado de enfermagem ao paciente. Embora o supervisor, como assinalamos anteriormente, não prescinda da prática da administração é, realmente, a capacidade de integração dêstes dois aspectos, ensino e administração, que determina o êxito da supervisão.

O processo educativo da supervisão se desenvolve, parte informalmente, com o aproveitamento das situações de trabalho, não dispensando, entretanto, os programas formais de desenvolvimento para grupos profissionais ou não.

Nesta síntese de atividades, ensino e administração, uma conduta fundamental do supervisor é a aplicação dos seus conhecimentos de psicologia e sociologia, em última análise, a prática das relações humanas.

A supervisão tem significação social e psicológica e deixa de existir quando há interação de pessoas. A técnica de relações humanas é importante, levando à interação das pessoas e à creação

de grupos de trabalho. O conhecimento das características individuais e coletivas dêste agrupamento dá ao supervisor uma consciência do comportamento a adotar e determina o tipo de supervisão.

No processo de supervisão, tem importante significação a visita diária às unidades de enfermagem. A entrevista com a enfermeira chefe, a transmissão e interpretação das ordens administrativas, a visita aos pacientes, a observação de métodos de trabalho adotados, a qualidade da assistência dada ao paciente, a observação do ambiente físico e equipamento, o entrosamento com o corpo clínico, dão elementos ao supervisor para a análise da situação, definindo prioridades e diretrizes para um plano de supervisão.

É notório que uma "visita" não proporciona fundamento para uma observação profunda, mas é necessário dizer que a participação do supervisor nos problemas afetos à suas unidades, o contato diário com os enfermeiros chefes e pessoal auxiliar, o conhecimento da dinâmica de trabalho, o conhecimento da especialidade, sua faculdade para análise e interpretação, dão-lhe condições para fixar um programa de ação. Em essência, a observação analítica é a base sôbre a qual se constroi um programa de supervisão.

Os problemas identificados podem ser vários:

— problemas relacionados com o pessoal: seu preparo, treinamento, disciplina, definição de funções e relações dos grupos profissionais;

— problemas relacionados com o paciente: qualidade do cuidado, educação sanitária, orientação para alta;

— problemas relacionados com as condições de trabalho: planta física, material, equipamento, padronização, etc...

— problemas relacionados com a dinâmica de trabalho: racionalização, rotinas, procedimentos e técnicas.

Caracterizadas as necessidades, um resumo desta observação é levado à discussão com o grupo de enfermeiras chefes, para se obter um consenso de prioridades, uma unidade de propósitos e de execução.

Definidos os objetivos da supervisão, identificadas as necessidades, é elaborado um plano básico sôbre o qual se apoiará o programa das unidades.

O plano compreende a formulação racional e consciente de um conjunto de decisões que expressa os propósitos e condiciona os meios para alcançá-los. O planejamento tem suas raízes na própria essência humana, quando o indivíduo traça seu rumo de ação, pensando antes de agir, em vez de se deixar conduzir pelo hábito, pelo subconsciente ou simplesmente pelo seu impulso irracional. Entretanto, desde que se pensou em têrmos de administração como ciência, o planejamento formal surgiu em simples decorrência.

Na elaboração de um plano é necessário que se leve em consideração os princípios fundamentais que o orientam. São êles:

— o princípio da inerência que estabelece uma coerência na sua forma e nos seus objetivos;

— o princípio da unidade, que faz a integração das várias partes num conjunto e sem o qual o planejamento se desarticula e se anula;

— o princípio de previsão. Segundo Fayol o conceito de planejamento encerra em si a idéia de previsão. Para que êste princípio seja válido, é necessário fixar prazos para a realização dos objetivos. De preferência o período total deve ser amplo para que haja perspectiva de futuro. Nesta antecipação ou previsão, não se deve omitir ou dispensar a obrigação de se rever, sempre, o curso dos acontecimentos para que sejam feitos os necessários reajustes, dando flexibilidade ao plano;

— o princípio da Universalidade. O plano deve abranger tôdas as etapas do trabalho, considerando os aspectos do problema e possíveis efeitos. A universalidade evita o unilateralismo e permite estabelecer prioridade e tempo de execução.

Aceitos êstes princípios, na formulação do plano de trabalho de supervisão deve-se considerar os objetivos, os meios para alcançá-los e os processos para avaliação.

Transcrevemos abaixo o plano de trabalho das Unidades de Clínicas Médicas, elaborado em 1963 e reformulado em 1965.

T. 1 SUBDIVISÃO DE ENFERMAGEM

Unidade de Clínicas Médicas

Plano de Trabalho de Supervisão

I — Introdução

A finalidade dêste plano é elaborar um esquema de trabalho através do qual se possa atingir os objetivos da Instituição e especìficamente, os do Serviço de Enfermagem.

II — Objetivos:

1. Promover o desenvolvimento do indivíduo no trabalho em busca de elevado padrão de assistência ao paciente.
2. Estabelecer metas e processos de trabalho para o supervisor.
3. Estabelecer normas que possibilitem a avaliação do trabalho do supervisor.

III — Análise da situação:

O levantamento de dados sôbre a situação baseou-se na observação analítica das atividades do pessoal de enfermagem, sua importância numérica e qualitativa, a assistência dada ao paciente, os padrões das técnicas, procedimentos e normas, necessidades físicas e materiais e os recursos disponíveis.

Desta análise resultou a seguinte conclusão:

1. Pessoal

Foi evidenciada a carência de recursos humanos não sòmente quantitativa, mas também em qualidade. A falta de pessoal profissional qualificado tem levado a delegação de responsabilidades a elementos pouco preparados, resultando problemas de ordem técnica e legal. Verificou-se o elevado número de funcionários com incapacidade física ou psíquica. A integração dos indivíduos por esta razão é prejudicada, e a freqüência de pedidos para mudanças de clínica, de atividades, os horários especiais é o reflexo desta situação A percentagem de funcionários abaixo da média estabelecida prejudica os padrões de prática.

2. Planta física — material e equipamento

As unidades físicas, não atendendo mais aos modernos padrões hospitalares, trazem problemas de dinâmica e confôrto.

A padronização estabelecida no início das atividades da Instituição foi aos poucos perdendo sua unidade, por fôrça de modificações de planta física, do individualismo e deixou também de atender às necessidades reais de confôrto e racionalização.

Com relação ao material e equipamento, é de boa qualidade, com suprimento suficiente, observando-se no entanto, disperdício, quebras freqüentes, utilização indevida por desconhecimento da técnica de aproveitamento.

3. Relações interdepartamentais

Cada elemento, dentro de uma instituição hospitalar, participa direta ou indiretamente do cuidado e bem estar do paciente. As relações humanas conseguem superar as diferenças individuais, unificando os esforços e mantendo o equilíbrio de uma organização.

Um bom processo de comunicação em ambas as direções da escala hierárquica reflete a imagem das boas relações humanas. Para seu bom desenvolvimento é necessário a cooperação em todos os sentidos, isto é, o que chamamos de relações interdepartamentais.

Observamos que as relações desenvolvidas são feitas dentro de padrões éticos adequados, porém, impessoais. Comunicações falhas nos seus métodos, incompletas na sua forma, levando a graves interferências no processo do trabalho.

IV — Estabelecimento do programa básico (metas e desenvolvimento)

1. **Pessoal**

Estabelecer um programa envolvendo aspectos de:

1.1 — análise de funções do pessoal profissional e não profissional para melhor aproveitamento de seu potencial, melhor adequação de tarefas e delegação criteriosa de atribuições;

1.2 — afastamento ou readaptação do pessoal com incapacidades;

1.3 — programa de desenvolvimento de pessoal não profissional:
- — treinamento (colaboração com o Setor de Educação em Serviço);
- — orientação formal em seguimento ao treinamento;
- — programa específico das unidades;

— pessoal profissional:
- — orientação formal para funcionários admitidos;
- — programa de atualização de conhecimentos;
- — programa específico das unidades. (Apenso 2)

1.4 — Estudo dos processos de comunicação e de relações de trabalho:
- — desenvolvimento da prática das relações humanas;
- — aplicação de métodos adequados de comunicação:
  - — entrevistas,
  - — reuniões,
  - — processos áudio visuais;
- — incentivos:
  - — delegação de responsabilidade,
  - — oportunidade para cursos de aperfeiçoamento.

2. **Planta física, material e equipamento**

2.1 — Constituir comissões e grupos de estudo para revisão da padronização física e da dinâmica de trabalho.

2.2 — Utilizar métodos de orientação sôbre a utilização e conservação do equipamento nôvo ou em uso. Orientação sôbre economia hospitalar.

3. **Relações inter departamentais**

3.1 — Escola de Enfermagem
— Orientação das enfermeiras chefes de unidade para participação ativa na educação do estudante:
— conhecimento do currículo;
— conhecimento dos objetivos do estágio;
— preparo de campos de estágio;
— reuniões com monitoras de Escolas de Enfermagem.
— Elaboração de programas para estudantes em estágio de administração e chefia (1).
— Participação das comissões de estudo para renovação de padrões ou técnicas de trabalho.

3.2 — Departamentos
— Programa de entrosamento com diversos serviços ou setores visando o aprimoramento das relações inter-grupos:
— comunicações escritas e verbais;
— entrevistas — reuniões — relatórios;
— convite e incentivo para participação de outros grupos no trabalho das unidades.

V — Avaliação

A avaliação é um processo contínuo, um meio e não um fim. A necessidade e importância num plano de trabalho diz respeito à caracterização dos resultados obtidos, à adequação dos programas e sua praticabilidade.

A avaliação permite a flexibilidade, mudanças ou alterações dos programas, indo de encontro às prioridades surgidas. O supervisor pode utilizar as técnicas de avaliação apropriadas a cada aspecto de seu trabalho: entrevistas, questionários, relatórios, estudos comparativos, etc...

---

(1) Programa de Administração aplicada à Enfermagem para o Curso de Graduação em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, fev. 1966, pág. 7.

No plano de trabalho em que se estabelece medidas de tempo para desenvolvimento, a avaliação deve ser periódica e formada levando-se em consideração:

a) objetivos alcançados:
   — desenvolvimento do pessoal;
   — melhoria do padrão de cuidados ao paciente;
   — melhoria das relações de trabalho;
   — satisfação no trabalho;

b) fatôres que podem comprometer o plano:
   — recursos materiais e humanos;
   — intercorrências várias da administração (mudança da política administrativa).

Sendo êste o plano básico de supervisão no qual vão se apoiar os trabalhos das Unidades, a imposição das medidas de tempo, os recursos e a avaliação serão estabelecidos nos respectivos programas.

Apresentamos alguns programas desenvolvidos nas Unidades Médicas de 1963 a 1965.

Plano de trabalho da 2.ª Clínica Médica
Serviço do Professor Luiz V. Decourt

I — Introdução

A unidade de Clínica Médica congrega as especialidades clínicas, distribuídas em 78 leitos:
— Cardiopatias congenitas e adquiridas.
— Pneumopatias.
— Colagenoses.
— Moléstias Renais.

II — Objetivos

1. Desenvolvimento do pessoal através de programas de educação em serviço.
2. Melhoria do padrão de cuidado do paciente.
3. Desenvolvimento de programas de educação sanitária — recreação e laborterapia para o paciente.

III — Levantamento de recursos

1. Recursos materiais
   1.1 — Revisão de padronização estabelecida.

1.2 — Revisão de material e equipamento:
— previsão anual de equipamento;
— sistematização do contrôle.

2. Recursos humanos
2.1 — Revisão de funções para melhor aproveitamento das categorias.
2.2 — Participação de outros grupos profissionais ou não nos programas a serem desenvolvidos.
2..3 — Formação de grupos profissionais para atendimento especializado.

IV — Execução do programa

Objetivos n.º 1 e 2 (ver apenso n.º 2)
Objetivo n.º 3 (ver apenso n.º 3)

CONCLUSÕES

— O preparo do pessoal em todos os níveis é o objetivo da supervisão.

— O preparo das lideranças para chefias de unidade é imprescindível na aceitação da supervisão.

— A prática das relações humanas aplicada em todos os nlveis torna efetivos os resultados da boa supervisão.

— A formulação de um plano de trabalho é instrumento de realização no processo de supervisão.

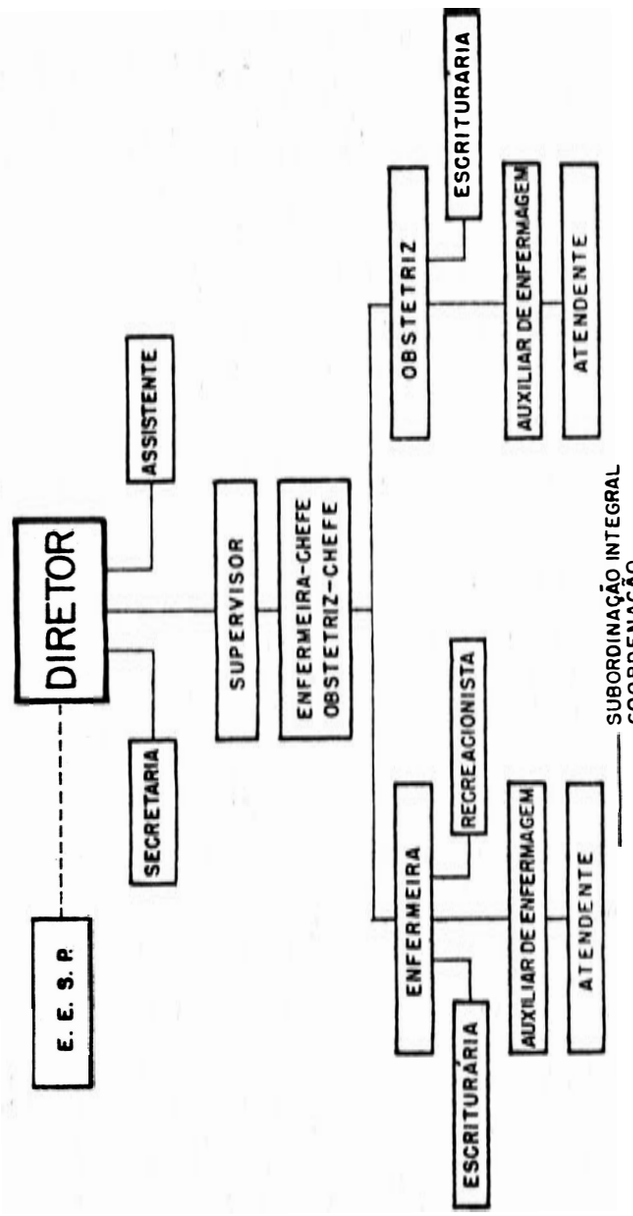
"Supervisão não é função, é resultado".

BIBLIOGRAFIA

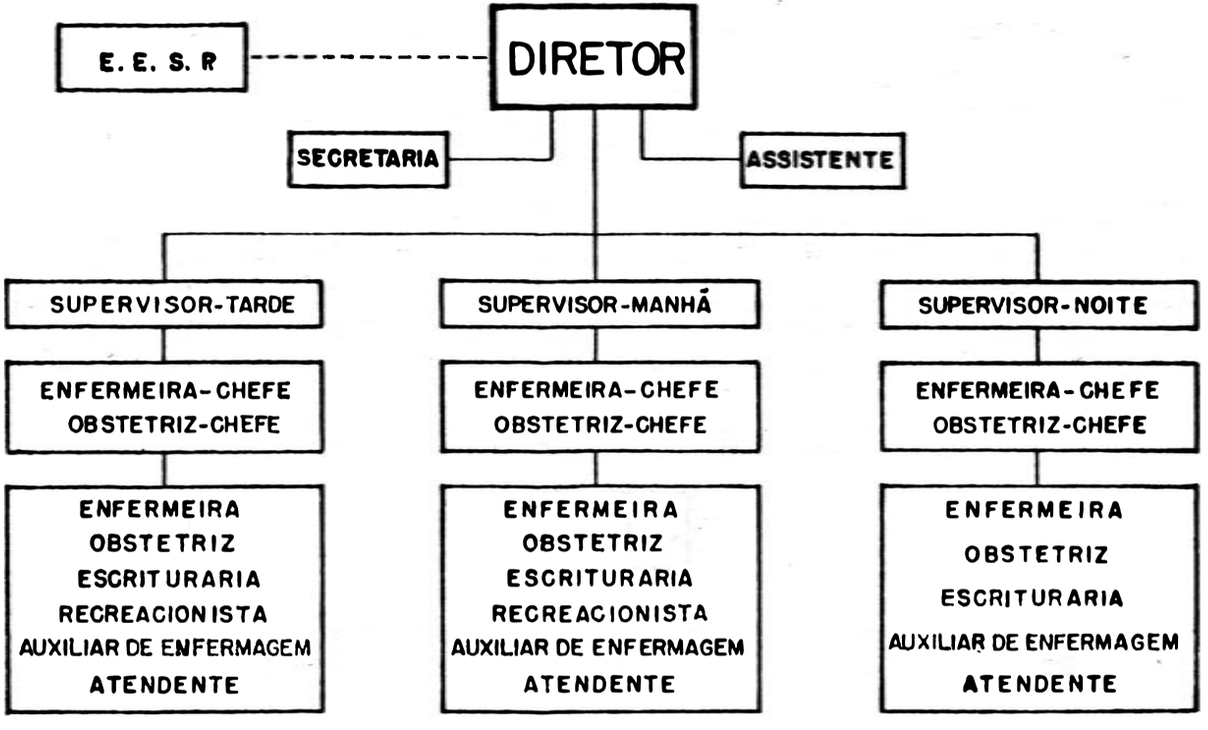
1. FAYOL, Henri — Administração industrial e geral 9.ª ed., Rio de Janeiro, Atlas, 1961.
2. HUDSON, Cateryn Seckler — Principais processos de organização e direção. Caderno de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas.
3. KRAUSE, Werther. M. — Apostilas do Curso de Técnica de Supervisão — 1962.
4. MUNÕZ, Pedro — Planejamento — Caderno de Administração Pública n.º 33 — Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas.
5. PERRODIN, Cecilia M. — Supervision de los serviços de Enfermeria. 1.ª ed., Interamericana, México, 1965.

6. PERSON, HARLOW S. — Execução planejada. Caderno de Administração Pública n.º 34. Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas.

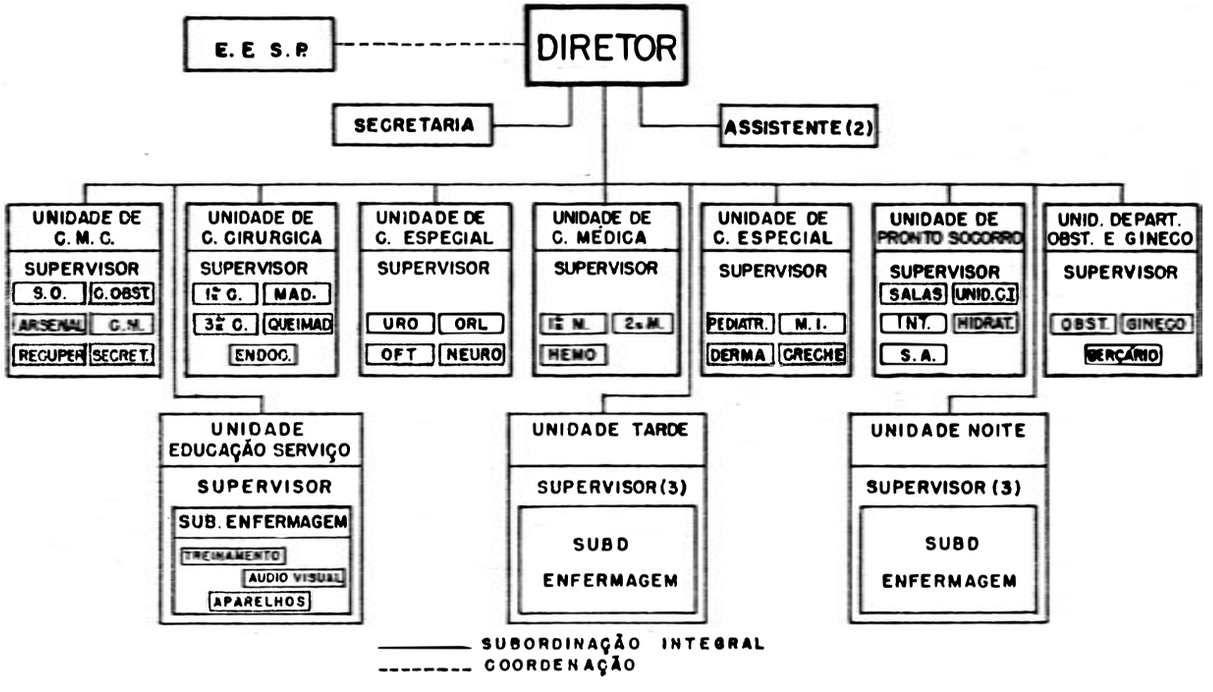
SUB-DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA U.S.P.



SUB-DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U.S.P.



SUB-DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U.S.P.



APENSO 2
UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA

2.ª Clínica Médica

Programa de Educação em Serviço

Plano de curso — 1.ª fase *

Orientação sôbre especialidades clínicas

(Objetivos 1 e 2)

I. **Categorias:**

1. Auxiliar de Enfermagem — 2. Atendentes

II. **Objetivos:**

1. Renovação de conhecimentos e preparo específico.
2. Extensão do programa do ano anterior aos funcionários novos.

III. **Divisão das Disciplinas:**

Aspectos de enfermagem em:
1. Cardiopatias
2. Nefropatias
3. Pneumopatias
4. Colagenoses

IV. **Escala de aulas:**

1. aulas — 4 dias na semana — 4 horas por semana
2. semanas — 11 semanas
3. total de horas — 50 horas
4. 10% para imprevistos — 5 horas

---

* Berenice M. Martinez — supervisora
Yoshiko Iziama — enfermeira

Total efetivo — 55 horas

V. **Meios auxiliares:**

1. Quadro negro
2. Material audio visual
3. Campo de prática

VI. **Esbôço do método:**

1. Preleção e recursos audio visuais
2. Supervisão do trabalho

VII. **Avaliação do aproveitamento:**

1. supervisão direta
2. testes

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICAS

2.ª Clínica Médica

Plano de curso — 2.ª fase

Revisão de Técnicas

I. **Categorias**

1. Auxiliares de Enfermagem
2. Atendentes

II. **Objetivos**

1. Aperfeiçoar os cuidados de enfermagem dispensados aos pacientes.
2. Atualização dos conhecimentos.
3. Economia de tempo, material, energia e conservação do material
4. Avaliação do trabalho desenvolvido pelo funcionário.

III. **Divisão das disciplinas**

1. Introdução ao programa — objetivos — motivação.
2. Limpeza de ambiente, material e equipamento.
3. Preparo da unidade — planta física e equipamento.

---

* Berenice M. Martinez — supervisora
Satiko Arahata — enfermeira

4. Admissão do paciente — prontuário — anotações.
5. Confôrto do paciente — banhos — higiene oral — posições — proteção contra acidentes, prevenção de escaras.
6. Contrôle de sinais vitais — T. P. R. — P. A.
7. Medidas auxiliares de diagnóstico: exames de laboratório, radiológico — preparos.
8. Alimentação do paciente: dieta, tipos, técnicas.
9. Medicamentos — vias — técnicas.
10. Tratamentos: curativos, lavagem intestinal, clister — embrocação — gargarejo — inalação — instilação — irrigação.
11. Aplicação de O^2 e CO^2 — técnicas
12 Aspiração de secreções oro-faríngea — técnicas, cuidados com o aparelho e accessórios.
13. Drenagens gástrica, vesical, torácica — técnicas, cuidados especiais.
14. Restrições — técnicas — cuidados especiais.

IV. **Escala de aulas:**

1. aulas — 4 dias na semana — 8 horas semanais
2. semanas — 11 semanas
3. total de horas — 88 horas
4. 10% para imprevistos — 8 horas
   Total efetivo — 96 horas

V. **Meios auxiliares:**

1. Quadro negro
2. Material audio visual
3. Campo de prática

VI. **Esbôço do método:**

1. Preleção
2. Supervisão

VII. **Avaliação do aproveitamento:**

1. Supervisão direta
2. Testes

MODÊLO PARA ESCALONAMENTO DE FUNCIONÁRIO

Data	Horário	Assunto	Nomes do funcionário	Instrutora

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICAS

2.ª Clínica Médica

Plano de Recreação, Laboterapia e Alfabetização (1.ª fase)

(objetivo n.º 3)

1. Objetivos:

   — permitir atividades de grupo que possam desenvolver o senso de cooperação e intercâmbio de idéias.
   — elevar o índice de conhecimentos gerais dos pacientes.

2. Recursos humanos:

   2.1 — coordenadores: Beatriz Branda
   Berenice Martinez
   Dr. Piazzo

   executores: Dinéa Lessa Tognini
   Vanderli de Oliveira Dutra
   funcionários da Unidade
   voluntários

3. Recursos materiais:

   3.1 — os recursos materiais serão previstos de acôrdo com os programas que serão desenvolvidos.

4. Plano de desenvolvimento:

4.1 — Recreação e laborterapia:
— Organização de biblioteca;
— curso de estamparia (mulheres);
— seções de trabalhos manuais (H. e M.);
— seções de jogos e modelagem (H. e M.) e filmes.
4.2 — Alfabetização:
(plano de curso a cargo do Dr. Piazzo)
4.3 — Escala de aula ou seções
— Horário — 14-18 horas
— terças e quintas feiras;
— Local — auditório
enfermarias
solário

* **Plano de organização de uma Biblioteca para pacientes**

1. **Objetivos:**

— permitir recreação sadia e proveitosa aos pacientes, auxiliando no seu restabelecimento;
— facilitar a aquisição de conhecimentos gerais, através do aproveitamento adequado das horas de repouso;
— promover os meios que permitam intercâmbio de idéias entre os pacientes;
— facilitar as relações sociais entre o grupo de pacientes e de funcionários;
— colaborar nos programas de terapia ocupacional da clínica.

2. **Organização**

A biblioteca será do tipo circulante.
2.1 — pessoal necessário:
— uma enfermeira chefe;
— enfermeiras;
— uma assistente social;
— um paciente.
A biblioteca será organizada segundo o esquema abaixo:
2.2 — chefia
— cabe à enfermeira chefe a direção da biblioteca.
2.3 — departamento de processos técnicos: êste departamento se compõe dos seguintes setôres:

---

* Berenice M. Martinez, supervisor
Vanderli Oliveira Dutra, enfermeira

— aquisição
— seleção das séries (infantil ,juvenil, adulto)
— catalogação
— tombamento
— conservação

A aquisição e a seleção das séries ficarão a cargo da assistente social. A catalogação e o tombamento ficarão a cargo da voluntária e a conservação a cargo da enfermeira.

2.4 — departamento de orientação:
— Êste departamento ficará a cargo da enfermeira chefe, pois visa orientar aos pacientes, conforme idade, sexo, escolaridade, problema psicológico ou social, na escolha da leitura adequada;

2.5 — departamentos de circulação:
— promove a movimentação dos livros e ficará a cargo de um paciente;
— a biblioteca será instalada num local de fácil acesso, e que não impeça ou atrapalhe a circulação normal da clínica.
— Material necessário:
— um armário adaptado às finalidades;
— livros para registro e contrôle;
— material de escritório: lápis, borracha, régua, etiquetas, papel para encapar, goma arábica, durex.

3. Funcionamento

A biblioteca entrará em funcionamento através das seguintes fases:

3.1 — Aquisição
— É a arrecadação mediante contribuições em dinheiro ou donativos em livros. Para tal fim poderão ser organizadas campanhas para doação entre os funcionários do Hospital, familiares dos pacientes, médicos, representantes de laboratórios, etc...

3.2 — Tombamento
— É o processo de registro do livro adquirido, sendo o mesmo feito numa ficha especial para cada livro devendo constar:
— nome do autor
— nome do livro

— número de registro, de entrada na biblioteca
— data da entrada
— nome do editor
— data da publicação
— preço, ou nome do doador
— n.º da série
— localização — prateleira

3.3 — Seleção

— Após o tombamento passa-se à "seleção"
  — seleção por série — de acôrdo com o grupo de idade: infantil, juvenil, adulto;
  — seleção por assunto — separar cada série conforme o assunto de que trata: religião, didática, aventura, romance, etc...

3.4 — Catalogação

— Feita a seleção se passará a catalogação:
  — série — usar prateleiras separadas para cada série.
  — assuntos — usar capas de côres diferentes para cada tipo de assunto sendo a mesma côr para tôdas as séries.
  — numeração — recebe o número de entrada e o número da série a que pertence partindo com a série e cada assunto do número 1. Só o número de entrada (registro) é seriado.

3.5 — Circulação

— Os livros só poderão circular quando forem preenchidas as normas abaixo:
  — solicitação do empréstimo ou oferecimento, se houve indicação;
  — preenchimento dos dados do caderno de contrôle feito pelo encarregado;
  — devolução do livro, no prazo de 10 dias;
  — novos empréstimos só serão feitos mediante devolução do empréstimo anterior;
  — renovação de empréstimo, poderá ser feita mediante solicitação;
  — será cobrada uma multa de Cr$ 5 dos leitores que não devolverem o material em boas condições, ou ultrapassarem a data de entrega, sem pedir renovação.

— Todo livro que entra em circulação deverá ser devidamente controlado. Para isso será utilizado um caderno onde serão lançados os seguintes dados:
  — data da saída do livro
  — nome do livro
  — número de registro do livro
  — nome do solicitante
  — localização do paciente (enfermaria-leito)
  — data da devolução
  — assinatura do encarregado
— Ao ser entregue o livro para o leitor, as datas da entrega e da devolução serão afixadas num cartãozinho prêso ao livro.

*** Plano de Curso de estamparia**

1. Objetivos:
   — Colaborar no programa médico terapêutico
   — Permitir atividades de grupo que possam desenvolver o senso de cooperação e intercâmbio de idéias.
   — Elevar o índice de conhecimentos gerais.

2. Plano do curso:

   2.1 — Escala de aulas
   — aulas — 1 por semana
   — total de horas — 12
   — total de aulas — 6

   2.2 — Divisão de assunto por Unidade
   Unidade I — Côres' primárias, secundárias e pastel.
   Unidade II — Tecidos: tipos, testes e preparo. Pincéis: tipos e cuidados
   Unidade III — Moldes: negativos, positivos, combinados.
   Unidade IV — Técnicas: chapadão, sombreado, em planos.
   Unidade V — Técnicas: em círculo, superposição, com peneira.
   Unidade VI — Técnicas: Esponjas grossas e finas; degradée.
   Unidade VII — Técnica — listas e xadrês.

---

* Maria Dias de Souza — Enfermeira chefe
Vanderli de Oliveira Dutra —Enfermeira

2.3 — Meios auxiliares:
- — Gravuras
- — Quadro negro

2.4 — Esbôço de método:
- — as aulas serão dadas pelo método audio visual;
- — serão utilizados vários tipos de pano com amostra.

2.5 — Atividades dos pacientes.
- — Os pacientes deverão dispor do seguinte material;
  - — Tintas
  - — Tecidos
  - — Pincéis
  - — Filmes radiográficos usados
  - — Rôlhas de cortiça
  - — Esponjas de latex

2.6 — Avaliação do aproveitamento
- — A avaliação do aproveitamento será feita através de apresentação de trabalho.

3. Patrimônio:

3.1 — Origem:
- — O patrimônio que constitue o fundo de reserva será formado através de donativos:
  - — arrecadação de donativos
  - — venda dos trabalhos
  - — verba fornecida pelo S. M. S.

3.2 — Relação do patrimônio
- — frascos de tinta ..... 12 frascos
- — tecidos (panos de cosinha) 12
- — pincéis (tamanhos diversos) 5
- — tampo de mesa (1,20 x 2,00) 1

3.3 — Contrôle do patrimônio
- — O contrôle do patrimônio, bem como aquisição, vendas de trabalho, etc. serão de responsabilidade da enfermeira-chefe.

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICAS

2.ª Clínica Médica

* **Plano de Educação Sanitária (2.ª fase)**

A. GERAL:

1. **Objetivos**
   1.1 — Levar aos pacientes e familiares conhecimentos básicos de promoção e proteção à saúde.

2. **Recursos humanos**
   2.1 — Coordenadores: Laurita M. Gandolla
   Dr. Piazzo
   Executores: Tomie Mori
   Pérola Arruda Moraes
   Dinéa Tognin
   outros elementos

3. **Recursos materiais** (método e meios auxiliares)
   3.1 — palestras — entrevistas individuais ou em grupos
   3.2 — Material audio visual — filmes
   cartazes
   flanelógrafos
   álbum seriado

4. **Plano de desenvolvimento**
   4.1 — Escala de aulas
   Horário — 17,30 — 18,30
   2 vêzes por semana — segundas e sextas feiras
   Local — enfermaria
   auditório

   4.2 — Divisão de assunto por unidade
   Unidade 1 — Saúde: a) conceito
   b) importância da saúde
   c) Saúde Pública —

* Berenice M. Martinez — Supervisora

Educação Sanitária

Unidade 2 — Meios de promoção de saúde

2.1 — Higiene do corpo
Higiene do vestuário
Higiene da habitação
Higiene da mestruação

2.2 — Hábitos mentais sadios
— Importância de bons hábitos
— Trabalho
— Recreação
— Alimentação

Unidade 3 — Meios de preservação da saúde

3.1 — Elementos sôbre moléstias
— verminoses
— doenças venéreas
— shistosomose
— moléstia de chagas
— febre tifóide
— hepatite

3.2 — Imunizações

B. ESPECÍFICO:

1. Objetivos

1.1 — Dar conhecimento ao paciente e família dos aspectos médicos, sanitários e dietéticos da moléstia que porta.

1.2 — Promover a participação dos familiares nos problemas de saúde do paciente.

1.3 — Promover condições de reabilitação física e social do paciente.

2. Recursos humanos

2.1 — Coordenadores: Dr. Piazzo
Laurita M. Gandolla
Beatriz Branda

Executores: Dr. Piazzo
Tomie Mori
Berenice Martinez
Dinéa Tognin

3. Recursos materiais

3.1 — didático (palestras, entrevistas, filmes, etc.)
3.2 — não didáticos — recursos de comunidade

4. Plano de desenvolvimento

4.1 — Agrupamento de pacientes por moléstias.
4.2 — Divisão de assunto por moléstia
4.3 — Escala: Horário — 14 hs. às 16 hs.
Local — Auditório
Dias de visitas

ESCALA DAS ATIVIDADES

Horário	17:30 18:30	14:00 16:00	14:00 18:00
Dias da semana	2.ª e 6.ª f.	4.ª f.	3.ª e 6.ª f.
Atividades	Ed. Sanitária (geral)	Ed. Sanitária (específico)	Laborte. Recrea. Alfabeti.
Responsável	D. Laurinda D. Tomie D. Dinéia	Dr. Piazzo D. Tomie	Dr. Piazzo D. Vanderli D. Dinéa

PROFISSIONALIZAÇÃO DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM

Considerçaões em tôrno de uma controvérsia

Luiz Cieto *

Colocando-nos ao lado e acima de nossa atuação profisional, façamos um ligeiro retrospecto no tempo e no espaço, nas últimas décadas da história da enfermagem.

A Federação Interestadual dos Enfermeiros e Empregados em Casas de Saúde, preocupada com os problemas gerais do pessoal de enfermagem passou a estudar o palpitante tema em epígrafe à procura de uma solução.

Descansados do azáfama diário podemos observar, com inusitada satisfação o notável progresso de nossa profissão, que já inicia uma grande conquista e começa a ganhar foros de uma autêntica profissão, adquirindo, assim, nôvo "status" social.

Com o advento da Lei n.º 3 780, de 12 de julho de 1960, foi implantado, no Serviço Público Civil da União, um nôvo sistema de classificação funcional e coube ao enfermeiro um lugar definido no Grupo Ocupacional Técniso-Científico. Conquistamos definitivamente um lugar entre os profissionais de nível universitário. Ainda no campo oficial, quase todos os Estados da Federação reconheceram êsse indiscutível direito, de longa data estabelecido pelas leis de ensino e de regulamentação do exercício profissional.

Enquanto isto, podemos afirmar igualmente que temos assistido a um grande desenvolvimento da enfermagem no campo empresarial, quer hospitalar ou ambulatorial, com expansão inicial digna de registro também nos ambulatórios industriais, "maxime" no parque industrial paulista.

Contudo, temos que considerar o problema em sua integralidade, primeiro quanto à estrutura da Equipe de Enfermagem, com todos os seus elementos e ao depois generalizar a questão, para abranger todo o território pátrio, com sua monumental diversificação étnico-social, geo-econômica e política.

Partamos, portanto, de um ponto comum: a necessidade de no-

* Enfermeiro do IAPETEC, São Paulo. Secretário Geral da Federação Interestadual dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde.

vos e constantes estudos com o objetivo de encontrar, de alguma forma, soluções para os angustiantes problemas da enfermagem, da saúde e do bem estar social nacionais.

Estrutura da Equipe de Enfermagem

Segundo o disposto nas normas de direito positivo pátrio, quanto ao exercício profissional de enfermagem, Lei 2 604/55 e Dec. 50 387/61, há dois grupos distintos, afora o das obstetrizes, assim organizados:

1.º Grupo — Enfermeiros (profissionais com nível universitário).
2.º Grupo — Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros práticos e Práticos de Enfermagem, todos êstes com direitos e deveres absolutamente iguais, nos estritos têrmos dos mandamentos legais.

A formação profissional dos elementos do primeiro, bem como do segundo grupo, é disciplinada pela lei do ensino de enfermagem e legislação especial, além dos regulamentos e determinações dos órgãos oficiais competentes: Lei 775/59, Dec. 27 426/49, Decreto-Lei 8 778/46 (já revogado), etc.

Há um 3.º grupo — dos Atendentes. — Embora não comtemplados com sua inclusão legal entre os profissionais de enfermagem, sua existência de fato não pode ser ignorada, uma vez que constituem a esmagadora maioria dos que praticam a enfermagem em nosso País, englobando cêrca de 70% do pessoal da categoria profissional.

É verdade que, nos hospitais de elevado padrão técnico e administrativo, os atendentes exercem tão-sòmente funções relativas à higiene dos pacientes, do ambiente, administração de alimentos, transporte e serviços elementares, sem ultrapassar as barreiras dêsse limitado campo.

Todavia, enquanto isso ocorre nos Hospitais das Clínicas de São Paulo e de outros Estados, enquanto os hospitais-escola, os hospitais-modêlo como o Hospital dos Servidores de São Paulo ou da Guanabara, sim, enquanto isto, os atendentes em todo o restante território nacional, invadem o campo das atividades não só dos enfermeiros, como também dos médicos, transformando-se até em cirurgiões improvisados, anestesistas, diretores de Serviços de Enfermagem e de hospitais.

Elevação do Nível de Ensino do Auxiliar de Enfermagem

Fala-se na elevação dos requisitos para ingresso no curso de auxiliar de enfermagem sendo que já no presente ano letivo, esco-

las exigiram a segunda série ginasial, pretendendo-se até o ginasial completo, como escolaridade mínima.

Surpreendente é o progresso do homem em todos os campos da atividade em nossos dias. Assim, não poderia a enfermagem ficar alheia a essa inexorável evolução da ciência e da técnica. Elevou-se o nível do curso de formação do enfermeiro e eleva-se, igualmente, o curso de auxiliares de enfermagem.

Contudo, esta Federação faz algumas observações ao sentido restritivo de certas exigências de escolas e cursos de auxiliares. Algumas escolas não aceitam alunos que trabalhem, outras, segundo informações chegadas a esta entidade, só aceitam candidatas do sexo feminino.

Isto é contraproducente quando nos debatemos com invencível "deficit" dêsses profissionais.

Desdobramento dos Cursos

Com o objetivo de ampliar oportunidades, a Universidade de São Paulo e outras do Brasil desdobram cursos, instituem aulas e cursos noturnos; profissões altamente masculinas até ontem, passam a ser em grande escala exercidas por elementos do sexo feminino, numa verdadeira democratização do ensino nacional.

Os cursos de Direito, Odontologia e outros, prelecionados à noite ,foram ampliados e têm, hoje, maior duração, tendo em vista um melhor aproveitamento do ensino. O mesmo pode ser feito com o ensino de auxiliares de enfermagem para facilitar aos atendentes a matrícula em diversos horários.

Não resta dúvida que a mecânica da organização hospitalar concentra, de um modo geral, suas atividades principais no período da manhã, especialmente no que tange os serviços de enfermagem. Assim, tôda a parte teórica do curso de auxiliares, talvez, possa ser desenvolvida à noite.

A concentração das atividades práticas no período da manhã, como aliás, já é feita, poderia erigir-se em norma, com a complementação do **não impedimento do exercício de atividades empregatícias por parte dos alunos** que, em sua maioria, não podem abandonar o emprêgo, única fonte de renda para o sustento da família e adimplemento de suas obrigações pessoais.

Maior flexibilidade no curso de auxiliares de enfermagem poderia ser estudada, criando-se maiores facilidades para o cumprimento do currículo, com aulas noturnas, vespertinas, enfim, no horário que se julgar mais conveniente e estágios no horário apropriado, isto é, aproveitando-se as horas de trabalho. Enfim, criação de condições

especiais de trabalho nos hospitais a fim de tornar exequível a sugestão apresentada.

Quanto ao impedimento do ingresso de rapazes em tais cursos é matéria que, sinceramente não podemos ainda crer existam em nossos dias. Os raros casos porventura existentes devem ser eliminados.

Profissionalização do Atendente

Tese controvertida e polêmica por natureza, mas não nos furtaremos à obrigação de abordá-la novamente.

Matéria aflorada por diversas vêzes, já foi objeto de palestras e amistosas discussões desta Federação, com elementos de alto destaque na enfermagem nacional, quer no campo do ensino ou do exercício profissional.

As opiniões colhidas apresentam uma gama de variações surpreendente, indo do incondicional apoio à idéia, até a mais violenta discussão e oposição, negando-se mesmo, alguns, a aproximar-se do debate.

Levantamentos de opiniões são realizados, não se desprezando o dinamismo de alguns que, firmando posições para logo, procuram ampliar seu ponto de vista, angariando adeptos.

Constituindo os Atendentes a grande maioria dos exercentes da enfermagem em nosso País, ultrapassando normalmente o campo de atividades que lhes competiria, vêmo-nos diante de um grave problema a clamar por um estudo mais detido, mais amplo.

Não vemos, pois, como relegar a segundo plano assunto tão grave e envolvente. Agora é o momento de procurarmos equacionar o problema e eliminar a terrível e desafiante incógnita.

Desde o encerramento da vigência do Decreto-Lei 8 778, de 22 de janeiro de 1946, revogado pelo art. 13 da Lei 2 604/55, tem esta Federação insistido no revigoramento do instituto legal revogado, com o objetivo único de dar alguma oportunidade aos que não têm o grande e raro privilégio de ingressar numa escola e fazer um curso regular, quer por suas condições econômico-financeiras, quer por insuficiência quanto às exigências relativas à escolaridade ou ainda outros motivos.

Contràriamente tem se manifestado a A. B. En. em tôdas as oportunidades e, também agora, quando novamente o Congresso aprovou lei restabelecendo os exames práticos de enfermagem. *.

---

* Nota da Redação: O projeto foi vetado pelo Presidente da República.

Esta Federação sempre esteve e agora ainda mais atenta está, ao desenvolvimento da ciência e da técnica, especialmente no que se refere à enfermagem nacional.

Procuramos evoluir constantemente e não fugimos ao diálogo dignificante e construtivo.

Eis aí, pois, a razão dêste trabalho, que outra pretensão não tem, senão a de levantar novamente a discussão de palpitante problema, a procura da solução ideal.

Iniciamos a troca de idéias com expressivos dirigentes da A.B.En., com dirigentes da enfermagem dos mais destacados hospitais do País, com professôras das principais escolas de enfermagehm de nossa terra, para propôr uma discussão mais ampla perante a augusta e soberana assembléia dêste extraordinário conclave, o XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, aqui em Belém realizado.

A Solução Proposta

Os Atendentes não podem continuar na situação irregular de profissionais de fato, isentos de qualquer regulamentação, numa ampla e paradoxal liberdade, quando todos os profissionais de fato e de direito submetem-se às normas legais reguladoras do ensino e do exercício profissionais.

Por outro lado, tornam-se urgentes medidas protetoras dêsse terceiro grupo, o grupo dos abandonados, objeto da exploração total, econômica, profissional e até sentimental, pois êstes sentem-se importantes substituindo um médico assistente em grandes intervenções cirúrgicas, anestesias, dirigindo um departamento de enfermagem, quando, na realidade, estão colocando em risco valiosas vidas e procedendo a uma concorrência desleal a médicos e enfermeiros.

A solução seria, a nosso ver, a regulamentação do exercício da atividade, com delimitação de funções e adequada formação profissional, em nível elementar, no próprio local de trabalho. e enquadramento legal da sub-categoria dentro de nossa categoria profissional de enfermagem.

Uma ampla campanha de formação profissional do atendente no próprio local de trabalho, por enfermeiros, nos estritos têrmos da lei e da regulamentação, evitaria a improvisação, a promoção pura e simples ou a transformação imediata de pessoal da limpeza ou lavanderia em pessoal de enfermagem.

A inclusão legal dêste grupo na equipe de enfermagem possibilitaria, inclusive, sua fiscalização, não só por intermédio dos Serviços de Fiscalização do Exercício Profissional, como também e especialmente, por intermédio dos futuros Conselhos de Enfermagem.

Desta forma evitaríamos, igualmente, estabelecer um enorme hiato entre atendentes e auxiliares de enfermagem, com a elevação das exigências dêstes últimos, já em andamento.

Conclusão

Resultaria desta transformação, sem dúvida, a elevação do padrão geral da enfermagem nacional,melhores condições profissionais e remunerativas do atendente que se integraria definitivamente na equipe de enfermagem, assim mais homogênea e funcional.

A partir da profissionalização do atendente, movimento único e indivisível poderá ser encetado pela Federação, Sindicatos, A. B. En. e demais associações profissionais da categoria, no sentido de estimular e propiciar oportunidades de encaminhamento dos atendentes para os cursos de auxiliares de enfermagem.

Campanha poderá ser feita junto às autoridades governamentais federais no sentido de ampliar o sistema de bôlsas de estudo, que já vêm sendo concedidas aos trabalhadores através dos Sindicatos, para que se estimule os atendentes a fazer o curso de auxiliar de enfermagem, beneficiados por tais bôlsas de estudo.

No mesmo sentido poder-se-á batalhar junto aos governos estaduais e municipais, para que se consiga grande número de bôlsas de estudo, a serem concedidas ao atendente legalmente habilitado, para cursar a escola de auxiliares, dando-lhe preciosa oportunidade de progresso profissional. Aliás, estudos deveriam ser feitos para transformar a enfermagem numa verdadeira carreira, aproveitando-se os cursos já feitos, de forma a possibilitar uma crescente ascenção, desde atendente até enfermeiro ou diretor de enfermagem.

Ao encerrarmos êste trabalho, repetimos que o nosso objetivo é tão sòmente suscitar amplas discussões do problema, sob ângulos os mais diversos, com vistas a uma solução do problema. Por muito bem pagos nos daremos se a tanto conseguirmos chegar e se alcançado fôr tal desiderato.

INTERÊSSE GERAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Relatório da Presidente *

Período de julho de 1965 a junho de 1966

Pela segunda vez estamos diante do órgão soberano da ABEn. Hoje, para prestar contas da execução das suas deliberações, tomadas em julho de 1965. Gostaríamos de poder dizer que os resultados foram tão exuberantes quanto o foram a graça, a juventude e a freqüência ao XVII Congresso. Tememos que as conclusões não irão mostrar tal paralelo, tão desejado por vós, como por nós.

Podemos afirmar que a atual Diretoria, apesar de tôdas as dificuldades de ordem social e econômica, foi incansável no planejamento para alcançar os objetivos traçados.

Para iniciar o trabalho dêste período a Diretoria analisou primeiro as dificuldades que o próprio Estatuto criava para a maior dinamização da ABEn, que atinge seus 40 anos de existência. A revisão dos Estatutos foi feita e, em Assembléia Geral Extraordinária, realizada no Rio de Janeiro no dia 7 de outubro de 1965, tivemos sua aprovação final. É nosso dever esclarecer a esta digna Assembléia que um dos pontos pelo qual nos batemos foi a completa soberania da Assembléia de Delegados. E não a conseguimos. A Diretoria da ABEn continua assim a dirigir êstes trabalhos.

Na programação de 1965/66 constava o aniversário da ABEn e a Diretoria houve por bem decidir pelo seu levantamento histórico e inauguração da galeria de Presidentes, tendo iniciado esta última com o retrato de Marina de Andrade Resende como homenagem à grande colega que tivemos a ventura de conhecer. Quanto ao histórico, foi confiado à d. Edith de Magalhães Fraenkel, sócia fundadora da ABEn, como presidente da Comissão Epecial do Histórico da ABEn. Muitas dificuldades surgiram, a começar pela inexistência de documentos, perdidos por ocasião do incêndio na sede da ABEn; todavia, graças à dedicação daquelas que viram a Associação nascer, os trabalhos já estão em bom andamento. Para

---

* Circe de Melo Bibeiro

financiar a execução do plano, as ex-alunas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Diretoria da ABEn fizeram doação de um milhão e duzentos mil cruzeiros.

Sentimos, neste segundo período de gestão, que a atividade da Associação tornou-se mais intensa, as solicitações aumentaram e aumentam também o apoio que outros profissionais nos oferecem bem como a solicitação, pelos laboratórios e jornais, de material de divulgação.

Podemos assegurar que a Associação Brasilueira de Enfermagem, que vinha ganhando prestígio crescente nos círculos oficiais e profissionais, não sofreu interrupção no processo. Se, além disto, nada pudéssemos oferecer à consideração desta Assembléia, considerar-nos-íamos satisfeita, pois não trouxemos para a ABEn o prejuízo da estagnação.

Nossa certeza nas realizações baseia-se no excelente trabalho das Comissões Permanentes e Especiais. A elas cabem os nossos agradecimentos, delas dependeu e depende a vida da Associação. Esta foi uma das fortes razões que nos levou a colocar as Comissões Permanentes como integrantes da Diretoria. Sendo uma das queixas constantes das Presidentes das Seções o alheiamento das Comissões, esperamos que a nova estrutura permita às Seções trabalho mais profícuo, a exemplo do que acontece na Diretoria Central.

REPRESENTAÇÕES

Na Comissão Especial da Diretoria do Ensino Superior, a ABEn foi representada na pessoa da Presidente, designada por Portaria Ministerial de 11 de junho de 1965, para estudo e proposição de soluções para os problemas do ensino de enfermagem. A Comissão foi transformada em Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem pela Portaria Ministerial n.º 132/66, a partir de junho, com a mesma composição: Waleska Paixão (coordenadora) Maria Rosa S. Pinheiro, Haydée Guanais Dourado, Izaura Barbosa Lima e Presidente da ABEn.

No II Congresso de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem, realizado na cidade do Rio de Janeiro — GB, de 8 a 10 de outubro, pela Presidente.

Na III Reunião Anual da Associação das Escolas Médicas, realizada na cidade de Pôrto Alegre — RS, de 25 a 31 de novembro de 1965, pela Presidente, como co-relatora do tema "Formação de Pessoal Para-Médico.

Na XIII Jornada Paulista de Hospitais, realizada na cidade de Rio Claro — SP, em outubro de 1965, pela Presidente, com apresentação de trabalho: "Unidade de Enfermagem Obstétrica".

No II Seminário de Avaliação do Programa de Ajuda às Escolas de Auxiliares de Enfermagem, realizado pelo FISI e Ministério da Saúde, na cidade de Recife — PE de 25 a 30 de novembro, com apresentação do trabalho: "Entrosamento das escolas e/ou cursos de auxiliar de enfermagem com os campos de prática".

Na cerimônia de inauguração da Rua Marina Andrade Resende, na cidade de Volta Redonda — RJ, dia 10 de maio de 1966, pela Presidente e d. Waleska Paixão que falou em nome das enfermeiras, a pedido da Presidente.

No III Salão de Ciências e Aplicações Médicas, realizado em São Paulo pela Firma Alcântara Machado, de 16 a 22 de março de 1966, com apresentação de um Stand para divulgação da enfermagem, juntamente com a Seção de São Paulo.

Neste capítulo registramos uma ausência que lamentamos. Realizou-se no Rio de Janeiro — GB, um Seminário sôbre Enfermagem Obstétrica, pela OMS e EE. da GB, para o qual a ABEn não recebeu convite para participar.

XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (C. B. E.)

A Diretoria da ABEn participou da organizaão do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, tendo indicado a Presidente da ABEn-Seção do Pará, para a presidência da Comissão Executiva. O material de planejamento organizado pela Comissão Executiva do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem foi enviado à Seção do Pará, como guia, norma esta que pretendemos seja enriquecida de detalhes de um Congresso para outro, de forma a facilitar o trabalho de organização. A Presidente esteve em Belém, março p. p., para discutir com a Comissão Executiva as linhas gerais do Congresso.

Para a Comissão de Temas foi convidada Dra. Glete de Alcântara, como Presidente, que iniciou os planos já durante o XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem na Guanabara. Dona Ermengarda de Faria Alvim integrou a Comissão.

RECOMENDAÇÕES DO XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Foram publicadas pela Revista Brasileira de Enfermagem n.º 4 de 1965, e encaminhadas a quem de direito. Gostaríamos de acrescentar alguns comentários quanto ao assunto.

Como sempre tem acontecido, o aspecto da educação, no Congresso passado, ocupou grande parte da atenção das enfermeiras. Alguns resultados foram bons, o Conselho Federal de Educação bal-

xou as normas para o Curso Técnico Colegial de Enfermagem da Escola Nacional de Enfermagem "Ana Neri", da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e da Escola de Enfermagem Luiza de Marillac, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, normas essas constantes dos Pareceres nos. 271 e 224/66. A resposta à solicitação da ABEn consta do Parecer 337/66. Êste assegura o direito das enfermeiras de lecionarem disciplinas específicas de enfermagem nos Cursos de nível médio de Enfermagem.

A ABEn-Seção do Paraná conseguiu também as normas para o Curso Técnico Colegial de Enfermagem da Escola Catarina Labouré, que foram enviadas a tôdas as Seções.

Entre as 24 Recomendações de 1965 há 8 que, encaminhadas, devem esperar o levantamento das escolas de enfermagem, a ser realizado pela Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem, para decisão sôbre o que deve ser feito, quais as prioridades e a quem compete fazer o quê.

PUBLICAÇÕES

Continua o BI com a Diretoria da ABEn, que colhe a maior parte das notícias, oficiosamente. Das 265 notícias publicadas, 125 vieram dos Estados, não obrigatòriamente através das Seções. A recomendação da Reunião das Presidentes, quanto a terem um elemento de ligação com o BI, não foi atendida por muitas seções. Algumas fizeram a indicação, sem que as notícias chegassem até a Secretária Executiva.

A Revista Brasileira de Enfermagem atravessou, talvez uma das suas crises, que será explicada nos Relatórios das Presidentes das Comissões de Finanças e da Revista.

Contamos com a colaboração da Comissão Executiva dêste Congresso para a publicação dos trabalhos aqui apresentados.

No programa de comemoração do 40.º aniversário da ABEn, a Diretoria se propôs a uma série de publicações: Manual do Auxiliar de Enfermagem e Manual de Equipe de Enfermagem. Os direitos de autoria não foram cedidos à ABEn; apenas tivemos o direito da edição presente. Êste programa tem dupla finalidade: oferecer bibliografia de enfermagem em Português, para enfermeiras e auxiliares de enfermagem e, ao mesmo tempo, levantar as finanças da ABEn. Não podemos contar apenas com o tão reduzido **per capita** para manter o atual movimento da Associação e compromissos de construção da sede. Pretendemos ampliar o número de publicações para o próximo ano e para isso valer-nos-emos de trabalhos escritos por enfermeiras brasileiras, ou de tradução autorizada de bons livros estrangeiros. O próximo deverá ser "O cuidado de enferma-

gem centralizado no paciente", de Ruth V. Mathenew e colaboradoras. Publicaremos também Manual de Física Aplicada que está sendo preparado pela professôra de Nutrição e Dietética da E. E. da Universidade de São Paulo, d. Lêda Kober. Aceitaremos sugestões, pois desejamos ir ao encontro dos pedidos da classe.

ELEIÇÕES

De acôrdo com a agenda estabelecida pela Diretoria da ABEn êm janeiro de 1965, realizaram-se a 27 de abril as eleições para Presidente, 1.ª Tesoureira, 2.ª Secretária, Conselho Fiscal e Coordenadoras das Comissões Permanentes. A posse será dada em Assembléia de Delegadas, dia 16 de julho próximo, em sessão solene.

Algumas Seções tiveram suas eleições anuladas ou invalidadas por várias causas: não obediência a agenda organizada; atrazo no encaminhamento dos resultados, ou pelos resultados contraditórios constantes dos Relatórios.

BÔLSAS DE ESTUDO

A ABEn ofereceu a bôlsa "Laís Neto dos Reis", Cr$ 50 000 mensais, por três meses, para uma enfermeira fazer estágio no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. A bôlsa foi subvencionada pela Johnson & Johnson do Brasil.

TÍTULOS

Durante o XVII Congresso foi entregue o título de sócio honorário ao Prof. Dr. Álvaro Guimarães Filho. A proposta partiu da ABEn — Seção de São Paulo, pelo grande apoio e incentivo que a enfermagem paulista recebe há vinte e seis anos do Prof. Guimarães Filho. Será entregue, neste Congresso, o título de Sócio Honorário ao Professor Doutor Gennyson Amado, proposta feita pela ABEn — Seção da Guanabara, pela compreensão que sempre demonstrou pelos nossos problemas e pelo muito que tem feito pela enfermagem guanabarina.

A Diretoria proporá à digna Assembléia, nesta sessão, a outorga do título de Sócio Honorário a enfermeira Agnes Chagas pelos relevantes serviços prestados a enfermagem na América Latina durante 19 anos na Oficina Sanitária Pan Americana da Organização Mundial de Saúde. Seu mais recente projeto foi "Instrução Programada", tema de um programa especial de treinamento de professôras de Enfermagem realizado em Washington-DC em 1965, tendo sido convidadas especiais as enfermeiras Amália Corrêa de Carva-

lho e Anita Alvarenga. Da. Agnes deixará a OMS em setembro próximo e voltará ao Brasil.

SEDE PRÓPRIA EM BRASÍLIA

Continua a Diretoria solicitando a colaboração das Seções para o levantamento de recursos financeiros para a construção de sede no DF. Até o momento apenas São Paulo, Minas Gerais, Bahia e algumas enfermeiras federais da GB deram tal colaboração. O quantum será referido pela Comissão de Finanças.

Não houve até o momento a transmissão de posse do terreno de Brasília, doado à ABEn pela NOVACAP. O processo deverá esperar a pública forma da ata de posse da Diretoria, no dia 16 dêste, para ser encaminhado ao Sr. Prefeito, pois com três mudanças de sede da Prefeitura do DF em menos de um ano, ainda não havia sido encaminhado até junho passado; poderá portanto esperar mais algumas semanas. Tendo havido alteração nos planos de construção em Brasília o projeto anterior foi revisto e melhorado, incluindo as três peças do projeto anterior numa só, em apresentação bastante funcional. Os cálculos do custo de construção estão em andamento, bem como o desdobramento das plantas básicas.

SEÇÕES ESTADUAIS

PARÁ

Ofereceu o Estado para sede dêste Congresso tendo sido aceita a proposta por aclamação. Conta com 33 sócios quites entre 127 enfermeiros do Estado. Diminuiu seu quadro social. Realizou várias reuniões para tratar da organização do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Realizou eleições estaduais. Iniciou levantamento dos recursos e necessidades de enfermagem no Estado. Divulgou, pela imprensa falada e escrita, a legislação do exercício da enfermagem. Conseguiu o nível universitário para as enfermeiras estaduais e a melhoria do nível de classificação dos auxiliares de enfermagem. Encerrou o contrato da Seção com o IAPM. Colaborou com o SAMDU na seleção de candidatas aos postos de enfermeira administradora e auxiliar de enfermagem. Colaborou com a UNAE sempre que solicitada. Como dificuldade cita o desinterêsse das sócias pela Associação, pouca colaboração nos trabalhos da Seção e desvio de correspondência.

MARANHÃO

Conta com 41 sócios quites entre os 52 enfermeiros do Estado. Tem sempre aumentado seu quadro social. Realizou 20 reuniões,

sendo 8 com enfermeiras e diretores de hospitais. Realizou cursos de higiene para bandeirantes e pais; etiqueta, para enfermeiras e estudantes; primeiros socorros, para clube de mães, e relações humanas, aberto ao público. Fêz divulgação pelo rádio e TV durante a Semana da Enfermagem. Conseguiu lotar uma enfermeira no Pronto Socorro Municipal depois de ter colaborado no seu planejamento. Está trabalhando junto ao govêrno, no sentido de planejar a reestruturação da carreira de enfermagem no Estado. O maior problema da Seção é o desinterêsse das enfermeiras pela Associação. A Presidente não elaborou plano para o ano seguinte.

PIAUÍ

Conta com 12 sócios quites dentre os 20 enfermeiros do Estado. Realizou 7 reuniões de Diretoria e cursos de Treinamento de pessoal de enfermagem. Participou com aulas nos clubes de adolescentes, de mães e curso médio — 2.º ciclo. Colabora com o Serviço Social do Estado com supervisão e orientação de pessoal de enfermagem. Conseguiu a reclassificação dos enfermeiros estaduais. Realizou as eleições para cargos da ABEn Central.

CEARÁ

Conta com 50 sócias dentre as 160 enfermeiras do Estado. Realizou 10 reuniões ordinárias, reuniões de diretoria e 3 assembléias gerais. Conta com o trabalho de algumas Comissões. Divulgou as Recomendações do Congresso e está trabalhando para criar cargos e funções de enfermeira no Estado. Iniciou o levantamento das condições de trabalho no Ceará. Planejou Semana da Enfermagem com ampla divulgação pelo rádio, TV e colégios. A Presidente da Seção foi homenageada pelo Canal 2 de TV com a jangada, prêmio de Honra ao Mérito, (símbolo da bravura do cearense). Colaborou na Campanha de Recrutamento de candidatos para a Escola de Enfermagem, para o que conseguiu verba estadual de 5 milhões de cruzeiros. Como dificuldade relaciona a falta de espírito associativo das enfermeiras. Organizou para o próximo ano o plano de trabalho.

PERNAMBUCO

Conta com 61 sócias dentre as 260 enfermeiras do Estado. Diminuiu sensìvelmente seu quadro social em 1966. Realizou 10 reuniões, com freqüência média de 20%, sendo uma da diretoria. Realizou cursos de orientação às gestantes e orientação psicológica para profissionais. Conferências por ocasião da Semana de Enfermagem feitas por enfermeiras. Reuniu-se com a UNAE — Seção PE, para discutir problemas de legislação. Realizou interessante concurso en-

tre diplomandos das escolas de enfermagem de Recife cujo 1.º prêmio seria uma viagem a Belém, nesta oportunidade. Não enviou delegação. Participou da vida da comunidade com visitas públicas, doações, entrevistas pelo rádio e imprensa. Trabalhou junto às autoridades para resolver problemas locais da enfermagem, sem resultados até esta data. Não renovou o contrato de trabalho com a Previdência Social, de acôrdo com instruções da diretoria da ABEn. Comprou sede própria. O maior problema da Seção é o desinterêsse pela Associação. Presidente não elaborou plano para o ano segguinte.

ALAGOAS

Conta com 26 sócias. Realizou 9 reuniões. Organizou programas de palestras feitas por médicos. Realizou cursos de enfermagem no lar e noções de enfermagem. Trabalha no sentido de conseguir a estruturação da carreira de enfermagem no Estado. A Presidente não apresentou plano para o ano seguinte.

BAHIA

Conta com 120 sócias dentre as 300 enfermeiras do Estado. Diminuiu seu quadro social. Atendeu às recomendações do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem e da reunião de Presidentes realizada em julho de 1965. Divulgou B. I.

Realizou 12 assembléias gerais. Trabalhou com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia junto ao Conselho Estadual de Educação realizando reunião para tratar da regulamentação do Ensino de Auxiliar de Enfermagem.

Realizou curso de Liderança para Enfermeiras.

Planejou e apresentou programas para cursos de atualização em Enfermagem e de comunicação para serem executados no 2.º semestre.

A Semana de Enfermagem foi comemorada com entrevista na televisão e imprensa e com um seminário de Administração, planejado e executado pela Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia.

Instituiu Fundo de Bôlsa para estudante do curso de especialização em obstetrícia e Saúde Pública — Cr$ 50 000 mensais. A agraciada devolverá 50% à ABEn quando iniciar o trabalho.

Assinou contrato de promessas de compra da Sede Própria iniciando seu pagamento.

Adquiriu livro de Posse da diretoria e contrôle da freqüência às reuniões da Seção.

A Presidente tomou parte no congresso de Pedagogia.

GUANABARA

Conta com 205 sócios quites dentre os 2 100 enfermeiros do Estado. Diminuiu seu quadro social.

Atendeu às Recomendações 2.ª, 5.ª e 13b do XVII C. B. E. Realizou 11 reuniões ordinárias e 1 extraordinária; cursos de atualização de conhecimentos para enfermeiras, hipinologia aplicada à enfermagem e Noções de Cancerologia; palestras e cursos para colegiais de nível médio e palestras através do rádio e televisão. Participou, com apresentação de trabalhos, dos Congressos de Protologia e Nutrição.

Durante a Semana da Enfermagem, além de reuniões de congraçamento, promoveu uma Mesa Redonda, 2 Painéis e várias palestras nos setôres de penetração da Classe. Promoveu entrevista com o Governador do Estado e recepção na Assembléia Legislativa onde fêz sentir as necessidades e dificuldades encontradas pela classe na área estadual, tendo conseguido aprovação da Campanha Permanente de Divulgação da Enfermagem, com uma verba inicial de Cr$ 10 000 000 (Dez milhões de cruzeiros). Atuou junto a órgãos de âmbito federal a saber: IPASE — Elaboração do Regimento Interno do Órgão Central de Enfermagem, de caráter normativo e coordenador a ser criado na nova estrutura. IAPI — Representação sôbre a Organização de Postos de Saúde Periféricos. SAMDU — Representação com crítica à atual situação dos reviços chamados de enfermagem. Representação de protesto junto a diretória da Petrobrás. Inclusão do problema da criação de Órgão Central de Enfermagem Normativo e Supervisor de todos os Departamentos de Assistência Médica dos IAPS, na agenda do V Congresso Nacional de Servidores Públicos em São Paulo.

Realizou a compra de uma sala para instalação do auditório, tendo já recebido 30 cadeiras, como doação, da Escola de Enfermagem Ana Neri.

Como dificuldades cita o não recebimento das verbas de auxílio. Falta de auditório para reuniões.

MINAS GERAIS

Conta com 252 sócias dentre as 700 enfermeiras do Estado. Teve seu quadro social aumentado. Atendeu aos ítens contidos nas Re-

comendações da Reunião de Presidentes realizada em julho de 1965; encaminhou e divulgou as Recomendações do Congresso e BI. Realizou 6 reuniões da diretoria e 26 assembléias gerais. Tôdas as Comissões realizaram trabalhos de real interêsse para a Seção. Conseguiu, com a cooperação da Comissão de Educação da ABEn, que fôsse revista a estrutura da Escola de Enfermagem da Universidade de Itaúna, colocando uma enfermeira na sua direção. Realizou 3 cursos de Supervisão para enfermeiras; 3 cursos de atualização em imunizações, sendo 1 para auxiliares de enfermagem; 1 curso de antropologia aplicada à enfermagem e 1 curso de enfermagem no lar. Durante a Semana de Enfermagem realizou intenso programa de divulgação e congraçamento. Promoveu conferências em colaboração com o Rotary Club e Paróquias para colegiais em várias cidades do Estado. Inaugurou sede própria, prestando uma homenagem à Irmã Tereza Notarnicola. Organizou vários encontros sociais e culturais. Participou das atividades de planejamento do Govêrno nos assuntos de enfermagem. Trabalhou intensamente na defesa dos interêsses da profissão tendo conseguido reais vantagens econômicas para as enfermeiras do Estado: verba de 5 milhões para compra do auditório da ABEn; isenção de impostos; disponibilidade financeira para 6 enfermeiras comparecerem ao II Congresso de Pedagogia e 8 para o XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem e designação de 1 enfermeira na Assessoria Técnica da Secretaria da Saúde. Deverá conseguir a impressão do manual "Divirta-se aprendendo".

Como problemas da Seção: dificuldade no recebimento de verbas, reorganização da Seção, falta de colaboração de tôdas as sócias para os trabalhos da Associação, organização da Associação Profissional de Classe. Não enviou plano para o ano seguinte. Nã há referências, no relatório enviado, quanto ao Distrito de Juiz de Fora.

SÃO PAULO

Conta com 323 sócios dentre os 1 000 enfermeiros do Estado, tendo diminuido o quadro social. Realizou 10 reuniões de diretoria, 6 reuniões mensais, 3 Assembléias gerais e 2 assembléias extraordinárias. As reuniões tiveram freqüência média de 10%, sendo oferecido lanche após as mesmas. Realizou dois cursos de enfermagem no lar, 2 cursos de atualização de conhecimentos para enfermeiras, 3 cursos de treinamento de atendentes, 1 curso sôbre noções de enfermagem para educadoras sanitárias, 3 cursos sôbre Ética para enfermeiras. A Sub-comissão Educação — Saúde, que promove e realiza cursos patrocinados pela Secretaria de Educação e ABEn, tem levado o nome da enfermagem e da Associação, não só no Estado como fora dêle, entre os professôres primários, sendo a aceitação

dos cursos muito grande. A Seção participou de encontros com autoridades em rádios e TV. Executou amplo programa de divulgação na Semana da Enfermagem pelos jornais, rádios, TVs, vitrines, mesas redondas. Participou do III Salão de Ciências e Aplicações Médicas em colaboração com a ABEn. Colaborou na Semana de Cardiologia fazendo demonstração pública da respiração artificial. A Seção trabalha para a compra da nova sede. Mantém um Boletim Informativo. Contou a Seção com o trabalho efetivo da Comissão de Educação.

Como maiores problemas da Seção: falta de interêsse das autoridades, falta de colaboração das enfermeiras e afastamento dos Distritos dificultando a coordenação dos trabalhos da Seção. Ainda como problema é citado o desconhecimento da profissão por parte dos diretores de programas de TV, jornal e rádio. Apresentou sugestões que poderão ser consideradas como um plano de trabalho para a Seção: campanha de recrutamento — dez novas sócias para cada membro efetivo, com prêmio às que atingirem tal objetivo; levantamento do pessoal de enfermagem no Estado; cursos de atualização para pessoal de enfermagem nos hospitais; programa contínuo de divulgação da profissão e questionário para conhecer o que as enfermeiras esperam da ABEn, para poder atender às suas solicitações. Através da Seção a Johnson & Johnson doou um milhão de cruzeiros para sede de Brasília, em maio de 1966.

SANTA CATARINA

Conta com 30 sócias dentre as 40 enfermeiras do Estado. Ampliou seu quadro social. Realizou 9 reuniões mensais, 1 de diretoria e 4 assembléias gerais. Não contou com o trabalho das Comissões; as transferências de enfermeiras prejudicaram a continuidade dos planos. Promoveu conferências nos colégios e rádios de várias cidades durante a Semana da Enfermagem, programa que movimentou a opinião pública. Colaborou com o SESI e SESC nos cursos de enfermagem do lar. Participou do ensino colegial no curso de Socorros de Urgência e Noções de Puericultura e Higiene Infantil. O Govêrno do Estado recusou colaboração oferecida pela Seção, por ocasião da calamidade pública. Acompanhou de perto o planejamento para criação da Escola de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina que não foi levado a têrmo. Como dificuldades conta com a não participação das sócias às reuniões, trabalho das Comissões e atraso na correspondência. Não apresentou plano para o ano seguinte.

RIO GRANDE DO SUL

Conta com 124 sócias dentre as 250 enfermeiras do Estado. Teve seu quadro social diminuido. Divulgou e encaminhou as Recomendações do Congresso e, seguindo alguns dos seus ítens, colaborou com instituições de saúde na elaboração de regimento interno de serviços de enfermagem. Fêz o histórico da Seção. Realizou cursos de atualização para enfermeiras, auxiliares de enfermagem e atendentes; visitas aos hospitais da capital; organizou o livro de posse da diretoria e freqüência às reuniões; trabalhou junto às enfermeiras quanto ao uso do uniforme completo, incluindo broche de identificação. Realizou 6 reuniões extraordinárias e 30 assembléias. Continua funcionando a coordenação com os Distritos de Santa Maria e Caxias do Sul. As Comissões oferecem bom trabalho, tendo a Comissão Social planejado ampla divulgação da Semana da Enfermagem. A Seção colaborou numa campanha estadual contra a verminose. Como dificuldades relaciona a falta de local para reuniões, tempo para dedicação à ABEn. A Presidente da Seção deixa a Diretoria apresentando plano de trabalho para o ano seguinte.

BRASÍLIA

Conta com 100 sócias dentre as 236 enfermeiras do Distrito Federal. Realizou 4 assembléias gerais, 2 reuniões de Diretoria e três reuniões mensais. Deu grande destaque à programação da Semana da Enfermagem que contou com o prestígio de altas autoridades do País. Realizou cursos de enfermagem no lar e atualização para atendentes. Procurou maior entrosamento com a Escola de Auxiliar de Enfermagem. Não renovou contrato com o IAPI de acôrdo com orientação da diretoria da ABEn. Contou com o trabalho das Comissões. Como dificuldades relaciona a falta de interêsse das enfermeiras pela Associação, falta de residência para enfermeiras. A seção programou 2 jantares, por ocasião dos quais foram prestadas homenagens a Da. Haydée Guanais Dourado e ao Dr. Adroaldo Mesquita da Costa, Consultor Geral da República. Não apresentou plano de trabalho para o ano seguinte.

RIO DE JANEIRO

Enviou 1 relatório semestral e 3 mensais tendo relacionado 4 reuniões mensais em 1965. Nos primeiros meses do ano não fêz solicitação de reunião pelo excesso de trabalho que as enfermeiras realizaram na ocasião das enchentes de janeiro, quando a Seção participou dos trabalhos. Realizou em 1966 4 cursos de enferma-

gem no lar em diferentes cidades do Estado. Instalou a sede própria. Trabalhou para o aumento do quadro de enfermeiras do Estado e conseguiu a nomeação de 70 concursadas. Não apresentou plano de trabalho para o ano seguinte.

RECOMENDAÇÕES DAS SEÇÕES

BRASÍLIA

— Que a presidente intensifique o programa de visitas às Seções.

CEARÁ

— Que a ABEn promova o estudo da Lei Federal n.º 4 950 de 22 de abril de 1966 para pleitear renumeração de horário de trabalho para as enfermeiras, por equidade.

PERNAMBUCO

— Que a ABEn atue junto ao Legislativo para revisão do Projeto 2 661/65 que enquadra os auxiliares de enfermagem apenas das autarquias federais.
— Que a ABEn investigue sôbre o direito dos atuais ocupantes dos cargos de "Assistentes de Enfermagem".
— Que a ABEn trabalhe pela readaptação de duas enfermeiras, aproveitadas como Assistentes de Enfermagem.
— Que a ABEn trabalhe pela restauração do curso de enfermagem de 4 anos.

MINAS GERAIS

— Que as Comissões da ABEn dêm maior assistência às Seções.
— Que a correspondência da ABEn seja mais ràpidamente encaminhada às Seções.
— Que cópia das reuniões de Diretoria sejam enviadas às Seções assim como todo o material de educação e legislação.

RIO GRANDE DO SUL

— Que os Congressos sejam bienais e apenas nos Estados Centrais da União.
— Que seja tentada a liberação das enfermeiras das suas funções oficiais, enquanto nos cargos de Presidente da ABEn e Seções.
— Que as recomendações referentes a Legislação sejam entregues ao Presidente da República, pessoalmente, por uma Comissão Especial.

COMENTÁRIOS SÔBRE SEÇÕES

Nota-se, pelos relatórios, que nem tôdas as Seções levaram em consideração a padronização do roteiro para sua elaboração, condição mínima para que êste relatório seja completo; nem tôdas as Seções realizaram suas reuniões e eleições dentro do que preceitua o Estatuto da ABEn; apenas algumas seções elaboraram planos para o exercício seguinte; nos relatórios ou comunicações não há indicação do período de gestão de cada membro de diretoria o que seria interessante fôsse feita para o futuro; falta às Seções o trabalho das Comissões que dão vida à Associação. Os relatórios apresentados tem um ponto em comum: o desinterêsse das enfermeiras pela Associação, ponto vital a ser cuidado com atenção. A formação da Associação Profissional de Classe deixou de ser ponto central dos relatos das Seções. Outro ponto que merece referência é a não utilização plena da imprensa escrita nas campanhas de divulgação da enfermagem. Quase 50% das Seções não mantém correspondência com a ABEn e 30% delas não enviaram relatório, evidenciando uma falta de coordenação que poderá ser fatal à unidade da Associação. Os motivos deverão ser pesquisados pela Diretoria, que pelo excesso de trabalho no período 65/66, não pôde se deter na sua consideração.

Os relatórios finais devem trazer as informações das Seções para o conhecimento desta Assembléia, ou as devidas reclamações. Em cada Estado a Seção fala e realiza em nome de uma Unidade que é a ABEn; esta sem o princípio da centralização e união perderá o seu sentido. A atual situação está a por em risco a integridade da Associação e deverá ser cuidadosamente estudada neste Congresso.

Apesar da queixa constante quanto ao pouco interêsse das enfermeiras, pela ABEn, nota-se que o trabalho está se avolumando nas Seções e que, se planos não forem estabelecidos a tempo, a desorganização prejudicará o trabalho de retaguarda que está sendo realizado, com ou sem técnica, mas que é válido e tem efeito cumulativo, qual seja o da divulgação da profissão e da própria ABEn.

RECOMENDAÇÕES ÀS DIRETORIAS DAS SEÇÕES

— Que organizem os planos anuais, as agendas de reuniões e Assembléias, atendendo aos preceitos do Estatuto e Regulamento, com ampla divulgação entre as enfermeiras.

— Que não limite a divulgação da enfermagem apenas ao período da Semana de Enfermagem, e que a divulgação seja planejada anualmente por uma Comissão Especial da Seção.

— Que seja organizada uma Comissão de Presidentes, que es-

— Que seja orfanizada uma Comissão de Presidentes, que estude êste relatório e pesquise a opinião das demais Presidentes para apresentar: 1. os problemas e as sugestões relacionadas com a coordenação da ABEn. 2. plano mínimo de trabalho das Seções.

— Que procurem ampliar o quadro Social da ABEn e que planejem as reuniões de forma a satisfazer as necessidades das enfermeiras.

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de fazer, através dêste relatório, os agradecimentos especiais à Direção, à Secretaria e à Mordomia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que foram incansáveis dando tôda a sorte de apoio e ajuda para que a atual Diretoria, com volume bastante grande de trabalho, pudesse realizar os planos estabelecidos.

Agradecemos também à Conferência dos Religiosos do Brasil pela orientação que nos ofereceu e pelo excelente e árduo trabalho realizado pela Irmã Maria Tereza Notarnicola que, em prejuízo das suas atividades naquela sociedade, dedicou-se inteiramente à ABEn.

À colega Dra. Josefa Moreira que iniciou o trabalho para a transmissão de posse da atual sede da ABEn. que não fôra feita desde sua compra, e que também conseguiu a isenção dos impostos, os quais orçariam em mais de um milhão de cruzeiros.

À várias outras entidades e pessoas devemos agradecimentos: Camanpha Nacional Contra a Tuberculose; Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; Escola Nacional de Enfermagem Ana Neri; enfermeiras da Previdência Social do Estado da Guanabara; enfermeiras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; enfermeiras Zaíra Bitencourt, Ruth Teixeira; Wanda Escobar Freddy, Clélia Mainardi, Leda Matos Kober e Olinda Bitencourt; Presidente das Seções Estaduais e particularmente, às Presidentes das Comissões da ABEn agradecemos pela colaboração recebida.

Como Presidente queremos ainda apresentar aos demais membros da Diretoria, àquelas que nos deixam e que a nós se juntam, os melhores agradecimentos.

PLANO DE TRABALHO PARA A DIRETORIA EM 1966/1967

1. Transmissão de posse para a sede da ABEn, no Rio de Janeiro.
2. Finalização dos trabalhos de elaboração do Regulamento da ABEn para aprovação.

3. Completar a documentação da sede da ABEn em Brasília com as plantas desdobradas.
4. Obtenção de direitos de tradução de livros de enfermagem recomendados.
5. Levantamento de recursos financeiros para construção da nossa sede.
6 Publicação de um manual de Física Aplicada à Enfermagem por Lêda Kober, nutricionista da EE São Paulo, em colaboração.
7. Reorganização dos arquivos da ABEn; Congressos, Revistas e Correspondência.
8. Compilação das leis do exercício e de ensino dos profissionais de enfermagem no País.
9. Organização de uma campanha de divulgação da ABEn nos centros onde há enfermeiras, com a colaboração das Seções.

O DESENVOLVIMENTO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO PAÍS § RELATÓRIO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E ESTUDOS DA ABEn

Amália Corrêa de Carvalho *

Considerações Preliminares

Os resultados dos últimos estudos desta Comissão têm constituído motivo de satisfação para os que se preocupam com as condições do ensino de enfermagem no País. Os problemas que afligem tanto os profissionais como os que dependem do trabalho dêsses profissionais, ainda que continuem cruciantes e graves, parecem evoluir para uma situação mais otimista, de desenvolvimento e perspectivas de progresso.

De ano para ano vimos notando um aumento no número de matrículas nas escolas; ainda que pequeno e muito inferior às nossas necessidades, êsse aumento é significativo e contradiz aos que acreditavam que a exigência do curso secundário completo viria diminuir a procura do curso de enfermagem, uma vez que os candidatos a estudos superiores preferem as profissões mais conhecidas e já tradicionalmente melhor consideradas.

Em 5 anos de vigência das novas disposições, quase atingimos o mesmo número de matrículas de anos anteriores. Assim, 1961 foi o último ano em que foi permitida a inscrição de candidatos com apenas o 1.º ciclo secundário e houve 598 matrículas no 1.º ano; no ano em curso foram efetuadas 520 matrículas nessa mesma série, um pouco menos do que em 1961 e um pouco (88) mais do que em 1965.

Os **cursos de graduação em obstetrícia e enfermagem de saúde pública** também apresentam boas perspectivas. De obstetrícia, por exemplo, existiam apenas 7 cursos no País, alguns com funcionamento irregular, intermitente. Em 1966 foram criados 2 novos cursos e 2 dos antigos, que de há muito não abriam matrículas, reiniciaram suas atividades, se bem que com número limitado de alunas.

---

* Presidente da Comissão de Documentação e Estudos.

Nota: Êste relatório foi revisto e completado após sua apresentação no XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, de Belém, PA.

Em 1965 funcionou apenas um curso de graduação em enfermagem em saúde pública. Em 1966 mais 6 escolas de enfermagem abriram matrículas para êsse curso, funcionando, atualmente, 5 dêles.

Os **cursos de auxiliares de enfermagem** continuam em franco desenvolvimento, alguns ainda em fase de adaptação às modificações introduzidas pelas recentes disposições legais. Foram criados mais 3 cursos e 3 dos antigos estão temporàriamente interrompidos. Continua a haver, de ano para ano, pequeno aumento nas matrículas, acompanhado de sensível melhora na escolaridade dos candidatos. Dos cursos em funcionamento, 17 exigem, ou vão exigir a partir de 1967, o certificado de conclusão da 2.ª série ginasial como requisito de entrada. Está havendo, também aumento gradual no número de rapazes que procuram êsses cursos.

Em 1966 termina o prazo para as escolas ou cursos de auxiliar de enfermagem optarem pelos sistemas federal ou estadual de ensino. No questionário da Comissão de Documentação e Estudos, ao ítem sôbre essa opção, responderam 56 instituições das quais 9 esclareceram pertencer já definitivamente ao sistema estadual.

O número de escolas ou cursos que recebem 2 turmas por ano está diminuindo, tendo baixado de 11 em 1965, para 5 em 1966.

Devemos registrar ainda a criação de **4 colégios técnicos,** 3 dos quais ligados a escolas de enfermagem, com uma matrícula total de 74 alunos em 1966; o 4.º foi criado junto a uma escola de auxiliar de enfermagem e informou ter recebido 20 alunos na sua 1.ª turma.

Com relação aos **cursos de pós-graduação** houve, também, progressos importantes. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo consolidou o regime de estudos parcelados ampliando, dessa maneira, o corpo discente; oferece, ao mesmo tempo, maiores oportunidades aos profissionais de São Paulo que não teriam condições de completarem o curso em outras circunstâncias. O número de enfermeiros matriculados em 1966 nos dois cursos mantidos por essa escola (Administração e Pedagogia e Didática aplicadas à Enfermagem) foi o mais alto que já se conseguiu (88 alunos), constituindo quase o dôbro do verificado no ano anterior.

Além disso, as Escolas Ana Neri, Luiza da Marillac e Raquel Haddock Lôbo, na Guanabara, iniciaram também cursos de pós-graduação em Administração e Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem, ampliando as perspectivas de mais rápido aperfeiçoamento do pessoal docente e de serviço.

Mas não termina aí o interêsse pelo aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem. Diversas escolas programaram e desenvolveram, durante 1965, cursos rápidos de extensão universitária ou

de atualização de conhecimentos em diversas áreas da enfermagem, incluindo higiene mental, oxigenoterapia, radioterapia, ciências sociais e supervisão.

Como disemos no início, as perspectivas para o futuro da enfermagem são boas. Nota-se entre os enfermeiros uma preocupação constante pelo próprio aperfeiçoamento, como prova o número sempre crescente de candidatos aos cursos de pós-graduação e de especialização. Do mesmo modo, as escolas de enfermagem estão procurando melhorar seu programa de ensino e essa é uma das razões pelas quais algumas têm deixado de abrir matrículas durante um certo período de tempo a fim de preparar melhor o corpo docente antes de prosseguir com a formação de novos profissionais. Em 1966, das 33 escolas em funcionamento no País, 4 não receberam alunos no 1.º ano.

Para finalizar essas considerações, informamos aos distintos membros da ABEn que esta Comissão ainda não conseguiu motivar tôdas as escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem no sentido de responderem, com presteza e exatidão, ao seu questionário. Das Escolas de Enfermagem, recebemos tôdas as informações solicitadas, ainda que com grande atraso por parte de algumas delas. O mesmo não sucedeu porém com as escolas ou cursos de auxiliar de enfermagem, dos quais 6 não enviaram quaisquer dos informes pedidos. Certas de que a falha é nossa e não das escolas, aguardamos sugestões para modificar o sistema de questionário ou de correspondência, a fim de facilitar o trabalho das sras. diretoras ou secretárias. O momento é oportuno para mudanças, uma vez que houve modificação na estrutura da Comissão; merecemos a confiança dos membros da ABEn e fomos eleita coordenadora dessa mesma comissão. Esperamos agora a máxima cooperação de todos para que possamos ampliar nossos objetivos e melhorar nosso trabalho.

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

I — CURSOS DE GRADUAÇÃO

A — Curso Geral de Enfermagem

Continuam em funcionamento as 33 escolas já registradas em 1964, sendo 19 particulares e 14 governamentais. Não houve modificação na sua situação dentro do sistema educacional superior do País: existem 7 escolas integrantes de universidades (4 federais e 3 estaduais); 10 escolas agregadas a universidades (8 a universidades particulares e 2 a universidades federais); 3 escolas anexas a faculdades de medicina e 13 estabelcimentos isolados de ensino superior.

1. **Expedição de Diplomas:** — Em 1965 foram expedidos 267 diplomas pelas 29 escolas que mantiveram a última série, sendo 259 moças e 8 rapazes; foi de 9,2 a média de formaturas por escola, tendo havido um decréscimo em relação ao ano de 1964 que apresentou cêrca de 13 enfermeiros por escola. De 1955 a 1965, num período portanto de 11 anos, formaram-se 4 186 profissionais, 380 em média por ano.

Somando-se os resultados obtidos nos anos anteriores verificamos que o número de enfermeiros existentes sob a 7 968. Descontados os 20% de perdas possíveis para a profissão, estima-se em cêrca de 6 300 os enfermeiros em atividade no momento.

2. **Desistências durante o Curso:** — Houve um total de 93 desistências durante o ano de 1965 nas 33 escolas que enviaram a informação; a maioria (74) no 1.º ano, constituindo 79,5% do total geral. Uma possível explicação para tal fato é a facilidade dos estudantes prestarem os exames vestibulares em diversas faculdades, serem aprovados em 2 ou mais e após matrícula na escola de enfermagem optarem por uma das escolas já tradicionalmente mais conhecidas e consideradas do que as de enfermagem. Outros motivos encontrados foram: casamento (17), doença (15), insatisfação com o curso (15), além de reprovações, problemas pessoais e transferências para outra escola. As transferências (14) não significam realmente perda para a profissão, motivo pelo qual não foram computadas no total geral.

Se tomarmos em conta os 944 alunos matriculados em 1965, teremos uma porcentagem de desistências de 9,9% nesse ano, um pouco superior à verificada em 1964 (9%).

3. **Matrículas em 1966:** — De acôrdo com a informação recebida das 33 escolas, em 1966 havia 879 vagas nos 1.ºs anos, 754 nos 2.ºs anos e 749 nos 3.ºs anos, somando um total de 2.382 vagas, inferior ao total encontrado em 1965, que foi de 2.535. Em 1966 foram matriculados 1.145 alunos nos 33 cursos existentes, 35 em média por escola e assim distribuidos, de acôrdo com a série: 1.º ano: 524, sendo que dêsse total 37 eram rapazes; 2.º ano: 334, incluindo 11 rapazes; 3.º ano: 280, incluindo 12 rapazes; 4.º ano: 7. Sòmente 2 escolas mantêm o 4.º ano do curso geral, uma com 6 alunas e outra com apenas uma, provàvelmente para terminar os dois grupos no regime antigo, quando o curso tinha a duração de 4 anos.

Se compararmos os dados de 1966 com os de 1965 veremos que houve um ligeiro aumento nas matrículas em 1966, respectivamente de quase 21% (20,4%) no 1.º ano, de 22,8% no 2.º e de 37,1% no 3.º ano. O decréscimo que houve no número de matrículas no 4.º ano do curso geral constitui fenômeno natural uma vez que esta série foi transformada em 4.º ano de obstetrícia ou de enfermagem de saúde pública. Houve, em 1966, ainda assim, um aumento de 16,9% no total geral de matrículas em relação a 1965.

Está havendo uma sensível melhora na procura da profissão pelo elemento masculino. Em 1.145 estudantes, 60 são rapazes (5,3% do total) e as matrículas em 1966 no 1.º ano apresentam 7,1% de rapazes, índice talvez dos mais altos já alcançados pela enfermagem brasileira.

O quadro I apresenta o número de vagas e o número de candidatos inscritos aos exames vestibulares, número dos aprovados e ma-

QUADRO I

Número de vagas, de candidatos inscritos, dos aprovados e dos matriculados no 1.º ano, de 1962 a 1966 e a relação entre os dados de 1965 e 1966

ESPECIFICAÇAO	1962	1963	1964	1965	1966	Relação entre 1965 e 1966
Vagas no 1.º ano	843	803	877	797	879	Aumento de 10,2% em 1966
Inscritos ao Vestibul.	325	424	504	680	699	Aumento de 2,8% em 1966
Aprovados	183	249	320	369	496	Aumento de 34,4% em 1966
Matricul. no 1.º ano	211	282	367	432	524	Aumento de 21,3% em 1966

triculados no 1.º ano das escolas de enfermagem, de 1962 a 1966, comparando os dados de 1965 com os de 1966.

Comparando êsses dados podemos verificar que o número de candidatos inscritos aos vestibulares de 1965 e 1966 foi quase o mesmo, tendo havido, proporcionalmente, muito maior número de reprovações em 1965 do que em 1966.

B — Curso de Obstetrícia (4.º Ano)

Oito escolas de enfermagem informaram que mantêm vagas no 4.º ano de obstetrícia: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (15); Escola de Enfermagem Ana Neri (12); Escola de Enfermagem Raquel H. Lobo (20); Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (20); Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo (15); Faculdade de Enfermagem "Madre M. Teodora" (10); Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (20) e Escola de Enfermagem "Madre Ana Moeller" (10). A Escola de Enfermagem "Carlos Chagas" mantém o curso mas não informou o número de vagas tendo, entretanto, matriculado 4 alunas em 1966.

1. **Matrículas em 1966:** — Das 122 vagas acima citadas, apenas 38 foram preenchidas nas 6 escolas que receberam enfermeiras para o 4.º ano de obstetrícia em 1966. Houve um ligeiro aumento em relação a 1965 em que funcionaram 5 cursos com a matrícula total de 32 alunas.

2. **Diplomas conferidos em 1965:** — As 5 escolas que mantiveram o curso nesse ano diplomaram 29 enfermeiras obstétricas.

C — Curso de Enfermagem de Saúde Pública (4.º Ano)

Sete escolas informaram que mantêm vagas no 4.º ano de enfermagem de saúde pública: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (25); Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (15); Escola de Enfermagem "Ana Neri" (12); Escola de Enfermagem "Raquel H. Lobo" (20); Escola de Enfermagem "Carlos Chagas" (8); Escola de Enfermagem "Hermantina Beraldo" (22) e Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo (20), num total de 122 vagas.

1. **Matrículas em 1966:** — Foram matriculados 45 enfermeiros em 5 das 7 escolas acima citadas, sendo 44 moças e um rapaz. Êsse número representa realmente uma esperança para as instituições

de saúde pública do País, em geral carentes do pessoal com preparo adequado para as funções que deve desempenhar.

2. **Diplomas conferidos em 1965:** — De acôrdo com as informações recebidas, em 1965 funcionou apenas o curso da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo que diplomou 7 enfermeiras de saúde pública.

II — ESCOLAS OU CURSOS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Existem no País 76 escolas ou cursos de auxiliar de enfermagem, dos quais 3 estão com suas atividades interrompidas temporàriamente. Das 33 escolas de enfermagem em funcionamento apenas 5 não mantêm o curso de auxiliar de enfermagem; e as 6 que interromperam as atividades do curso superior continuam preparando pessoal auxiliar.

Êste relatório contém dados referentes a 68 das 73 escolas ou cursos em funcionamento porque as 5 restantes não forneceram as informações solicitadas.

1. **Expedição de Certificados:** — Em 1965 foram expedidos 1.376 certificados, dos quais 76 para rapazes. Houve um pequeno aumento em relação a 1964 como, aliás, tem acontecido todos os anos. Infelizmente, porém, o número de rapazes que se formam anualmente não tem aumentado de maneira significativa. Seria interessante que as escolas fizessem um estudo a fim de determinar as razões pelas quais os cursos de auxiliar de enfermagem não atraem o elemento do sexo masculino.

Somando-se os resultados obtidos nos anos anteriores verificamos que o número de auxiliares de enfermagem, formados até o presente, sobe a 11.140.

2. **Desistências em 1965:** — O número total de desistências do curso em 1965 foi de 436 para as duas séries, tendo havido maior porcentagem no 1.º ano. Se considerarmos que o total de matrículas nêsse ano foi de 2.353, houve realmente 18,5% de desistências, porcentagem um pouco superior à verificada em 1964, que foi de cêrca de 14%.

3. **Matrículas em 1966:** — Apenas 68 escolas ou cursos enviaram informações sôbre as matrículas no 1.º ano em 1966. Dessas, 9 não abriram inscrições ao 1.º ano no 1.º semestre, sendo possível que algumas o façam durante o 2.º semestre. As 59 escolas que abriram inscrição ao 1.º ano somam um total de 1.562 novas ma-

tríçulas no 1.º semestre de 1966, número êsse superior ao verificado em igual época de 1965, que alcançou apenas 1 226.

No 2.º semestre de 1965 houve mais 174 novas matrículas; por essa razão o quadro II, referente a matrículas e escolaridade dos alunos, apresentará diferenças em relação aos dados dêsse ano.

Fato um tanto auspicioso foi o aumento no número de rapazes matriculados em 1966, que subiu a 156, constituindo 9,9% do total de alunos do 1.º ano, porcentagem um pouco superior à verificada em 1965, que foi de 8,5%.

QUADRO II

Alunos matriculados nas 1.ªs séries do curso de auxiliar de enfermagem de 1961 a 1966 (*), de acôrdo com a respectiva escolaridade.

ALUNOS:	1961		1962		1963		1964		1965		1966*	
gráu de escolaridade	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
com o curso primário	1204	81,1	1232	67,9	1388	72,0	1229	67,5	745	52,3	624	39,9
com o 1.º ano ginasial	71	4,8	143	7,9	138	7,2	144	7,9	182	12,8	160	10,3
com o 2.º ano ginasial	61	4,1	108	6,0	106	5,4	131	7,2	166	11,7	269	17,2
com o 3.º ano ginasial	40	2,7	88	4,8	65	3,3	93	5,1	67	4,7	129	8,3
com o ginasial completo ou mais	108	7,3	244	13,4	236	12,1	224	12,3	264	18,5	380	24,3
TOTAL	1484	100,0	1815	100,0	1933	100,0	1821	100,0	1424	100,0	1562	100,0

(*) Os dados de 1966 referem-se apenas às matrículas do 1.º semestre em 59 escolas ou cursos.

O exame do quadro II demonstra a modificação que gradualmente vem se operando no tipo de candidatos aos cursos de auxiliar de enfermagem. Em 1961 a maioria (81,1%) era constituída por pessoas com apenas o curso primário; em 1966 a maioria (60,1%) possui, pelo menos, o certificado de conclusão da 1.ª série ginasial ou equivalente; dêsses, 24,3% concluiram já o 1.º ciclo, sendo que alguns possuem ainda um ou mais anos de estudos posteriores ao 1.º ciclo. Elevou-se também o número de candidatos que apresentaram o certificado de conclusão da 2.ª série ginasial, tendo atingido o índice mais elevado já verificado nesses últimos 6 anos, de 17,2%. Quase a metade (49,8%) dos alunos matriculados no 1.º semestre de 1966 possuem escolaridade correspondente às 3.ª ou 4.ª séries ginasiais.

III — CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

A Faculdade de Enfermagem "São Vicente de Paulo", de Goiânia, e as Escolas "Ana Neri" e "Luiza de Marillac", do Rio de Janeiro, deram início aos respectivos Colégios Técnicos de Enfermagem; a Escola de Auxiliar de Enfermagem "Catarina Labouré" de Curitiba criou também o Colégio Técnico, tendo êsses 4 cursos iniciado suas atividades em 1966 com um total de 94 alunos.

IV — CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Desde que o Conselho Federal de Educação, através dos pareceres n.ºs 977/65, 82/65 e 161/65 (Doc. 44 e 52) definiu os diversos tipos de cursos que podem ser oferecidos após a graduação, apresentaremos aqui as informações enviadas pelas escolas já com a nomenclatura atualizada. Assim é que vamos considerar como cursos de pós-graduação apenas os "sistemàticamente organizados, visando desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação e conduzindo à obtenção de grau acadêmico", com a duração mínima de 1 ano. Se bem que os cursos existentes ainda não se enquadrem completamente nessa categoria, haverá sempre a perspectiva de atingirem êsse padrão mais cedo ou mais tarde.

A — Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem

Existem dois cursos em funcionamento no país:

1. da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, já no seu 8.º ano de existência; pode ser feito em um ano de trabalho intensivo ou parceladamente, em 2 ou 3 anos. Até o presente

foram expedidos 131 certificados, cêrca de 19 em média por ano, para enfermeiros nacionais e estrangeiros. Em 1966 foram matriculadas 43 enfermeiras, sendo que 13 em regime de tempo parcelado. Duração do curso: 10 meses letivos.

2. das Escolas "Ana Neri" e "Luiza de Marillac", iniciado pela primeira escola em 1964 com a duração de apenas 4 meses e atualmente mantido pelas duas escolas por fôrça de convênio. Receberam certificados nêsse curso um total de 46 enfermeiros, sendo 24 em 1964 (curso de 4 meses) e 22 em 1965 (curso de 8 meses letivos). A matrícula em 1966 foi de 20 alunas.

B — Administração aplicada à Enfermagem

Recebemos dados sôbre 3 cursos:

1. Da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o mais antigo, vem funcionando desde 1959, tendo já expedido 119 certificados, 17 em média por ano. A duração do curso é de 10 meses letivos. Em 1966 foram matriculados 44 enfermeiros, 14 dos quais em regime parcelado;

2. Das escolas "Ana Neri" e "Luiza Marillac", de 8 meses letivos de duração, iniciado em 1966 com 6 alunos, sendo 2 em regime parcelado;

3. A Escola "Raquel H. Lobo" informou ter dado em 1965 um curso de Administração aplicada à Enfermagem com a duração de 9 meses e com uma matrícula de 244 enfermeiros dos quais 152 receberam o certificado. Não houve matrículas em 1966 e não podemos informar se o curso de 1965 foi em regime parcelado ou de trabalhos intensivos.

C — Administração de Ensino de Enfermagem

O único curso existente, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo não está funcionando desde 1964.

D — Enfermagem de Saúde Pública

Existem 2 cursos no país, um dos quais interrompido temporàriamente:

1. Curso Básico de Saúde Pública para Enfermeiros, da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Funciona desde 1960, tendo expedido até a presente data 119 certificados. O grupo matriculado em 1965 terminou o curso em fevereiro de 1966, quando 28 enfermeiros receberam certificado de conclusão do curso.

2. Curso de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Funcionou de 1959 a 1961, tendo expedido um total de 25 certificados nos 3 anos. É provável que suas atividades sejam reiniciadas em 1967.

V — OUTROS CURSOS

Em 1965 diversas Escolas de Enfermagem mantiveram cursos rápidos de aperfeiçoamento e de extensão, com duração e regime variados, como segue:

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco

1. Curso de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem, com 24 horas de aula e 15 horas de estágio. Inscrição: 18 enfermeiros.

2. Curso de Administração aplicada à Enfermagem, com 32 horas de aula e 40 horas de estágio. Inscrição: 16 enfermeiros.

Escola de Enfermagem "Alfredo Pinto', Rio

1. Curso de Administração, com 90 horas de aula. Inscrição: 35 alunos.

2. Curso de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 1 mês de duração, com 84 horas de aula. Inscrição: 17 alunos.

Escola de Enfermagem "São Vicente de Paulo", de Fortaleza

1. Curso de extensão universitária sôbre Supervisão e Ensino, com 122 horas de aula e 128 horas de estágio. Inscrição: 22 alunos.

Escola de Enfermagem "São Francisco de Assis", de São Luis

1. Curso de aperfeiçoamento em Administração de Unidade de Enfermagem, com 168 horas de aula. Inscrição: 17 alunos.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

1. Seminário de Administração em Serviço de Enfermagem, com 60 horas de duração.

Faculdade de Enfermagem "São Vicente de Paulo", de Goiânia

1. Curso de Higiene mental, com 40 horas. Inscrição: 50 alunos.

Escola de Enfermagem "Raquel H. Lobo", Rio

1. Curso de Enfermagem em radioterapia, com a duração de 2 meses. Inscrição: 11 alunos.

Em 1964 esta Escola ofereceu cursos de atualização em Oxigenoterapia e em Ciências Sociais, com a duração respectiva de 2,5 e 4 meses.

CONCLUSÃO — Ao terminar êste relatório queremos apresentar sinceros agradecimentos a tôdas as que auxiliaram a Comissão de Documentação e Estudos da ABEn, quer facilitando a obtenção de dados, quer ajudando com trabalhos de secretaria e datilografia. Esperamos continuar merecendo o mesmo apoio de sempre da parte das escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. A divulgação dêstes dados beneficia a todos os membros da ABEn, especialmente as entidades mantenedoras de escolas, diretoras, professôras e alunos, uma vez que o plano de distribuição de verbas do Fundo Nacional do Ensino Superior foi feito e executado, em 1965 e 1966, de acôrdo com as informações apresentadas por esta Comissão. Chamamos a atenção de todos para êsse fato justamente a fim de ressaltar mais uma vez a importância de informações exatas e completas quando da resposta ao questionário.

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO *

Relatório das atividades de 20 de julho de 1965 a 15 de junho de 1966

As atividades desta Comissão iniciaram-se na semana de 18 a 20 de julho de 1965. Neste período de quase um ano procuramos cumprir as recomendações do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem e do II Congresso de Pedagogia e Didática aplicada. Problemas sôbre a educação de Enfermagem, surgidos durante êste período, bem como o estudo de assuntos relacionados à melhoria do ensino, mereceram nossa maior atenção.

I — No que se refere ao Curso de Graduação de Enfermagem

Na reunião efetuada em 21 de julho, as diretoras discutiram a questão da carga horária, fixada pela portaria ministerial n.º 519/65, especialmente no que afetava o cômputo dos estágios ou seja, apenas 10% do total de 2.430 horas fixado para o curso. Foram então as diretoras alertadas sôbre a necessidade imperiosa do registro do ensino clínico e de outros tipos de atividades didáticas para que não fôssem estas horas consideradas como estágio supervisionado.

De reunião de diretoras, realizada durante o II Congresso de Pedagogia, resultou uma recomendação ao referido Congresso, no sentido de ser encaminhado ao Ministério da Educação e Cultura solicitação de verba destinada a:

1) campanha nacional de esclarecimento do público sôbre a dignidade da enfermagem, para fins de recrutamento de candidatos; e

2) bôlsas de estudos para estudante.

Em memorial dirigido ao Ministério de Educação e Cultura, a Comissão fêz solicitação. Ignoramos se êste pedido contribuiu ou não para a obtenção de auxílios financeiros pelo Plano de Aplicação do Fundo Nacional de Ensino Superior, uma vez que o Diretor da

---

* Glete de Alcântara, presidente.

DESu já designara uma Comissão Especial para estudar o assunto. O fato é que em 1965 as escolas de Enfermagem foram contempladas com dotação do MEC destinada a bôlsas de estudos, à aquisição de material e equipamento e ao atendimento de outras necessidades.

O problema de restauração do 4.º ano do curso de graduação, que tem levado tantas vêzes a Comissão a dirigir-se ao Conselho Federal de Educação, foi assunto tratado novamente na reunião de diretoras no Rio de Janeiro, em 5 de janeiro. Tendo em vista a classificação de enfermeiras entre as profissionais do curso de formação de 4 anos, pelo decreto n.º 57.180 de 8 de novembro de 1965, as diretoras concordaram no envio de memorial ao C.F.E. solicitando revisão do currículo mínimo para que êste ficasse constituído por:

a) um tronco comum de três anos;
b) um 4.º ano diversificado para:
   I — conclusão do curso de Enfermagem; e
   II — formação de enfermeira obstétrica ou obstetriz.

Nas sugestões apresentadas, a Comissão procurou não alterar muito o conteúdo da Resolução decorrente do Parecer 271/62, a fim de conseguir atendimento ao pedido.

Nessa mesma reunião, a Coordenadora desta Comissão reiterou o apêlo às diretoras para que estimulassem os membros do corpo docente de suas escolas para os estudos de pós-graduação, fator essencial para a elevação do nível de ensino da enfermagem. Outrossim, solicitou às diretoras para que se esforçassem no sentido de obter bôlsas de estudos que permitissem a realização dêsses cursos.

Em face da homologação do Parecer 182/66, do Conselho Estadual de Minas Gerais, que autorizou o funcionamento da Escola de Enfermagem da Universidade de Itaúna — com um currículo inadequado e um corpo docente constituído por médicos — a Comissão enviou memorial ao referido Conselho protestando enèrgicamente contra a estruturação didática do curso e a indicação dos professôres.

Parece-nos que o documento obteve os resultados almejados, porquanto o nôvo estabelecimento de ensino, sob a direção de um médico, com inscrições abertas para o concurso de habilitação, não iniciou êste ano suas atividades didáticas.

II — Com referência ao Curso de Enfermagem de nível colegial

A Comissão encaminhou ao C.F.E. pedido para a regulamentação dêste curso no Sistema Federal de ensino. Justificou a solicita-

ção à vista de falhas graves contidas nas resoluções de Conselhos Estaduais de Educação que estruturaram o currículo dos cursos técnicos e organizaram seu corpo docente. No ofício que acompanhou o documento em aprêço, a Comissão de Educação pôs seus serviços à disposição do C.F.E.

Êstes cursos acham-se regulamentados nos Estados de Pernambuco, Guanabara e Paraná e em vias de regulamentação em São Paulo e Rio Grande do Sul.

III — Estudo sôbre admissão de candidatos nos cursos de graduação

Êste ano foi iniciado um trabalho de investigação sôbre o tipo de instrução dos jovens que procuram os cursos de graduação e sôbre o processo de seleção utilizado pelas escolas. Questionários elaborados para a coleta de dados foram distribuídos a tôdas as escolas, com prazo fixado para sua devolução. Êste expirou em 15 de março do corrente e apenas 50% dos mesmos foram recebidos. Dada a importância de seus resultados para a orientação de uma campanha de recrutamento, de âmbito nacional e para elaboração de normas gerais de seleção de candidatos, é realmente lamentável que o estudo não possa contar com a colaboração de tôdas as escolas.

IV — Simpósios sôbre ensino de enfermagem

Tendo sido indicada pela Diretoria da ABEn para a coordenação do programa do XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, resolvemos nêle incluir três simpósios, para o estudo e discussão dos problemas relacionados ao ensino das ciências humanas, da enfermagem de saúde pública em nível de graduação e pós-graduação e ao método de instrução programada, êste último considerado por muitos educadores como revolução pedagógica.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO *

O presente relatório refere-se ao período de 16 de julho de 1965 a 9 de julho de 1966

1. A Comissão

Funcionou sob a presidência de membro residente em Brasília. Regeu-se pelo Regimento da ABEn e pelas normas suplementares, aprovadas pela Presidente da ABEn em 1962. Foram reconvidados os quinze membros que faziam parte da Comissão no ano anterior. Houve boa articulação da Presidente da ABEn com a Presidente da Comissão. Não houve reunião alguma da Comissão. Coordenaram-se entre si a Presidente e quase todos os membros a quem foi solicitado serviço. Várias sócias da ABEn escreveram-nos pedindo esclarecimentos e pareceres ou providências.

O plano de trabalho e o orçamento foram enviados à Presidente e devidamente aprovados.

2. Trabalhos decorrentes das Recomendações do 17.º Congresso Brasileiro de Enfermagem:

2.1 Recomendação 4 do 17.º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Ensino de enfermagem em nível médio.

A Diretoria do Ensino Secundário, órgão coordenador do ensino de auxiliares de enfermagem tem por norma escrita que as disciplinas de enfermagem sejam lecionadas por enfermeiros (Portaria Ministerial 106/1965). Auxiliamos à DESec. no cumprimento do Parecer 106 a êsse respeito.

Os Pareceres do CFE. confirmam êsse princípio.

2. A Recomendação n.º 2c, "que estuda a revisão da lei do exercício profissional com o fim de evitar dificuldade na composição e atribuições da equipe de enfermagem" e as de n.ºs 5a, "que defende a prerrogativa de fazer e subscrever o plano de cuidado de

---

* Haydée Guanais Dourado, presidente

enfermagem de paciente hospitalizado ùnicamente da competência dos enfermeiros", e **5b**, "de que isto conste de lei" não foram por nós cumpridas ainda por não ter havido até aqui a oportunidade de as cumprir.

3. **Trabalhos realizados em continuação.** O feliz desfecho que se consubstanciou no Decreto n.º 57 180, de 10 de novembro de 1965, D. O. de 11 de novembro de 1965, do Presidente da República, que deu aos enfermeiros categoria no grupo II, de profissionais com curso de duração de quatro anos, foi o coroamento de 16 meses de esfôrço e ação contínuos. Como se recorda, houve onze processos em que se solicitava essa providência. Registramos agradecimentos da Presidente da ABEn e das Presidentes de várias Seções.

3.1 Duração e Modalidades do Curso Superior de Enfermagem

É matéria que, elaborada pela Comissão de Educação, recebe no momento ajuda dessa Comissão no **modus faciendi** de converter-se em Parecer do C.F.E. Deseja o Conselho Federal de Educação receber propostas de alteração de durações sòmente em têrmos de carga horária.

3.2 Curso médio da Enfermagem do ciclo colegial

Igualmente é matéria em que o primeiro trabalho é da Comissão de Educação. Entretanto, uma vez que tal curso já é dado em mais de um lugar, e diante do bom êxito conseguido pela Escola Ana Neri na aprovação do Parecer 171/66 do C.F.E., a C.L. está ativa nos trabalhos seguintes: esfôrço para ser aceita a denominação de Técnico de Enfermagem proposta pela ABEn de suas funções, a constarem de atos normativos futuros.

3.3 Há o problema dos atendentes, que são em grande número e não estão, em geral, recebendo formação em curso regular de auxiliar de enfermagem; não vão poder fazer o exame de prático de enfermagem em virtude do veto, a 23-3-1966, do Presidente da República a projeto que revigorava o Decreto lei n.º 8.778, de 1946. Registramos o ponto de vista de líderes de enfermagem nos serviços: "ou as diretoras das escolas de auxiliares de enfermagem, depois de estudo criterioso se decidem a dar encaminhamento para solução do problema, ou teremos os serviços de saúde do país nessa terrível condição de enfermagem dada por 70% de atendentes e só 30% de pessoal registrado".

3.4 "A duração normal do trabalho para profissionais de enfermagem será de seis horas, sòmente sendo admitida prorrogação nos têrmos e condições da legislação vigente." (Projeto do Senado n.º 35 de 1965 em tramitação da Câmara) Nada foi feito sôbre **salário profissionais.** Proporemos nas recomendações um nível salarial.

3.5 Outros pequenos trabalhos foram feitos, sem que haja algo digno de relato sôbre êles.

C O N C L U S Õ E S

A enfermagem nacional, quanto à legislação, fêz progresso no ano de 1966. Sem dúvida o status do enfermeiro está mais elevado.

Lutam os auxiliares de enfermagem pela sua classificação nos níveis 13 e 15 da Lei n.º 3.789, de 1960, tendo nisto todo o apoio desta Comissão. Há outra aspiração dos auxiliares de enfermagem que é a de todos os atuais passarem para a categoria nova, dos que se diplomarão no curso médio de enfermagem de nível colegial. Os atendentes, em exercício de enfermagem, desejam e merecem providências eficazes que a ABEn tem o poder de tomar.

R E C O M E N D A Ç Õ E S :

1. **A Comissão de Assistência de Enfermagem:** que

a) realize um seminário sôbre saúde escolar, com participação de médicos sanitaristas;

b) dê assessoria ao Conselho Federal de Educação para a regulamentação dos arts. 90 e 91 da Lei de Diretrizes e Bases.

2. A ABEn, que seja submetido, por comissão especial, à Diretoria da ABEn — e esta com podêres para aprovação — um estudo de funções do profissional a ser diplomado em curso médio de enfermagem de nível colegial;

3. que envie memorial às autoridades legislativas que estiverem examinando o assunto, no sentido de ser considerado o ponto de vista da classe, isto é:

a) todos os **auxiliares de enfermagem,** formados segundo a Lei 775 de 1949 passem a ter enquadramento como auxiliares de enfermagem, nos melhores níveis possíveis. Ao vagarem, tais cargos de-

vem ser extintos e, ao mesmo tempo, aumentado o número dos cargos de técnico de enfermagem;

b) que seja assegurado, aos auxiliares de enfermagem portadores de licença ginasial, apostilar no MEC seu título com a designação e os direitos de técnico de enfermagem, sem validade colegial.

4) À Comissão de Legislação que promova legislação no sentido de o salário profissional do enfermeiro contratado ser equivalente a 5 1/2 vêzes o salário mínimo da região.

RELATÓRIO DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM *

Difícil, senão impossível para nós, substituir Marina de Andrade Resende como editor da ABEn. Seu entusiasmo e sua grande dedicação pelo nosso órgão oficial de divulgação, a facilidade com que passava para o papel suas idéias e sua cultura, sua capacidade de trabalho intenso sem demonstração de fadiga ou desânimo e sua capacidade de dar-se inteiramente às tarefas que empreendia, são qualidades nem sempre fáceis de serem encontradas numa só pessoa e, em Marina, reconhecidas e louvadas pelas suas colegas.

Superestimando nossa capacidade de trabalho aceitamos o encargo movida, talvez, pela surprêsa do inesperado convite.

Como membro da ABEn e como amiga e admiradora de Marina, vimo-nos compelida a não negar esta colaboração, consciente embora de nossas próprias limitações. Com esta disposição iniciamos nosso trabalho em junho de 1965.

1. PLANO DE TRABALHO

1.1 A inexperiência nesse campo de atividade e a falta de maior entrosamento com a gerência, motivado pelas distâncias, dificultaram a apresentação de um plano de trabalho para 1965/1966, limitando-nos então, apenas, a prosseguir na seleção e envio de artigos para publicação.

1.2 Houve e continua havendo falhas, tanto na periodicidade das publicações como na distribuição da Revista. Basta citar o fato de estarmos em junho de 1966 e termos recebido apenas os n.os 1, 2-3 e 4 de 1965. Estão atrasados os n.os 5 e 6 de 65, 1 e 2-3 de 66.

Os motivos desta falha constarão do relatório da 2.ª tesoureira, Ir. Maria Tereza Notarnicola.

2. CORRESPONDÊNCIA

Procurando manter o ritmo das publicações, enviamos as seguintes cartas circulares:

---

* Anayde Corrêa de Carvalho, Editor.

2.1 Às ex-presidentes da ABEn, cujos currículos ainda não foram publicados, solicitando que o enviem o mais rápido possível.

2. A um determinado número de pessoas, selecionadas entre enfermeiras, médicos e professôres universitários, solicitando artigos para publicação.

2.3 Às Diretoras de Escolas de Enfermagem e de Auxiliares de Enfermagem solicitando o envio do Histórico de sua Escola.

2.4 Aos Diretórios Acadêmicos e às Diretoras de Escola de Enfermagem, sôbre as bases do Concurso "Semana da Enfermagem".

3. BOLETIM INFORMATIVO

Passou a ser elaborado pela Secretária Executiva. Justifica-se, uma vez que é a pessoa que mantém contato mais direto com a presidente, portanto quem recebe e dá informações em primeira mão.

4. GERÊNCIA

A Diretoria da RBEn aproveita a oportunidade para apresentar agradecimentos a d. Ilnete Ayres pela colaboração prestada durante os anos em que atuou como gerente, cargo que ocupou até março de 1966, quando se afastou. Sem possibilidades para uma substituição imediata, suas tarefas passaram a ser executadas pela 2.ª tesoureira, e serão descritas em seu relatório, assim como o orçamento e as recomendações com êste relacionadas.

5. SUCURSAIS

São mantidas em tôdas as Seções. Em 1965/1966, foram enviados 3.050 exemplares às sucursais, assim distribuídos:

Amazonas	50
Pará	200
Maranhão	50
Piauí	16
Rio Grande do Norte	11
Paraíba	30
Pernambuco	100
Alagoas	26
Sergipe	150
Bahia	150
Minas Gerais	300
Rio de Janeiro	
Guanabara	500

São Paulo	500(600 em 66)
Paraná	
Santa Catarina	
Rio Grande do Sul	
Brasília — DF	
Goiás	
Mato Grosso	

6. CONCURSO "SEMANA DA ENFERMAGEM"

Dado o indiscutível interêsse que os estudantes universitários estão demonstrando em participar do planejamento de seu próprio programa de ensino, o tema proposto êste ano para o concurso "Semana da Enfermagem" foi: "O que penso sôbre o ensino da enfermagem".

Os prêmios dêste ano foram possibilitados graças ao simpático gesto de Marjorie Spaulding, enfermeira americana que trabalhou alguns anos entre nós e que, querendo "fazer alguma cousa em memória de Marina", doou US$ 50,00 dólares ao **Fundo Marina Andrade Resende.** Parte desta quantia será empregada na distribuição dos prêmios.

Foram expedidas circulares sôbre as bases do concurso para os Diretórios Acadêmicos e para as Diretoras das 33 escolas em funcionamento. Enviaram trabalhos apenas as 5 escolas que se seguem:

1.	Madre Ana Moeller — Pôrto Alegre, RGS	4	trabalhos
2.	Madre Justina Inês — Caxias do Sul, RGS	1	"
3.	Hermantina Beraldo — Juiz de Fora — MG	1	"
4.	Wenceslau Braz — Itajubá, MG	1	"
5.	E. E. de Manaus, Manaus, AM	1	"
	TOTAL	8	

Louvamos e agradecemos o interêsse dessas Escolas, em particular à direção da Escola Ana Moeller, pelo estímulo às estudantes do qual resultou esta contribuição.

Lamentamos, ao mesmo tempo, que a maioria das estudantes, geralmente tão ciosas de suas responsabilidades quanto à melhoria do ensino da enfermagem tenham, nesta oportunidade, se negado a dar à ABEn elementos para discussões sôbre o assunto.

Recebidos os trabalhos, foram êstes distribuidos pela Comissão Julgadora que os avaliou seguindo o critério estabelecido para apreciação.

cionamento. Enviaram trabalhos apenas as 5 escolas que se seguem: conferir o 1.º prêmio às estudantes Oldaiza Chiaradia Guimarães e Zuleida Magalhães Ferreira, aluna da 3.ª série da Escolas de Enfermagem Wenceslau Braz, e proposto um 2.º prêmio, no valor de Cr$ 30 000, ao trabalho das estudantes da 3.ª série da Escola Madre Justina Inês por ser considerado, também, interessante e de valor. A Diretoria da ABEn, levando em consideração o julgamento da Comissão, aprovou a proposta.

7. SUGESTÕES DO EDITOR

Entende o Editor, e crê ser êste o pensamento de todos os seus colegas, que a RBEn é uma das grandes realizações da ABEn e de importância capital para o desenvolvimento da Associação; merece, por isso, todo nosso carinho e esfôrço. Assim, tôda demonstração de interêsse pelo seu êxito, quer pela apresentação de sugestões quer manifestado por outros meios, será sempre recebida com satisfação.

Baseada nesse ano de experiência junto à Revista, pensamos na possibillidade de ampliar suas atividades, sugerindo os seguintes pontos:

7.1 Abrir uma **Seção de Livros,** a cargo das Escolas de Enfermagem, na qual seriam feitos comentários suscintos sôbre as publicações mais recentes.

7.2 Reabrir a **Página do Auxiliar de Enfermagem,** incentivando êste elemento da equipe de enfermagem a enviar material para publicação, em forma de artigos ou notícias.

7.3 Incentivar o estudante de enfermagem, de todos os cursos, a colaborarem na Revista a fim de que a **Página do Estudante** não sofra solução de continuidade.

7.4 Incentivar os enfermeiros a prestarem colaboração à Revista, enviando artigos para publicação, de modo a formar o mais ràpidamente possível, uma literatura nacional sôbre enfermagem.

7.5 Estimular as doações para a RBEn, quer individuais, quer por promoção de campanhas.

7.6 Solicitar a colaboração de outros profissionais a fim de tornar mais generalizado o interêsse pela Revista.

7.7 Intensificar a venda de números antigos.

7.8 Obter a colaboração das Seções para a organização de um plano de propaganda, para maior divulgação da Revista.

7.9 Abrir uma "Seção de Consultas", na qual seriam dadas respostas a perguntas formuladas sôbre assuntos profissionais.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FINANÇAS *

Agôsto de 1965 a junho de 1966

INTRODUÇÃO

Depois de encerradas as atividades desta Comissão no mandato de 63 a 65, após nossa reeleição reiniciamos as atividades no mês de agôsto do mesmo ano. Esperamos que ao término da leitura dêste relatório a Comissão de Finanças tenha alcançado, em parte, o que se havia proposto. Reconhecemos que muito ficou por fazer para manter nossa Associação ocupando lugar de destaque entre as Associações de Classe, como vem fazendo há 40 anos.

ATIVIDADES DA COMISSÃO

1. **Fundo de Impressão "Marina Andrade Resende"**

Após o encaminhamento do material para a Gráfica Ouvidor, do Livro "Equipe de Enfermagem" de Eleanor C. Lambertsen, anunciado no XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem na Guanabara, vimos que com a venda de livros sairíamos de uma rotina que há anos a ABEn vem mantendo para cobrir suas despesas, principalmente as da Revista Brasileira de Enfermagem.

Propusemos à Diretoria que solicitasse às autoras do "Manual do Auxiliar de Enfermagem" nos cedessem os direitos autorais para a publicação da 3.ª edição. Foi aceito por estas, na condição de a ABEn indenizá-las em 10% sôbre o valor total da venda.

Com a colaboração de D. Raimunda da Silva Becker, que manteve contatos com a Editôra Pongetti, nos lançamos em mais uma aventura e, porque não dizer uma loucura, assumindo um compromisso de Cr$ 11.700,000, quando tínhamos em caixa apenas Cr$ 1.581.000, para pagar as duas publicações.

Confiamos na Providência Divina e na boa vontade das colegas, através das Seções e Distritos, para nos ajudarem na venda. Assim, atenderíamos a dois grandes anseios: movimentar o Fundo de

---

* Presidente: Irmã Maria Tereza Notarnicola

Impressão e cobrir parte das despesas da ABEn, utilizando êste meio ao invés de freqüentes apelos de ajuda feito às Seções.

2. Construção da Sede em Brasília

Coube a esta Comissão a arrecadação e a movimentação do dinheiro.

Numa das Assembléias de Delegadas, ainda durante o Congresso da Guanabara, sugerimos que as Secções nos auxiliassem na construção organizando cursos, bem como as Enfermeiras Federais que seriam beneficiadas pelo Decreto 54.180/65, graças ao eficiente trabalho da Comissão de Legislação junto aos Podêres Públicos.

Graças a Deus, nossa solicitação foi bem aceita, e até a data da entrega do relatório, tínhamos arrecadado a soma de Cr$ 11.337.500.

Com autorização da Diretoria compramos letras de câmbio da Firma Bonança, autorizada pelo Banco do Brasil, com sede na Rua do Ouvidor, n.º 130, 2.º andar, no valor de Cr$ 10.065.000. Obteremos juros de Cr$ 1.500.000 que corresponde a 2,8% ao mês. O vencimento das mesmas será, uma parte em setembro e outra em dezembro. O restante do dinheiro está, parte em caixa e parte foi tomada por empréstimo para pagarmos a impressão dos livros.

Esperamos poder anunciar, quando da leitura dêste relatório, ter saldado a dívida do Fundo de Impressão.

3. Processo do Conselho Federal de Enfermagem

Através do Boletim Informativo puderam acompanhar sua tramitação, do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o Ministério da Saúde. Depois de sair do Departamento Nacional de Saúde foi para Fiscalização da Medicina e, atualmente, está de nôvo no Departamento Nacional de Saúde.

Esperamos ter notícias satisfatórias antes da leitura dêste relatório.

4. Isenção do Impôsto de Transmissão da Sede da Associação no Rio de Janeiro

Com as exigências da Escritura do Terreno em Brasília tivemos que recorrer à pasta de documentos arquivados, e qual não foi nossa surprêsa ao verificarmos que ainda não havia sido passada a Escritura definitiva da sede no Rio.

Recorreu a Diretoria à colega Dr.ª Josefa Jorge Moreira, que nos orientou em tôda a fase de tramitação do processo. Graças a

sua brilhante atuação junto ao Conselho de Contribuintes do Estado da Guanabara obtivemos a vitória da aprovação do processo, por 9 votos contra 1.

A Declaração Defnitiva de Isenção já se encontra em nosso poder, faltando ainda o desmembramento desta declaração para cada uma das salas.

Acreditamos tê-las em mãos durante o Congresso.

5. **Colaboração com a Diretoria da RBEn**

No mês de agôsto de 1965, em reunião da Diretoria, dadas as dificuldades financeiras da RBEn, ficou resolvido que o contrôle financeiro passaria a ser exercido pela Comissão de Finanças.

Temos encontrado grandes dificuldades ocasionadas, — principalmente, pela curva inflacionária sem freios que vem sofrendo nosso País.

Tentamos, por todos os meios, ver se havia possibilidade de imprimir a revista com mais regularidade e por um preço mais razoável.

Com a mudança do Govêrno de Minas Gerais, não foi possível imprimir a revista, como havia sido prometido, na Imprensa Oficial de Minas Gerais.

Conseguimos uma bonificação de Cr$ 400.000 na compra de papel da S/A Indústrias Reunidas Matarazzo.

Apesar das doações do Ministério da Saúde, da Jonhson e Jonhson Produtos Cirúrgicos e do II Congresso Brasileiro de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, não conseguimos pôr em dia o último número da revista de 1965.

Para melhor esclarecimento das colegas damos como exemplo para que seja avaliada a nossa dificuldade, o custo do número 4 da revista de 1965. Cr$ 1.800; no mesmo ano, cada unidade de 4 exemplares ficou em Cr$ 1.500, para as seções e algumas ainda não pagamos. Verificar-se-á que cada número saía para as sócias por Cr$ 325; o restante foi coberto pela Tesouraria da ABEn.

Conseguimos fazer o levantamento geral do estoque existente que é de 16.440 exemplares. Salientamos que isto ocorreu por falta de previsão, principalmente nos anos de 1958 e 1959; nestes 2 anos atingiu o número aproximado de 10.500 exemplares.

Estamos organizando um fichário, por ordem cronológica e numérica, para melhor controlar as vendas. Alguns números já estão esgotados. Resta-nos ainda fazer o levantamento para o ano de 1966, devido ao atraso da correspondência das Seções.

Pedimos a estas que nos enviem os pedidos para êste exercício, a fim de evitar incorrermos nos mesmos êrros anteriores.

Pedimos desculpas por não podermos entregar, antes do Congresso, o último número de 1965. O primeiro número de 1966 sairá antes por motivos independentes de nossa vontade. Entregamos a duas gráficas, porém não foi possível conseguir que ficasse pronto.

6. **Histórico da ABEn**

É do conhecimento de tôdas as Enfermeiras que êste ano é para nós um ano jubilar. Comemora a ABEn o seu 40.º aniversário. Para celebrá-lo, resolveu a Diretoria fazer o seu histórico; coube esta árdua tarefa a ilustre colega D. Edith de Magalhães Fraenkel.

Um grupo de enfermeiras da Secção de São Paulo levantou, para êste fim, a soma de Cr$ 1.120.000 que estão depositados no Banco Irmãos Guimarães, uma vez que ainda não foi solicitada nenhuma quantia pela Comissão.

AGRADECIMENTOS

Não queremos sensibilizar ninguém; queremos apenas fazer justiça destacando algumas pessoas e Secções, deixando o julgamento final a ser analisado pelas Assembléias de Delegadas, quando da leitura dos Balancetes anexos a êste relatório.

Em primeiro lugar, os nossos agradecimentos aos membros desta comissão, destacando-se a atuação da Vice-Presidente e 1.ª Tesoureira da ABEn que ora termina o seu mandato, D. Raimunda da Silva Becker. Não mediu esforços nos entendimentos com a Editôra Pongetti para a publicação do Manual do Auxiliar de Enfermagem, bem como junto a Equipe Médica e de Enfermagem do S.N.T. para a revisão e atualização do capítulo de Tuberculose.

Às Secções de São Paulo, Minas Gerais, Brasília, Bahia, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Guanabara, Rio Grande do Norte, Estado do Rio e às Enfermarias Federais beneficiadas pelo Decreto n.º 54.180/65, a nossa gratidão. Para a Secção de São Paulo, que mais contribuiu, pedimos que seja consignado um ato de louvor. A quantia está demonstrada no Balancete.

Propomos à Assembléia de Delegadas, neste momento, um voto de louvor à ilustre colega Dr.ª Josefa Jorge Moreira, pela eficiência e habilidade com que defendeu os direitos da ABEn junto ao Conselho de Contribuintes do Estado da Guanabara e tôdas as vantagens que está tentando para não pagarmos os emolumentos exigidos por lei e com correção monetária. Isto representa para a ABEn uma soma de milhões de cruzeiros, datando êste processamento de 1959; agradecemos, também, as horas que nos dedicou, para nós de grande valor.

Desejamos ainda agradecer a Conferência dos Religiosos do Brasil pela cooperação que tem prestado à Associação, permitindo que fiquemos à sua disposição, embora lá ocupemos o cargo de 1.ª Assistente.

O Balancete das despesas efetuadas com passagens, correio, transportes, datilografia, papel e outros, deixa de ser apresentado em virtude de ter sido coberto por doações de benfeitores anônimos que não desejam ser citados, aos quais apresentamos nosso melhor reconhecimento e a gratidão da ABEn.

Finalizando, agradecemos as colegas que nos reelegeram por mais um período e à Diretoria da ABEn que em nós depositou tôda a confiança.

Esperamos corresponder com nosso esfôrço pelo tempo que ainda nos resta, com a honra e a responsabilidade que nos confiaram, com a graça de Deus.

COMISSÃO ESPECIAL PARA ESTUDO DA HISTÓRIA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM *

Convidada pela Presidente da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Sra. Circe Melo Ribeiro, para apresentar o Histórico da nossa Associação, solicitei a colaboração das seguintes Enfermeiras:

Irmã Maria Teresa Notarnicola
Snra. Clotilde Acioli de Carvalho
Snra. Heloisa Quintella Tanajura e
Snra. Edméa Cabral Velho

Procurando desincumbir-se dêsse trabalho, vem a Comissão fazendo pesquisas, entrevistando Enfermeiras e outras pessoas, cêrca de 50, até o momento.

Foram também feitas consultas na Biblioteca Nacional, nos jornais daquela época, 1926, em Cartórios, Sede da ABEn, Secção da Guanabara, Escola Ana Neri, Liga Brasileira contra o Alcoolismo, residência particular da Snra. Ruth Barcelos que foi a primeira secretária da Escola Ana Neri e que muito nos auxiliará nêste trabalho, pelo seu espírito batalhador e amiga entusiasta das Enfermeiras Brasileiras.

Estão, também, sendo lidos os livros de Atas da ABEn a partir de 1938.

Através dessas consultas e pesquisas, procuramos os esclarecimentos indispensáveis à execução do trabalho, pois como é do conhecimento de tôdas, o arquivo da nossa Associação foi totalmente destruído por um incêndio, em 1951.

Até agora, pouco conseguimos apurar, mas continuaremos a trabalhar ativamente para podermos apresentar um trabalho, se não perfeito, pelo menos o mais exato possível.

Todos os esforços estão sendo empregados nêsse sentido, atendendo ao justo e louvável pedido da nossa Presidente.

---

* Edith de Magalhães Fraenkel, presidente

COMISSÃO ESPECIAL PARA ESTUDO DA SITUAÇÃO DO ATENDENTE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O trabalho desta Comissão, sob a presidência de Maria Valderez Borges, consistiu numa pesquisa levada a efeito entre as escolas de enfermagem e enfermeiras do Estado da Guanabara, cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Niterói, com a finalidade de obter as seguintes informações:

1) opinião das enfermeiras sôbre a participação do atendente nos serviços de enfermagem;

2) opinião das enfermeiras sôbre a promoção, pela ABEn, de atividades que visem definir a posição do atendente na equipe de enfermagem e tornem obrigatório o preparo dêsse elemento pelos serviços que o utilizam;

3) percentual de atendentes participando da assistência de enfermagem prestada pelos hospitais.

Dado o grande interêsse que o assunto tem despertado, a RBEn publicará na íntegra, em seu próximo número, o relatório desta Comissão.

ORGANIZAÇÃO E ENDEREÇOS

Diretoria

Presidente	Circe de Melo Ribeiro Escola de Enfermagem da U. S. P. Av. Dr. Enéas Carvalho Aguiar, 440 Caixa Postal, 5 751 São Paulo, SP
1.ª Vice-presidente	Delzuite de Souza Cordeiro Rua Caetés, 530 - 7.º andar Belo Horizonte, MG
2.ª Vice-presidente	Clarice Della Torre Ferrarini Rua Morato Coelho, 381 - Apt. 6 São Paulo, SP
1.ª Secretária	Ir. Maria Gabriela Nogueira Rua Cesário Mota, 112 São Paulo, SP
2.ª Secretária	Maria Valderez Borges Av. Roosevelt, 39 - Apt. 1 303 Rio de Janeiro, GB
1.ª Tesoureira	Clélia Luiza Gonçalves Pinto Rua Alagoas, 6 - sala 603 Belo Horizonte, MG
2.ª Tesoureira	Ir. Maria Tereza Notarnicola Rua Santa Amélia, 102 Rio de Janeiro, GB
Conselho Fiscal	Dolores Freitas Hospital da Cia Siderúrgica Nacional Volta Redonda, RJ
	Ir. Ester de Almeida Neves E. E. Luiza Marilac

	Rua Dr. Satamini, 254 Rio de Janeiro, GB
	Isaura Barbosa Lima Rua Gen. Justo, 275 - Bloco 13A - s. 301 Rio de Janeiro, GB
Secretária Executiva	Neuza Aparecida Ramos Caixa Postal, 5 751 São Paulo SP

Coordenadoras das Comissões

Assistência de Enfermagem	Lourdes Torres Garcia Rua Oscar Freire, 1 754 - Apt. 51 São Paulo, SP
Documentação e Estudos	Amália Corrêa de Carvalho Escola de Enfermagem da U. S. P. Av. Dr. Enéas Carvalho Aguiar, 440 São Paulo, SP
Educação	Dra. Glete pe Alcântara Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto Rua Duque de Caxias, 827 Ribeirão Prêto, SP
Legislação	Haydée Guanais Dourado S. Q. 305 - Bloco G - Apt. 506 Brasília, DF
Revista Brasileira de Enfermagem	Maria Rosa Souza Pinheiro Escola de Enfermagem da U. S. P. Av. Dr. Enéas Carvalho Aguiar, 440 São Paulo, SP

Comissões Especiais

Preparo de Chapa	Amália C. Carvalho e Evalda C. Arantes, coordenadoras Av. Dr. Enéas Carvalho Aguiar, 440 Caixa Postal 575 São Paulo, SP

Regulamento	Dra. Terezinha B. Gomes de Azevedo, coordenadora Rua Dr. Pedroso, 123 Curitiba, PR
Apuração de Eleições	Ir. Ana de Sá, coordenadora Hospital Getúlio Vargas Av. Londres Rio de Janeiro, GB
Terreno de Brasília	Diva Câmara, coordenadora S. Q. 206 - Bloco 3 - Apt. 203 Brasília, DF
Terreno do Galeão	Ir. Maria Tereza Notarnicola, coordenadora Rua Santa Amélia, 102 Rio de Janeiro, GB
Estudo da situação do atendente	Maria Valderez Borges, coordenadora Fundação SESP - Caixa Postal, 1 530 Rio de Janeiro, GB
Histórico da ABEn	Edith Magalhães Fraenkel, coordenadora Telefone: 45-9306 Rio de Janeiro, GB
Fundo de Impressão	Ir. Maria Tereza Notarnicola, coordenadora Rua Santa Amélia, 102 Rio de Janeiro, GB
Comissão Executiva para o XIX CBE	Nora Alda Gomes, coordenadora S. Q. 206 - Bloco 3 - Apt. 203 Brasília, DF
Comissão de Temas para o XIX CBE	Glete de Ancântara, coordenadora Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto Rua Duque de Caxias, 827 Ribeirão Prêto, SP

Diretoria das Seções da ABEn e Distritos

Amazonas	Mira Vasconcelos Guimarães, presidente Caixa Postal, 340 Manáus, AM
Pará	Terezinha de Jesus P. A. Barros, presidente Belém, PA
Maranhão	Ir. Benícia Maria de Pacoti Rua Rio Branco, 308 São Luiz, MA
Piauí	Maria do Amparo Barbosa Hospital Getúlio Vargas Terezina, PI
Ceará	Tereza C. da Cruz, Gadilha, presidente Rua Gonçalves Lêdo, 255 - Aldeota Fortaleza, CE
Rio Grande do Norte	Maria Élida S. Souza Av. Nilo Peçanha,620 Natal, RGN
Paraíba	Dra. Syther M. de O. Carneiro, presidente E. E. Santa Emília de Rodat Praça Caldas Brandão Jão Pessoa, PB
Pernambuco	Irlan Freire de Freitas, presidente Rua Soledade, 73 - Boa Vista Recife, PE
Alagoas	Alaide Romeiro Pereira, presidente Rua Angelo Neto, 295 - Farol Maceió, AL
Sergipe	Osa Maria M. de Araújo, presidente Caixa Postal, 91 Aracajú, SE

Bahia	Maria de Lourdes Café Pinto, presidente E. E. da Universidade da Bahia Parque Universitário - Canela Salvador BA
Minas Gerais	Clélia L. Gonçalves Pinto, presidente Alagoas, 16 - sala 603 Belo Horizonte, MG
Distrito de Juiz de Fora	Cecilia de Matos Calazans, presidente Av. Rio Branco, 3 596 Juiz de Fora, MG
Rio de Janeiro	Irene Abreu de Azevedo, presidente Rua da Conceição, 137 - Apt. 910 Niterói, RJ
Distrito de Volta Redonda	Maria Stella Villela, presidente Hospital da Cia. Siderúrgica Nacional Volta Redonda, RJ
Distrito de Campos	Maria Clarice T. Leitão, presidente Hospital dos Plantadores de Cana Campos, RJ
Guanabara	Maria da Graça S. C. Imperial, Av. Presidente Vargas, 590 - Sala 1 718 Rio de Janeiro, GB
São Paulo	Maria Camargo de O. Falcão, presidente Caixa Postal, 5 751 São Paulo, SP
Distrito de Santos	Cecília Ferreira, presidente Santa Casa de Misericórdia Santos, SP
Distrito de Ribeirão Prêto	Maria Aparecida Minzoni, presidente Rua Duque de Caxias, 827 Ribeirão Prêto, SP
Distrito de Campinas	Ir. Maria Estefânia, presidente Rua Barão de Itapura 1 394 Campinas, SP

Distrito de Sorocaba	Ir. Evangelina Maria, presidente Caixa Postal, 33 Sorocaba, SP
Distrito de São José dos Campos	Eny M. de Souza Coimbra, presidente Rua Dolzani Ricardo, 750 São José dos Campos, SP
Paraná	Elizabeth M. Koester Rua Visconde de Guarapuava, 3 377 Curitiba, PR
Santa Catarina	Elvita Pereira Neves, presidente Caixa Postal, 282 Florianópolis, SC
Rio Grande do Sul	Justina Lacy Regeanini, presidente Caixa Postal, 2 870 Pôrto Alegre, RS
Distrito de Caxias do Sul	Ir. Helena da Cruz Tomazzoni, presidente Caixa Postal, 262 Caxias do Sul, RS
Distrito de Santa Maria	Arloy Pereira Bernardes, presidente Av. Presidente Vargas, 2 377 Santa Maria, RS
Distrito Federal	Nora Alda Gomes, presidente S. Q. 206 - Bloco 3 - Apt. 203 Brasília, DF
Goiás	Aparecida M. Jesuino de Souza, presidente Caixa Postal, 395 Goiânia, GO
Mato Grosso	Arivalda de Souza Corrêa, presidente Rua 13 de junho, 796 Cuiabá, MT

para ABSORÇÃO NO TEMPO CERTO

exija

SUTURAS ETHICON

a maior seleção de fios cirúrgicos

Johnson & Johnson

— GARANTIA DE QUALIDADE

Assepsia
ntegral

em plantão
permanente..

F ĩso Hex®

ANTISSÉPTICO - DETERGENTE - EMOLIENTE

reduz notàvelmente
a possibilidade de contaminação