

revista brasileira de enfermagem



ANO XXII

JANEIRO/JUNHO DE 1970

Nos. 1 e 2

Revista Brasileira de Enfermagem

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Ano XXII | Janeiro a Junho, 1970 ns.º 1 e 2

SUMÁRIO

EDITORIAL

Enfermagem em grandes hospitais não universitários 3

IN MEMORIAM

Clélia de Pontes 5

EDUCAÇÃO

Formação do pessoal de enfermagem. Tendências atuais —
Clélia de Pontes e outras 7

Aproveitamento dos ambulatórios como áreas de ensino
prático de enfermagem — Judith Costa ... 19

Utilização do método de “estudo dirigido” no ensino de Au-
xiliar de Enfermagem — Maria Helena Machado 26

Uma experiência de Curso de Auxiliar de Enfermagem em
Curitiba — Yoshie Hayashi de Almeida e Ir. Maria
Turkiewicz 34

SERVIÇO

Choque — Zuleika de Paiva Braga e outras 41

Enfermagem experimental no tétano — Lenira Cabral Dias
e outras 49

Assistência de Enfermagem nos casos de insuficiência res-
piratória aguda — Ana Cardoso e outras 64

Descoberta, treinamento e controle de parteiras curiosas.
Uma necessidade no Brasil — Maria do Rosário Souto Nó-
brega e Damaris Dias da Silva ... 30

Diretor Responsável: Amália Corrêa de Carvalho

Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado

Editor: Maria Rosa S. Pinheiro

Gerente: Irmã Tereza Notarnicola

Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - sala 1304

Telefone 252-3998 — Rio de Janeiro - GB

Condicionamento urinário do paciente cirúrgico — Clarice Oliveira	95
PÁGINA DO ESTUDANTE	
A Enfermagem como profissão nos países em desenvolvimento — Lúcia Herta Rochembach	100
LEGISLAÇÃO	
Parecer n.º 217/68 — Matrícula de enfermeiras obstétricas, fôrmas antes de 1952, nas Escolas de Enfermagem	108
INTERESSE GERAL	
Análise sócio-cultural da atividade da curiosa na comunidade de Salvador e suas conseqüências no campo da saúde pública. Relatório parcial — Iracy Silva Costa	109
O sistema empresarial na locação de pessoal de enfermagem para o INPS — Taka Oguisso e outras	118
NOTÍCIAS	
Novos membros de Diretoria e do Conselho Fiscal da ABEn	132
Sócios honorários da ABEn	132
Sócios efetivos da ABEn	132
Prêmio “Semana da Enfermagem” de 1969	132
Concurso Semana da Enfermagem — 1970	132
Nóvo Curso de Enfermagem	133
ABEn — Seção do Rio Grande do Sul	133
Séde da ABEn em Brasília	133
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto	133
XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem	133
Homenagem	134
Eleições na ABEn	134
Bólsa de Estudo	134
Falecimentos	135
ORGANIZAÇÃO DA ABEn — 1969/1970	135

Editorial

ENFERMAGEM NOS GRANDES HOSPITAIS NÃO UNIVERSITÁRIOS

Com o surgimento de muitos hospitais grandes que não são universitários nem santas casas, mantidos pelo I.N.P.S. ou a este ligados por convênios, ou de fundações, qual a configuração real e qual o "status" da enfermagem? Uma pesquisa talvez revelasse condições dignas de providências urgentes.

Trabalhar na assistência diuturna a enfermos traz aspectos que merecem atenção especial. Dois pontos destacam-se. Quem dirige o pessoal de enfermagem, como cabeça da equipe de saúde, de onde se originam muitas das sérias atribuições desses servidores. Os médicos, através de autoridades menores, intermediárias. Quem estabelece as condições de trabalho, quanto a remuneração, jornada, local e preço das refeições no horário de serviço? Geralmente são outros, que não os citados atrás; são burocratas, as mais das vezes dirigidos por médicos em cargos de alta hierarquia.

Os primeiros, preocupados em receber bons serviços, nada têm que ver sobre o bem-estar do pessoal.

Na encruzilhada das duas ordens de assuntos, está a chefe da unidade de enfermagem, fazendo esforço para assegurar a melhor atenção de enfermagem possível. Não tem condições, nem ao menos de definir para os médicos as necessidades básicas do pessoal de enfermagem, a serem estudadas pelos burocratas. Quanto a esses últimos, acostumados a tratar de modo rígo e impessoal os direitos dos servidores, se não conhecem a fundo os deveres, não têm tempo nem interesse em os analisar, à vista das condições específicas, reais do exercício da enfermagem.

Como sair dessa situação?

É doloroso verificar que grande parte do pessoal de enfermagem vai-se esgueirando, comprimido entre as partes dessa situação indefinida, alimentando-se do que pode conseguir, arrastando-se para se assentar longe dos pacientes quando ninguém vigia.

É Tempo de a classe de enfermeiros tomar consistência da situação. Em determinados hospitais os técnicos e auxiliares do Banco de Sangue, além de poderem dormir, no plantão, enquanto aguardam sinal de chamada, recebem o tratamento estipulado na CLT no

que diz respeito a gratificação por serviço noturno, enquanto os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes, em serviço noturno efetivo, não o recebem. Dirão: quem se omite no cumprimento da lei, no tratamento com justiça? Burocratas, médicos em altos cargos administrativos?

Sim, os enfermeiros tomam conhecimento da situação. Como agirão? Parece-nos que as Chefes de Serviço de Enfermagem dos grandes hospitais terão que agir. Seu tempo não é suficiente? Poderão solicitar os serviços de fora, por dias, para pequenas pesquisas aplicadas e principalmente para prepararem os documentos dos expedientes a serem encaminhados.

Em lei (Lei 775 de 1949) já está assegurado que será enfermeiro o que chefia enfermagem no hospital. Segundo o que se ouve, em geral, das condições pouco éticas de numeroso pessoal de enfermagem, e da indignidade em que muitos indulgem para satisfazer fome, muitas vezes, ou numa atmosfera de tolerância indevida quanto a trabalhar o menos possível, só uma atitude salvará a classe dessas irregularidades: é o esforço consciente dos enfermeiros para fazer cumprir direitos e deveres, com energia, com espírito forte, a fim de não invalidar muito do quanto já foi realizado. Não esmorecer para não desmerecer, à maneira do grande Oswaldo Cruz. (HGD)

In Memoriam

CLÉLEA DE PONTES

CLÉLEA DE PONTES, filha de Benedito de Melo Casemiro e Carmelita de Melo Casemiro, nasceu a 2 de janeiro de 1923. Após concluir o curso secundário, ingressou na Escola Ana Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde se diplomou em Enfermagem em 1943.

Durante o curso, como aluna, suas características pessoais evidenciavam alto espírito de responsabilidade, iniciativa, poder de comunicabilidade apreciável, dedicação aos doentes sob seus cuidados e elevada capacidade de trabalho, qualidades que se firmavam à proporção que concluía seus estudos. Seu primeiro trabalho como profissional foi no Ministério da Saúde.

Em 1947 contraiu matrimônio com o 1.º Ten. do Exército Edmir Coimbra Pontes, de quem ficou viúva em 1955 e desde então, toda a sua vida passou a pertencer a seu único filho e à Enfermagem.

Ingressou na Campanha Nacional contra a Tuberculose — “Serviço Nacional de Tuberculose” em 1947, onde permaneceu durante 15 anos. Nesse período ocupou todos os cargos, atingindo o de Responsável pelo Setor de Enfermagem, tendo exercido essa função com grande desvelo.

As atividades dessa função obrigaram-na a sucessivas viagens para coordenação do pessoal de enfermagem em atividade nos dispensários e sanatórios para tuberculosos, instalados nas diversas regiões do País. Sentiu desde logo que a atualização de conhecimentos do pessoal em serviço impunha-lhe estudos posteriores o que a levou a aperfeiçoar seus próprios conhecimentos em cursos de enfermagem de Saúde Pública, administração e planejamento, realizados no País e no exterior.

Clélea de Pontes foi homenageada pelo “Correio da Manhã” através do seu setor de educação, como a professora de enfermagem que mais se destacou em 1969, sendo o seu nome sido citado entre os demais professores do ano de 1969.

Muito justa a sua inclusão entre os homenageados. Como diretora da Escola de Enfermagem “Alfredo Pinto”, cargo que ocupou desde 1961, teve atuação destacada naquele estabelecimento de ensino, responsável que foi pela reestruturação do seu currículo e pela ampliação e aperfeiçoamento do seu corpo docente. Graças à sua

atuação e ao seu dinamismo conseguiu verba e auxílio para a construção de um novo prédio para a instalação da escola, que até então funcionava precariamente em edifício inadequado e sem conforto.

Em 1969 conseguiu a autorização do Conselho Federal de Educação para experimentar um novo currículo para o Curso de Auxiliar de Enfermagem que funciona anexo ao Curso de Graduação. Em colaboração com o corpo docente da Escola propôs e planejou um currículo experimental com a duração de 11 meses letivos, com o objetivo de incrementar a formação de auxiliares de enfermagem, iniciativa esta que veio de encontro às aspirações de todos aqueles que desejam apressar o preparo do pessoal auxiliar a fim de prover as instituições de saúde de profissionais de melhor qualidade.

Na qualidade de educadora e diretora de escola obteve bolsas de estudo para observar o ensino de Enfermagem em escolas dos Estados Unidos, Inglaterra, Escócia, Colômbia e Costa Rica.

Os problemas de enfermagem no território nacional convenceram-na de que sua vida pertencia mais à comunidade do que a si mesma. Para melhor se dar, decidiu tomar a Enfermagem sua oração cotidiana e ampliar sua cultura específica e geral.

O seu desaparecimento foi uma grande perda para a Enfermagem e para o País. Ao recordar a curta vida de CLÉLEA DE PONTES, desejamos não deixar em silêncio o seu desaparecimento, pelo muito que realizou visando o bem estar da população brasileira.

Que Deus conceda paz à sua alma.

Educação

FORMAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM Tendências Atuais (*)

O desenvolvimento sistematizado e eficiente de enfermagem no Brasil exige uma programação simples e objetiva, que se ajuste às realidades apontadas nos Diagnósticos Preliminares de Educação e de Saúde, e de acordo com o Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social.

Em harmonia com esse objetivo as autoras apresentam um esboço de plano para formação de pessoal de enfermagem — enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O mundo é testemunha dos contínuos e complexos progressos da ciência e da tecnologia. No setor saúde se tem feito sentir também a influência desse progresso, determinando alterações relevantes na organização e operação dos serviços que lhe são próprios, e fazendo variar fundamentalmente as funções da equipe de saúde, quer no hospital, quer na comunidade.

O atendimento ao enfermo requer, hoje em dia, um sem número de profissionais técnicos e auxiliares. A enfermeira, tipo clássico e tradicional, antes responsável por uma série de atividades junto ao enfermo e à família vê-se compelida, pelas circunstâncias atuais, a afastar-se dessas atividades características. Com efeito, suas tarefas estão sendo gradualmente absorvidas, sobretudo no hospital, por pessoal de preparo mais curto ou mais específico, constituído por um complexo de técnicos, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e outros.

Em vários países, além disso, suas atividades administrativas nos centros cirúrgicos estão sendo desempenhadas por pessoal especi-

(*) Resumo do trabalho apresentado pelas enfermeiras Clélea de Pontes Diretora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Anyta Alvarenga e pela professora Simone Fomm Rivera no XIX Congresso Nacional de Enfermagem, em Brasília, em 1967.

ficamente habilitado em administração, enquanto que a parte técnica relacionada com esses serviços no mesmo setor passa a ser confiada a técnicos e auxiliares especialmente preparados para exercê-la.

No campo da saúde da comunidade, notam-se em plena ação educadores sanitários, visitadoras sanitárias, nutricionistas, assistentes sociais, sociólogos, antropólogos, economistas, engenheiros sanitários, estatísticos, todos lidando direta ou indiretamente para o desenvolvimento desse setor.

Não obstante o fluxo de todo esse trabalho, que exige um contingente enorme de especialistas e técnicos para desempenhá-lo, cabe ao médico a responsabilidade do diagnóstico e sua interpretação, para a equipe de saúde, traçando para cada doente um plano de tratamento, pois que já não pode, como no passado, também executá-lo só.

Evidentemente, a execução desse plano requer conhecimentos específicos, habilidades e observação das reações do doente, além do registro destas, tarefas hoje delegadas, não somente às enfermeiras, como a diversos técnicos e pessoal auxiliar.

Em outras áreas de atividades profissionais, se observa o mesmo fenômeno: divisão e especialização do trabalho para simplificar e aumentar o rendimento das empresas.

ALGUMAS CIFRAS REFERENTES AO PROBLEMA DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO

É de fundamental importância, face à realidade brasileira em matéria de serviços de saúde, que se reformulem os currículos de formação de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, de acordo com uma conceituação mais precisa do que sejam funções prioritárias deste pessoal, naquele serviço. Um programa desta natureza não pode evidentemente estar dissociado dos Diagnósticos de Saúde e de Educação e nem do Plano Decenal de Desenvolvimento Sócio-Econômico do País, que em suma revelam o seguinte:

1 — uma população de 84.014.000 habitantes, vivendo em regiões com características e problemas culturais e econômicos próprios, contando, como recursos institucionais de saúde, apenas 2.850 hospitais com 288.566 leitos, e 8.305 unidades sanitárias;

2 — não se cogita de aumentar o número de leitos, porém de ampliar e melhorar a rede de serviços médicos preventivos, em função das necessidades locais ou municipais;

3 — os dados resultantes dos estudos preliminares sobre os recursos humanos em saúde, e necessidade de pessoal de enfermagem indicam um deficit de 33.500 enfermeiras e de 229.000 auxiliares, o que é revelador de uma situação extremamente crítica;

4 — estas cifras deficitárias, sem incluir fatores de concentração de pessoal em determinadas áreas, aposentadorias e licenças por enfermidade, aumentam consideravelmente cada ano, por efeito do alto índice de crescimento populacional do País (3.27%), que demanda, obviamente, mais enfermeiras e auxiliares de enfermagem;

5 — dentro da potencialidade educacional atual do nosso País, embora não seja lisongeira, habilitam-se anualmente, n.º 1.º ciclo secundário completo, 160.680 jovens e 33.473 no segundo ciclo; é de causar estranheza que não seja possível, dentre eles, recrutar um número mais animador, tanto para as escolas de enfermagem como para as de auxiliar de enfermagem, cujos índices de frequência são ainda desalentadoras.

SIGNIFICAÇÃO DESSES DADOS PARA A ENFERMAGEM

Que significam os dados acima para a enfermagem? Podemos sintetizá-lo nos seguintes itens:

1 — uma grande população servida por pessoal sem treinamento e sem supervisão de enfermeira;

2 — maior solicitação da enfermeira para funções administrativas de enfermagem, nos serviços de saúde, dado o seu reduzido número de “alto custo”, como pessoal qualificado;

3 — aumento do trabalho da enfermeira, em virtude de lhe estarem sendo delegadas, pelos médicos, algumas de suas atribuições especialmente em zonas rurais ou semi-urbanas

4 — probabilidade, cada dia menor, de poder a enfermeira dar atenção direta ao paciente;

5 — necessidade urgente de formação, atualização e especialização de pessoal de enfermagem nos seus diferentes níveis;

6 — necessidade de melhor utilização da capacidade ociosa da enfermagem, nos serviços de saúde e nas instituições destinadas à formação de pessoal;

ATRIBUIÇÕES PRÓPRIAS DA ENFERMEIRA

Têm estas origem nas necessidades humanas universais e, em função das mesmas, requer-se que a enfermeira interprete inteligentemente a influência que as peculiaridades do paciente por ela

cuidado exercem no quadro geral daquelas necessidades, de modo a que tôdas elas sejam atendidas com igual atenção e eficiência.

Os cuidados básicos de enfermagem requeridos por qualquer pessoa, são universalmente os mesmos, embora ambos influam no plano de cuidados que a enfermeira realiza. Os princípios que devem nortear êstes cuidados, visando as necessidades humanas, são válidos, tanto nas atividades de promoção de saúde, da comunidade, quanto no atendimento do enfermo no hospital ou em casa.

Ainda que a enfermeira detenha a liderança, é neste campo que se nota hoje em dia a atuação, em escala crescente, do pessoal auxiliar, com preparo limitado ou sem preparo algum. Por sua vez, a enfermeira vem alienando, consciente ou inconscientemente, as suas atribuições específicas, perdendo pois, as suas funções junto ao paciente ou à família.

Assinala-se ainda que, às funções próprias da enfermeira, têm sido acrescentadas aquelas delegadas pelos médicos, modificando assim a sua situação. Hoje, os médicos, pela complexidade de seu trabalho, devido ao avanço da ciência e da tecnologia, estão, em sua maioria, considerando que, no hospital, a enfermeira deve ser a pessoa encarregada da execução e supervisão do plano de tratamento do doente.

Todavia, êste processo exige o controle de atividades tão complexas que escapam à ação de uma só pessoa. A realidade é que as enfermeiras se esforçam por fazê-lo, apesar de não existir ainda uma análise clara e precisa do currículo de atuação de um e de outro — médico e enfermeira.

Urge, então, indagar: estaria a enfermeira se afastando ainda mais do paciente com essas atribuições? Quais as funções das enfermeiras? Como se deve prepará-las para suas atividades profissionais?

Apesar dos diferentes grupos profissionais que integram normalmente a equipe de saúde, e não obstante os progressos e benefícios da tecnologia, que tornam também mais complexa a sociedade contemporânea, a enfermagem geral ou especializada sempre se fará necessária. Dificilmente qualquer outro profissional terá oportunidade, e não simplesmente a recuperação ou reabilitação da comunidade como os profissionais de enfermagem.

Por isso, e uma vez estabelecido que é função precípua da enfermeira colaborar junto à equipe de saúde para manter uma população sadia, suas principais atividades deveriam ser:

1 — prestar cuidados especiais de enfermagem ao ser humano, na saúde e na doença; cumprir e fazer cumprir as prescrições de médicos e de outros técnicos que assistem ao paciente e à família;

2 — colaborar em diferentes níveis de administração e supervisão de saúde, em âmbito mais extenso e geral, visando toda a comunidade, e são simplesmente a recuperação ou reabilitação do enfermo;

3 — planejar e executar as atividades de enfermagem no hospital ou na comunidade, respeitando a dignidade do homem, em seu meio cultural, coordenando e controlando os serviços, para obter o máximo de qualidade e rendimento;

4 — responsabilizar-se pela formação e treinamento de pessoal de enfermagem, quer se trate de enfermeira, técnicos, auxiliares, serviçais, quando as circunstâncias o exigirem;

5 — realizar estudos e investigações em enfermagem; colaborar com outros membros de equipe de saúde e do bem-estar social e econômico, em pesquisas operacionais ou científicas;

6 — colaborar na educação sanitária da população, especialmente os aspectos de prevenção de doenças e de acidentes;

7 — exercer funções delegadas pelos médicos ou pelas instituições.

ATIVIDADES DELEGÁVEIS A AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Há, evidentemente, em determinadas situações, tarefas da enfermeira que podem ser desempenhadas por pessoal auxiliar, desde que não acarretem risco para a vida do paciente ou não requeiram conhecimentos e habilidades especiais. Isto não implica, todavia, na delegação total de suas funções.

Recomendamos, pois, que sejam delegadas ao auxiliar de enfermagem atividades de conforto e higiene do paciente, tratamentos e aplicação de medicamentos simples, vacinação ou testes simples, cuidados com a alimentação, cuidados à mãe e à criança, que devem ser executados sob supervisão, sempre que possível.

A orientação do paciente e da família, sua segurança emocional e sua reabilitação devem no entanto ser cuidadosamente analisadas e interpretadas antes de constituir responsabilidade do auxiliar de enfermagem.

Na realidade nacional o auxiliar executa quase que automaticamente as atividades de enfermagem muitas vezes complexas, nos serviços curativos e preventivos, com ou sem nenhuma supervisão de enfermeiras ou médicos, problema este que precisa ser estudado e combatido com a necessária coragem e bom senso.

SUGESTÕES PARA UM PLANO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

— Considerando o grau de diferenciação das funções de enfermagem em cinco áreas bem distintas, a saber:

assistência de enfermagem aos doentes, sua família, e à comunidade;

administração de serviços de enfermagem;

ensino de enfermagem em seus diferentes níveis;

investigação, estudo e pesquisa em enfermagem;

funções delegadas por outros profissionais.

Levando-se em conta a situação do País em seu contexto sócio econômico, sugere-se o seguinte:

PLANO PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Tipo de Curso	Duração	Requisitos Mínimos	Certificado ou Título
Auxiliar de Enfermagem	11 meses	Certificado do 1.º ciclo secundário	Auxiliar de enfermagem
Enfermagem	3 anos	Certificado de Conclusão do 2.º ciclo secundário	Enfermeiro
Especialização em Enfermagem Pós-graduação	1 ano	Título de enfermeiro e mínimo de 2 anos de experiência	Enfermeiro especialista ou professor de Enfermagem (nível médio)
Pós-graduação em Enfermagem	Mínimo de 1 ano	Título de Enfermeiro especialista e mínimo de 1 ano de experiência	Mestre em Enfermagem ou Professor de Enfermagem (nível superior)

Esta proposta se fundamenta no fato de que a enfermeira tem um duplo compromisso: primeiro, deve atender à urgente necessidade de preparar um maior número de pessoal que possa contribuir para os planos de desenvolvimeto do País; segundo, abordar o problema de qualidade dos serviços de enfermagem. (Isto requer a formação de um corpo altamente qualificado e responsável de enfermeiras nos diversos setores operacionais da administra-

ção e planejamento de pesquisa e ensino). Trabalhando inclusive com outros membros da equipe de saúde e de outras áreas, todo êsse esforço será compensado no sentido de desenvolver, assessorar e executar aquelas tarefas essenciais dos serviços de saúde, realizar, enfim, a autêntica ENFERMAGEM.

O plano proposto aborda duplo aspecto de quantidade e qualidade. Não pretende todavia resolver o problema em toda a sua complexidade. Entretanto, a mudança contínua que o progresso tecnológico nos impõe, criando uma constante demanda de serviços especializados obriga-os a uma busca permanente de soluções.

Obstáculos se levantam, como a legislação, os recursos financeiros, o regime de formação de pessoal, a rigidez das instituições e outros, os quais exigem, em princípio, uma atitude que oriente a busca de meios para superá-los.

FUNDAMENTOS DO PLANO

Formação do auxiliar de enfermagem

A portaria 106/65 do Ministério da Educação e Cultura, que fixou o currículo mínimo dos cursos de auxiliar de enfermagem, em seu artigo 1.º especifica:

“A duração do curso será de dois anos letivos, de 180 dias, ficando a critério de cada Escola a fixação do período de férias.”

No artigo 3.º especifica:

“O currículo abrangerá as cinco disciplinas gerais relativas às duas primeiras séries do curso ginásial, além das disciplinas específicas do curso.”

Assim é que os dois anos fixados para o curso não dizem respeito somente a formação profissional, mas também a conhecimentos gerais.

As disciplinas obrigatórias, ditadas pelo C. F. E., correspondentes às primeiras séries do curso ginásial, segundo a Diretoria do Ensino Secundário, ocupariam 17 horas semanais assim distribuídas:

Português	4 horas semanais
Matemática	4 horas semanais
Geografia	3 horas semanais
História do Brasil	3 horas semanais
Ciências	3 horas semanais

Portanto, do período fixado pela Portaria ministerial, um ano, no mínimo, seria dedicado ao ensino daquelas disciplinas e o ensino profissional ficaria limitado a um ano apenas.

Contudo, um grande número de escolas ou cursos de auxiliares de enfermagem passou a exigir dos candidatos, como requisito para o concurso de habilitação, certificado de conclusão da 2.^a série ginásial. Com isso, o currículo profissional se estendeu para dois anos.

Tal atitude foi em decorrência de dois aspectos:

a grande maioria dos candidatos aos cursos já possuía as duas primeiras séries do ginásial;

a despesa com o pagamento dos professores para lecionarem as cinco disciplinas gerais relativas às duas primeiras séries, além do corpo docente privativo.

Eis porque, o grupo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, resolveu iniciar um estudo para que se reduzisse o curso de auxiliar de enfermagem, face as causas acima apontadas.

Aproveitando a oportunidade procurou ainda elaborar um currículo mais adequado às reais necessidades do País e dentro dos programas prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que assim ficou:

A — Objetivos do curso: Destina-se à formação de auxiliares de enfermagem visando despertar nêles o interesse pela manutenção da saúde como prevenção das doenças, pelos aspectos éticos da profissão e preparando-os para o trabalho em equipe na enfermagem atual.

B — Duração do curso: 10 meses e 21 dias

1.^o Semestre — 116 dias

2.^o Semestre — 99 dias

Total — 215 dias

C — Atividades diárias

Bloco teórico — 6 horas

Bloco prático — 7 horas

D — Carga horária anual

Bloco teórico — 1.^o semestre 292 horas ou 10 semanas

2.^o semestre 126 horas ou 4 semanas

Total 418 horas

Bloco prático — 1.^o semestre 462 horas ou 14 semanas

2.^o semestre 553 horas ou 16 semanas

Total 1 015 horas

TOTAL GERAL 1 433 horas

E — Currículo

Para melhor aprendizagem do aluno foram estabelecidos apenas três disciplinas que condensam tôdas aquelas contidas na portaria 106/65 do Ministério da Educação e Cultura:

- I — Introdução à Enfermagem
- II — Enfermagem da Comunidade
- III — Enfermagem Geral

Formação do enfermeiro

O ensino da enfermagem, sobretudo o de formação do enfermeiro, têm enfatizado, por tradição, a doença e o doente.

Assim, a primeira experiência profissional do estudante é no hospital, prestando assistência de enfermagem ao doente hospitalizado.

Antes da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o ensino de enfermagem de saúde pública era ministrado já na última série.

Com isso os aspectos preventivos, o conceito de Saúde Pública, recursos e problemas de comunidade chegaram ao estudante quando êle já havia praticamente formado um conceito errôneo da contribuição do enfermeiro nos programas de saúde — qual seja, o de maior participação na medicina curativa.

Após a Lei 4 024/61, fixou o Conselho Federal de Educação, um currículo, em que a Enfermagem de Saúde Pública bem como Enfermagem Obstétrica, aparecem como 4.^a série do Curso de Graduação.

Recomendou contudo que os aspectos de Saúde Pública fôssem integrados durante todo o Curso Geral de 3 anos.

Tal currículo suscitou entre os próprios profissionais a dúvida quanto à duração do curso. É de 3 ou 4 anos o curso de enfermagem?

Por que somente especialização nos campos da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem Obstétrica?

Em face da atual conjuntura, aceitamos como princípio para sua formação, o seguinte:

a) o enfermeiro deve colaborar com a equipe de saúde na formação e na manutenção de uma população sadia, orientando-a para o alcance de um nível de saúde que lhe permita crescer, produzir, consumir e criar, sem o espectro da doença, da miséria e da ignorância;

b) o enfermeiro tem funções próprias e delegadas, orientadas principalmente para a conservação da saúde e prevenção da doença;

c) o enfermeiro deve dar assistência de enfermagem a doentes graves, que requeiram preparo e competência especiais;

d) existe uma estreita relação entre o ensino da medicina e da enfermagem, o que merece ser estudado, visando um melhor aproveitamento dos recursos existentes, para a formação de ambos;

e) a formação do enfermeiro depende, em grande parte, da existência de pessoal docente qualificado em enfermagem e de enfermeiras especialistas, nos diversos serviços de saúde;

f) a participação ativa do estudante de enfermagem nos serviços de saúde é fator condicional para seu progresso educativo;

g) a formação do enfermeiro, no momento, deve simplificar, sem todavia deixar de preparar êsse profissional para pensar criticamente, atuar com liberdade, ajuizamento profissional e responsabilidade; deve conferir-lhe uma disciplina que lhe favoreça a superação pessoal, lhe estimule o espírito inquisitivo e lhe permita ajustar-se às mudanças sociais e científicas que presencia;

h) o enfermeiro deve possuir uma sólida preparação que o habilite a atuar com igual competência nas zonas rurais e urbanas;

i) o enfermeiro precisa compreender o ser humano em seu pleno sentido, uma vez que suas funções são executadas num amplo campo de ação social, abrangendo inclusive administração, docência e pesquisa, em seus altos níveis

j) a enfermagem é, em essência, uma atividade humana, que se desenvolve em diversos níveis e é de ressonância econômica para o País.

Assim propõe o Grupo o seguinte projeto de formação do enfermeiro:

1. Ciclo Básico

1.1. Objetivos

O ciclo básico destina-se a proporcionar ao estudante a base cultural indispensável à sua formação profissional.

1.2. Duração do curso

1 ano letivo com no mínimo 180 dias

1.3. Currículo

— 1.º Semestre

— Anatomia — Fisiologia

— Psicologia

— Sociologia

— Bioquímica

— Português

2.º Semestre

- Microbiologia e Parasitologia
- Introdução à Administração
- Introdução à Estatística
- Introdução à Enfermagem
- Cultura Brasileira Contemporânea

1.4. Número de horas de atividades diárias dos estudantes — 6 horas.

2. Ciclo Profissional

2.1. Objetivos: proporcionar ao estudante conhecimentos básicos indispensáveis ao exercício profissional do enfermeiro.

2.2. Duração do curso

2 anos letivos com, no mínimo, 180 dias cada ano.

2.3. Currículo

1.º Semestre

Área — Enfermagem da Comunidade

- Psicologia Social
- Saneamento
- Epidemiologia e Bioestatística
- Psicologia do Desenvolvimento
- Enfermagem da Comunidade
- 2.º Semestre

Área — Assistência de enfermagem à mãe e à criança

- Enfermagem Materno-Infantil
- Psicologia do Desenvolvimento
- 3.º Semestre

Área — Enfermagem Geral

- Psicologia da Personalidade
- Enfermagem Geral
- Enfermagem Intensiva
- Enfermagem nos Desajustamentos
- 4.º Semestre

Área — Internato

Período de estágio intensivo em instituições de saúde, com participação ativa e responsabilidades crescentes de enfermagem.

- Chefia e liderança na Enfermagem
- Enfermagem avançada

A fundamentação médica, os aspectos terapêuticos, éticos e administrativos serão integrados nos programas.

Assim o ensino de:

- 1 — patologia
- 2 — farmacologia e terapêutica
- 3 — ética
- 4 — microbiologia e parasitologia

Serão integradas como unidades dos programas nas diversas disciplinas de enfermagem.

CONCLUSÕES

Concluindo,

as autoras são de opinião que:

1 — há necessidade de se pesquisar as reais necessidades de pessoal de enfermagem em seus diversos níveis;

2 — a formação de pessoal é o processo operacional de um plano que deve responder às demandas presentes e futuras, de acordo com as necessidades prioritárias de saúde do País; deve contar com a compreensão, o estímulo e os recursos necessários, para fazer-se da enfermagem um instrumento efetivo e de qualidade, na melhoria da saúde da comunidade;

3 — a formação de pessoal de enfermagem requer a união de esforços dos diversos setores, para melhor aproveitamento dos recursos existentes;

4 — este projeto, ajustado ao Plano de Desenvolvimento e incorporado ao órgão responsável pela formação de pessoal terá que contar, para sua realização, com a participação ativa de enfermeiras dedicadas e entusiastas.

APROVEITAMENTO DOS AMBULATÓRIOS COMO ÁREAS DE ENSINO PRÁTICO DE ENFERMAGEM

Judith Costa

INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão preocupa-se em conduzir a orientação da enfermeira a um entendimento amplo, dos objetivos de saúde, de bem estar comum, de entendimento às necessidades reais e prioritárias da população. O progresso das ciências, os novos conceitos de saúde, o crescimento demográfico, o custo da doença, os novos planejamentos no campo da saúde, são fatores que nos têm feito ponderar sobre a importância do melhor preparo de nossos profissionais a fim de que possam atender ao que deles exigirão esses novos conceitos, as novas perspectivas, as novas demandas em seus setores de trabalho.

Tem havido constante preocupação com a revisão dos currículos e programas das escolas de enfermagem e grande ênfase têm-se dado às ciências sociais e à pesquisa; proclama-se a necessidade de conhecimentos gerais, ressalta-se a importância do atendimento ao paciente em suas necessidades globais; fala-se em novas técnicas pedagógicas e de comunicação; insiste-se nas medidas preventivas e de reabilitação. No entanto, sentimos que não há muita coerência entre a orientação teórica com que procuramos conduzir o ensino e a orientação prática que continuamos dando aos estudantes. Insistimos, desde que o início de nossos cursos, no ensino da saúde, do normal, das medidas preventivas porém, na prática, começamos mostrando-lhes doenças e como cuidar de doentes. Nos estágios centralizamo-nos no paciente acamado, conhecendo-o quase que só na fase aguda da moléstia nossos alunos permanecem nas enfermarias dispendendo ali quase o tempo total de suas atividades.

(*) Professora de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Há muito que modificar em relação à prática que oferecemos aos ncscs estudantes. Uma das mudanças iniciais seria o melhor aproveitamento de outras áreas de trabalho. Sentimos que o aluno precisa desenvolver suas habilidades em outros locais, vendo o paciente em outras fases, em situações ou condições diferentes e não somente naquela de dcnte acamado ou internado.

Conhecendo as atividades sempre crescentes dos ambulatórios, tanto ligados aos hospitais escolas, como a outros hospitais e outros serviços, temo-nos perguntado o quanto têm sido esses campos de trabalho, tão ricos de oportunidades, aproveitados para estágios dos estudantes, durante todo seu curso.

Com a intenção tão somente de despertar maior interesse pelo aproveitamento dos ambulatórios como áreas de trabalho prático, quisemos saber das escolas de enfermagem como estava sendo distribuído o tempo de estágio, entre enfermarias e esses serviços, em suas cadeiras clínicas: enfermagem médica, cirúrgica e materno infantil.

MÉTODO E COLETA DE DADOS

Enviamos um questionário às trinta e três escolas atualmente em funcionamento no País, inquirindo sobre o tempo, em horas e dias, utilizado para estágios práticos, em enfermaria e ambulatório, nas quatro disciplinas citadas.

Apesar do pequeno número de escolas que nos responderam apenas dezessete, 51% do total) apresentaremos os dados conseguidos individualmente, por escola, o que possibilitará melhor visualização de cada uma. Classificamo-las, ordinalmente, de acordo com a chegada das respostas às nossas mãos. Assim, pois, as tabelas apresentadas conservam a mesma ordem, isto é, cada escola ocupa o mesmo lugar nos quadros. Nem todas as escolas nos enviaram dados referentes aos dias de estágios, razão pela qual analisamos o tempo em horas. Este trabalho considera apenas o tempo do curso geral de enfermagem e não inclui o quarto ano, existente em algumas das escolas estudadas.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Dentre as dezessete escolas das quais obtivemos respostas, estudamos apenas quinze. Não foram consideradas duas escolas que nos deram somente o número total de horas dispendidas no ambulatório, se mencionar as respectivas disciplinas.

Analisando os dados recebidos verificamos que nem todas as escolas usam o ambulatório durante os estágios das disciplinas fo-

I — Tempo em horas de estágios de enfermagem médica e cirúrgica em enfermarias e ambulatório, de 15 escolas — 1967.

Escola	Enfermagem Médica		Enfermagem Cirúrgica		
	Enfermaria	Ambulatório	Enfermaria	Ambulatório	
	Hora	Hora	Horas	Horas	
1	232	89,0	97	93,0	7,0
2	225	90,0	250	100,0	0
3	180	75,0	360	75,0	120
4	368	76,0	320	80,0	80
5	160	80,0	160	80,0	40
6	247	100,0	270	100,0	0
7	380	95,0	380	95,0	20
8	200	84,0	160	80,0	40
9	323	100,0	387	100,0	0
10	120	100,0	120	100,0	0
11	264	93,0	240	93,0	20
12	360	94,0	360	94,0	24
13	260	100,0	260	100,0	0
14	240	83,0	256	89,0	32
15	235	87,0	280	100,0	0
Total	3 814	457	3 900	384	384

calizadas; 11 escolas (74%) utilizam essa área para o estágio de enfermagem médica; 9 (60% usam-na para a enfermagem cirúrgica; 12 escolas (80%) para a enfermagem obstétrica e 13 (87%) para a enfermagem pediátrica.

Nos quadros que seguem, estão representadas as horas dispendidas nas enfermarias e no ambulatório e as respectivas percentagens em relação ao tempo total destinado aos estágios de cada disciplina.

Encontra-se no grupo de enfermagem médica e cirúrgica o maior número de escolas que não utilizam os ambulatórios como campos de estágio, e é onde podemos observar as menores percentagens médicas de aproveitamento (10,7% na enfermagem médica e 8,9% na enfermagem cirúrgica. Quatro escolas que não fazem estágios nos ambulatórios em enfermagem médica, também não fazem em enfermagem cirúrgica.

A quarta escola apresenta o número mais elevado de horas de ambulatório em enfermagem médica. Porém, se observarmos a relação proporcional ao número de suas horas em enfermaria vemos que não mostra percentual muito mais elevado que outras. O mesmo acontece com a terceira escola nas horas dedicadas à enfermagem cirúrgica.

Encontramos no grupo materno infantil o maior aproveitamento dos ambulatórios por essas quinze escolas. Mesmo assim, três em enfermagem obstétrica e duas em enfermagem pediátrica, deixam de ocupá-los nestas duas disciplinas. É realmente na enfermagem pediátrica que encontramos o maior número de escolas que deles se utilizam. Mas o tempo de duração do estágio nesse local constitui período relativamente pequeno. A escola que apresenta um estágio mais prolongado mostra uma permanência de oitenta horas (29%) de seu estágio total; três escolas dão vinte e cinco por cento, um de vinte por cento e as demais apresentam percentagens menores, como vemos no quadro II.

CONCLUSÃO

Analisando os dados recebidos das quinze escolas, verificamos que o tempo dedicado aos estágios concentra-se no trabalho nas enfermarias e absorve oitenta e oito por cento do tempo total dos estágios nessas quatro disciplinas. As horas dispendidas no ambulatório representam, portanto, (12%) do período dos estágios. Observadas as escolas individualmente e por disciplina, vimos que as percentagens de aproveitamento desta área, pela maioria delas, são bem pequenas em relação às das enfermarias.

II — Tempo em horas de estágios de enfermagem obstétrica e pediátrica, em enfermaria e ambulatório, de 15 escolas — 1967.

Escola	Enfermagem Obstétrica			Enfermagem Pediátrica		
	Enfermaria	Ambulatório	%	Enfermaria	Ambulatório	%
	Hora	Hora	%	Hora	Hora	%
1	126	54	70,0	108	12	10,0
2	144	56	72,0	175	25	12,5
3	240	60	80,0	180	60	25,0
4	280	40	87,5	240	80	25,0
5	180	20	90,0	180	20	10,0
6	360	112	76,0	292	22	7,0
7	365	30	92,5	250	15	5,6
8	180	60	75,0	280	20	6,0
9	215	0	100,0	215	20	8,5
10	360	0	100,0	180	0	0,0
11	240	40	85,7	192	80	29,0
12	360	24	94,0	120	24	13,8
13	260	0	100,0	260	0	0,0
14	96	32	75,0	128	32	20,0
15	210	70	75,0	210	70	25,0
Total	3 616	598		3 010	480	

Estas verificações nos fazem pensar que não estamos suficientemente alertadas para o uso do ambulatório como campo de ensino prático para os estudantes.

Talvez se deva à conceituação tradicional de enfermagem como cuidado exclusivo ao paciente acamado, ao enfoque que ainda se dá à doença, apesar de teoricamente salientarmos a saúde, ou talvez à influência negativa do papel secundário que ainda os ambulatórios têm representado para a administração de muitos hospitais, para os médicos, para o próprio serviço de enfermagem, ou porque não tenhamos sabido aproveitar as possibilidades que esta área oferece, o fato de termos permanecido a maior parte do tempo com os estudantes em estágios nas enfermarias, dirigindo nosso ensino para o doente hospitalizado.

Não existe legislação que determine o número de horas de estágios, nesta ou naquela área. Também não encontramos na literatura referência que nos indique o tempo suficiente de estágio para qualquer campo de ensino prático. O "quantum" necessário de prática em qualquer área é relativo e dependente de muitos fatores; poderia ser objeto de estudo mais amplo, mais profundo. A presente observação, no entanto, pode conduzir-nos a indagações tais como:

Serão realmente necessárias tantas horas de trabalho prático nas enfermarias? Serão elas preenchidas com experiências renovadas, ou estarão nossas estudantes executando atividades simples, mecânicas, que na sua vida profissional vão ser delegadas a outro pessoal de enfermagem? Serão suficientes as horas de estágio em ambulatórios que estamos oferecendo a nossos estudantes?

Respostas a tais perguntas implicariam numa revisão séria das atividades práticas que estamos proporcionando aos estudantes. Tal revisão deveria considerar ponderações como: novos tratamentos médicos, novas drogas, novas técnicas cirúrgicas diminuíram o período agudo da doença, permitindo que os problemas de reabilitação e convalescença sejam tratados nos ambulatórios. A internação do paciente é precedida de exames e tratamentos preliminares que reduzem o período de hospitalização. A redução do período de hospitalização, o uso de novos equipamentos e de material que pode ser desprezado modificaram e simplificaram as técnicas de enfermagem.

A permanência do estudante apenas na enfermaria pode limitar seus conhecimentos sobre o paciente, vendo-o sob um só aspecto, conhecendo a doença numa só fase.

É no ambulatório que se concentra o maior movimento dos hospitais. Ali são encontrados não só pacientes com doenças agudas ou crônicas, mas os portadores de sintomas iniciais, os que são encaminhados para exames diversos a fim de estabelecer o diagnós-

tico ou para tratamentos, e que não necessitam ser internados, os que vão para exames periódicos ou supervisão de saúde, etc.

Os ambulatórios são na realidade locais mais representativos do nível de saúde das populações do que as enfermarias. É uma área que oferece um sem número de oportunidades, tanto para o desenvolvimento de habilidade manuais e administrativas, pela variedade de técnicas e atividades que apresentam, como para o desenvolvimento das atividades educativas e de aconselhamento.

RESUMO

A presente observação tem o propósito de despertar interesse para o melhor aproveitamento dos ambulatórios como áreas de trabalho prático, no ensino da enfermagem. Os dados obtidos entre as 15 escolas mostram pequena utilização destes locais nas quatro disciplinas estudadas. Há necessidade de revisão do critério adotado no aproveitamento desses serviços. Essa revisão deve implicar no estudo das atividades práticas proporcionadas aos estudantes, à luz de novos conhecimentos, tendências e necessidades atuais.

BIBLIOGRAFIA

- WINDEMUTH, Audrey — The nurse and the Outpatient Department — The Macmillan Company — New York — 1957.
- BROWN, Amy Frances — Curriculum para Escuelas de Enfermeria — México — Editorial Interamericano S. A. — 1967.
- WOOLEY, Alma S. — The "now" generation in nursing — Nursing Outlook — March 1968 — pg. 26.
- ANDRADE, Maria Dolores Lins de — Carta Horária — Revista Brasileira de Enfermagem — Ano XIX — Abril-Junho — 1966 — pg. 89.
- PRADO, Amador Cintra do — O Ambulatório do Hospital — Revista Paulista de Hospitais — Vol. V — n.º VII — Julho 1957 — p. 15.
- CAMARGO, Celina de Arruda — A importância do Ambulatório no Hospital — Revista Paulista de Hospitais — vol. IV — n.º IX — Set. de 1956 p. 27.

UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DO "ESTUDO DIRIGIDO" NO ENSINO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Maria Helena Machado *

INTRODUÇÃO

Há muito tempo temos nos preocupado com o rendimento escolar dos alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem. Observamos que é sempre grande o número de reprovações no 1.º semestre. (Anexo I) onde são ministradas as matérias básicas do curso.

Constatamos que o estudante tem necessidade de trabalhar para se manter e que seu ambiente familiar não favorece o aprendizado. Por isso estão os alunos sempre se queixando da falta de tempo e de lugar para estudar. Através de entrevista individual com todos os alunos e através de um questionário (Anexo II) pudemos tomar conhecimento de seu ambiente e hábitos de estudo.

Agrava esta situação o intervalo considerável de tempo que decorre entre o término do curso primário (geralmente ao redor de 12 anos) e o início do Curso de Auxiliar de enfermagem (17 anos incompletos).

No 1.º semestre, além das disciplinas obrigatórias dos cursos de grau médio de 1.º ciclo, os alunos têm como disciplinas específicas:

Fundamentos de Enfermagem (Noções de Anatomia e Fisiologia);
Introdução à Enfermagem;
Ética e História da Enfermagem;
Higiene e Saúde;
Nutrição.

As aulas teóricas nesse período são em grande parte ministradas sob forma expositiva, que é considerado um bom método apenas para iniciar a aprendizagem mas não para integrá-la. Não é sempre que uma unidade do programa bem explicada significa que os alunos já a aprenderam. Sem estudar os alunos não aprendem. E a capacidade para aprender é algo que pode ser desenvolvido; a escola e principalmente o professor passam a assumir a responsabi-

* Instrutora da cadeira de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

lidade principal na criação de um clima propício e adequado para a aprendizagem. O passo a seguir parece-nos claro e o objetivo do nosso estudo é adotar métodos de ensino que compensem as diversas deficiências verificadas, que ajudem o estudante a formar hábitos de trabalho físico e mental, favorecendo assim um rendimento escolar positivo. Entre os vários métodos de ensino foi por nós escolhido o "Estudo Dirigido" (ED)

ESTUDO DIRIGIDO

Estudo Dirigido é uma técnica de ensino para desenvolver matéria nova, ampliação e fixação de aprendizagem.

Técnica

O Estudo Dirigido pode ter ampla aplicação no ensino de todas as disciplinas no horário comum das aulas, devendo contar sempre com a presença do professor.

Dentro dos horários reservados ao ED o professor pautará sua atuação pelas seguintes normas:

- dar instruções claras e objetivas, tendo em mente que o ED visa a conquista do automatismo (hábitos e habilidades específicas);
- mimeografar as folhas do ED; não sendo isto possível, escrever na lousa o estudo planejado;
- dedicar os primeiros minutos da atividade docente à indispensável motivação da classe, predispondo assim os alunos ao trabalho escolar;
- atender o aluno individualmente (quando solicitado) para esclarecer dúvidas, para orientá-lo, mas com cuidado para não poupar-lhe esforços, não dispensá-lo de raciocinar, ou não antecipar-se com as soluções das questões propostas nas tarefas;
- observar atentamente as diferenças individuais, estimulando os alunos mais fracos e orientando os mais bem dotados;
- aproveitar toda as oportunidades para incubar nos alunos atitudes e hábitos apropriados ao estudo tais como: posição correta e sadia; concentração mental; persistência no problema até encontrar sua solução; hábitos de rever criticamente e passar a limpo o trabalho antes de dá-lo por terminado; procurar resolver por si mesmo as dificuldades, sem recorrer aos outros; consultar fontes bibliográficas e dicionários;
- quando verificar a mesma dúvida ou dificuldade em diversos alunos, tomar a palavra para esclarecer e orientar, tomando cuidado para não transformar a sessão do ED em aula de preleção.

Vantagens

- 1 — desenvolvimento raciocínio e capacidade reflexiva;
- 2 — facilita fixação da aprendizagem;
- 3 — desenvolve habilidade física e mental;
- 4 — ensina a aprender por si mesmo;
- 5 — torna a classe um centro de trabalho;
- 6 — há economia de tempo e energia.

Dificuldades

- 1 — o assunto precisa se adaptar ao método;
- 2 — exige um maior planejamento;
- 3 — exige atenção permanente e devotamento ilimitado do professor;
- 4 — se as condições de trabalho não forem satisfatórias o resultado é prejudicado.

APLICAÇÃO DO MÉTODO NO CURSO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM**Seleção de disciplina**

Em se tratando de um estudo dos resultados da aplicação de um método de ensino, selecionamos uma das disciplinas do currículo. A escolha recaiu na disciplina "Noções de Anatomia e Fisiologia" da qual selecionamos algumas unidades a saber:

- 1 — aparelho locomotor: ossos, articulações, músculos;
- 2 — aparelho circulatório: órgãos e funções;
- 3 — aparelho respiratório: órgãos e funções;
- 4 — aparelho digestivo: órgãos e funções;
- 5 — Sistema nervoso: órgãos e funções.

Execução

Após cada aula expositiva sobre assunto escolhido para aplicação do método era entregue a cada aluno uma folha mimeografada com instruções de como devia proceder para estudar. Nessa instrução vinha contido o trecho a ser estudado, o tempo que deveria ser dispendido e sugestão ao aluno para meditar no trecho lido, após o que deveria responder questões pertinentes ao assunto. Assim o aluno deveria prosseguir até o término do assunto e, finalmente, se se julgasse preparado, pediria a tarefa geral da unidade (Anexo 3).

Resultados

Durante o curso foram realizados: uma prova parcial escrita e um exame final escrito e oral. Apenas dois alunos não conseguiram aprovação no exame final.

Desde o início sentimos reação favorável e entusiasmada do grupo. Através das sessões do ED pudemos verificar as diferenças individuais no aprendizado. Assim alguns alunos apressadamente pediam a tarefa geral da unidade enquanto outros permaneciam no mesmo item do tempo previsto. Aos primeiros podíamos mostrar que não estava havendo consolidação da aprendizagem tanto assim que não conseguiram fazer a tarefa com facilidade e sem erros; que seria melhor se o fizessem obedecendo as instruções da ficha, relendo, fazendo esquemas, refletindo sobre a matéria lida, comparando o resultado. Aos mais lentos incentivávamos a tentar fazer a tarefa, quando notávamos que eram tímidos ou inseguros; muitas vezes o receio de errar impedia que esses alunos fossem para frente. Para estes dividíamos a tarefa em duas partes; para outros fazíamos perguntas orais e escritas, fazendo-os refletir na parte que haviam estudado.

Solicitamos dos estudantes uma avaliação do método empregado. Obtivemos 100% de respostas positivas e opiniões que demonstravam satisfação e entusiasmo pelo método empregado. Assim uns disseram que "Anatomia e Fisiologia" era a matéria mais fácil do curso; outros, a que mais sabiam; que o método proporcionou a oportunidade de estudarem na escola e que, se não fosse isso, em casa não o fariam por falta de tempo; que era a primeira vez que estudavam "aos poucos" e pensando no que estudavam; uma aluna informou e outros concordaram que, na hora da prova, parecia que cada "pedacinho" estudado vinha à sua memória tal qual havia estudado e outra disse que já procurava estudar as outras matérias do mesmo jeito que estudava na escola.

CONCLUSÃO

A nossa primeira conclusão é que as escolas não podem se eximir da obrigação de assistir aos alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem, proporcionando horário e ambientes favoráveis ao estudo. Conhecemos através de entrevistas e contato com os alunos suas dificuldades individuais, período de repouso, ocupações, ambiente de estudo.

Os alunos têm demonstrado vontade, de aprender e perseverança no estudo pois perfazem um total de 14 horas diárias de atividades entre estudo e trabalho. Sabemos que o ED vai propor-

cionar ambiente de estudo, oportunidade do aluno aprender, estudar, e companheirismo. O professor poderá ajustar o ensino às características individuais e atuará como guia do aluno à medida que este adquire experiência nos diversos procedimentos que facilitam tal processo. Ao curso ocorre um número cada vez maior de candidatos que apresentam todos os níveis de inteligência. Essa heterogeneidade entre os alunos obriga o professor a tomar medidas adequadas para não prejudicar os alunos brilhantes, obrigando-os a um rendimento inferior a suas possibilidades, sem ter que eliminar os menos inteligentes com exigências superiores à sua capacidade.

Pensamos ter atingido o objetivo da aplicação desse método quando verificamos um aproveitamento positivo no rendimento escolar (apenas dois alunos não conseguiram aprovação do final do curso).

O ensino dirigido soluciona alguns dos problemas de aprendizagem, e melhora o rendimento escolar, podendo então ser recomendado para todas as disciplinas do curso de Auxiliar de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- AGUAYO, A. M. — Didática da Escola Nova. — 11.^a ed. — S. P. São Paulo, Nacional, 1959.
- FONTOURA, Afro do Amaral — Metodologia do ensino primário. — 7.^a ed. — Rio de Janeiro, Aurora, 1961.
- LIMA, L. de O. — A Escola Secundária Moderna. — 4.^a ed. — Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1965.
- MATTOS, Luiz Alves — Sumário de didática geral. — 2.^a ed. — Rio de Janeiro, Aurora, 1959.
- MIRA y LOPEZ, E. — Como estudiar y como aprender. — Buenos Aires, Kapelusz (c 1948).
- NERICI, Imidio — Introdução à Didática Geral. — Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1961.
- RIBEIRO, Daniel V. — Sugestão para o planejamento do Estudo Dirigido. *Curriculum*, 3 (5): 42-47, 1.^o semestre, 1964.

ANEXO N.º 1

Alunos matriculados na 1.^a série e reprovados no 1.º semestre do CAE de Ribeirão Preto, nos anos de 1960-1967

Ano	Matriculados na 1. ^a série	Reprovados no 1.º semestre	% de reprovação
1960	22	11	50,00
1961	25	11	44,00
1962	33	9	27,27
1963	31	19	61,29
1964	32	22	68,75
1965	34	15	44,11
1966	21	10	52,38
1967	31	2	6,45

ANEXO 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRÊTO

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE "AMBIENTE DE ESTUDO" DOS ALUNOS DO CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRÊTO

Instrutora:

Nome:

Idade: estado civil: profissão:

Enderêço:

Primário — 1.º 2.º 3.º 4.º terminou em

Ginásio — 1.º 2.º 3.º 4.º terminou em

Técnico — 1.º 2.º 3.º término em

Científico — 1.º 2.º 3.º terminou em

Normal — 1.º 2.º 3.º terminou em

Mora em casa própria (.....) alugada (.....)

Quantos cômodos: sala () quarto () dependência sanitária ().

Tem luz elétrica (sim) (não)

Quantas pessoas moram na casa ().

Crianças () Adultos ()

Em que local da casa você estuda

Estuda em horário regular

Com quem estuda
 Tem outras atividades em casa
 Quais:
 Horário do trabalho
 Vencimentos
 Dependentes
 Transporte
 Distância do local de trabalho
 Distância da Escola de Enfermagem

ANEXO 3

CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ESTUDO DIRIGIDO EM CORPO HUMANO E SEU FUNCIONAMENTO

UNIDADE: Aparelho Digestivo

Nome: data:.....

Parte A

1 — Abra o livro “Iniciação à Ciência” à pág. 285, sub-ítem 9. Leia com atenção até a pág. 286 e anote as palavras com significação desconhecida. Procure no dicionário o sinônimo aplicável ao texto. Trabalhe com eficiência e em silêncio. Você tem 15 minutos para isso.

2 — Releia o assunto, agora mais devagar, parágrafo por parágrafo.

Essa segunda leitura eliminará as dúvidas que porventura ainda existem. Só chame a Instrutora (com um sinal) após haver tentado resolver sozinho a dificuldade. Medite no que leu. Você tem 10 minutos.

3 — Feche o livro e faça uma recapitulação mental, para verificar se realmente você entendeu o que é absorção, mastigação, deglutição, quimo. Recorde o que você entendeu sobre os sucos gástricos, intestinal, suco pancreático e bile. Por fim, rememore toda a digestão. Você tem 10 minutos.

4 — Leia em seguida **vagarosamente** o sub-ítem 10, da pág. 287. Ante as palavras com significação desconhecida. Procure no dicionário o sinônimo. Você tem 10 minutos.

5 — Releia o assunto, agora mais devagar. Essa segunda leitura eliminará as dúvidas que porventura ainda existam. Medite no que leu. Não perturbe o trabalho do colega. Você tem 5 minutos.

Levante-se agora. Saia da classe para descansar se quiser.

Volte para fazer a parte B.

Parte B

Escreva sôbre:

1 — O que você entende por digestão (desde a entrada dos alimentos até a absorção dos mesmos).

2 — As funções dos alimentos?

UMA EXPERIÊNCIA DE CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM CURITIBA

Irmã Maria Turkiewicz **
Yoshie Hayashi de Almeida ..

“O desenvolvimento dos povos, especialmente daqueles que se esforçam por afastar a fome, a miséria, as doenças endêmicas, a ignorância; que procuram uma participação mais ampla nos frutos da civilização, uma valorização mais ativa das suas qualidades humanas; que se orientam com decisão para o seu pleno desenvolvimento, é seguido com atenção pela Igreja. Depois do segundo Concílio Ecumênico do Vaticano, uma renovada conscientização das exigências da mensagem evangélica traz à Igreja a obrigação de se pôr ao serviço dos homens para os ajudar a aprofundarem tôdas as dimensões de tão grave problema e para os convencer da urgência de uma ação solidária neste virar decisivo da história da humanidade.” (da Encíclica *Populorum Progressio*)

Consciente de sua missão de promover o homem e torná-lo mais apto para o serviço dos irmãos, a equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas procura dar a seus funcionários a oportunidade de se aperfeiçoarem, não só mediante programas de desenvolvimento em serviço, mas ainda mediante o Curso de Auxiliar de Enfermagem. Tal iniciativa vem satisfazer à aspiração de muitos funcionários desejosos de uma preparação integral mais eficiente.

Durante alguns anos não foi possível concretizar-se este ideal devido ao reduzido número de atendentes. Caso estes se afastassem do serviço para um curso, surgia o problema de se colocar substitutos, acarretando ao hospital sérias dificuldades.

Hoje, graças ao convênio realizado entre o Hospital de Clínicas e a Escola Técnica de Enfermagem “Catarina Labouré”, o funcionário pode normalmente frequentar o Curso de Auxiliar de Enfermagem e, simultaneamente, exercer sua função de atendente, isso pela conciliação de “ensino-serviço”. O curso funciona desde 25

* Enfermeira do Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná e Coordenadora do Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem.

** Diretora da Escola Técnica de Enfermagem “Catarina Labouré”.

de março de 1968, obedecendo calendário especial de dois períodos de 180 dias letivos, atendendo a tôdas as exigências legais do Conselho Estadual de Educação do Paraná e do Conselho Federal de Educação.

OBJETIVOS DO CURSO

1 — Reduzir a duração do curso, diminuir o custo e aumentar a produção de auxiliares de enfermagem.

2 — Promover o atendente, em vista do Decreto 299 de 28/2/70.

3 — Contribuir para melhor assistência ao paciente e para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem num hospital de ensino.

HISTÓRICO

Após entendimentos com a direção do Hospital de Clínicas e concluído o levantamento da escolaridade, interêsse e antiguidade dos atendentes em exercício, realizado pelo Serviço de Enfermagem durante os meses de dezembro de 1967 e janeiro de 1968, chegou-se à conclusão da viabilidade da experiência quanto aos candidatos.

A Escola procurou, em 19 de janeiro de 1968, traçar as seguintes bases para estabelecer um Convênio com o Hospital de Clínicas para levar a efeito essa experiência:

1 — à Escola caberia: a) administrar o curso; b) colaborar na orientação didática; contratar os professores que se fizessem necessários; d) tentar meios legais para a redução da duração do curso; e) estimular a criatividade da coordenadora e das enfermeiras do hospital.

2 — ao Hospital caberia: a) acatar as determinações da escola; b) oferecer o campo de estágio; c) ceder as enfermeiras lotadas na TI (subdivisão de enfermagem) para ensino de disciplinas de enfermagem e supervisão de estágios; d) possibilitar o rodízio do aluno funcionário de acordo com as necessidades de sua formação previstas no programa do curso; e) proporcionar ao funcionário-aluno facilidades para o cumprimento de tôdas as suas obrigações escolares.

3 — ao funcionário-aluno caberia: a) cumprir os regulamentos da escola e do hospital.

Em 16/2/68, a Escola Técnica de Enfermagem "Catarina Labouré" encaminhou ao Conselho Estadual do Paraná um expediente contendo exposição de motivos acompanhando pedido de redução da duração do Curso Auxiliar de Enfermagem para os candidatos portadores da 2.^a série ginasial, juntamente com uma cópia do Parecer n.º 93/68, que já fazia esta concessão em regime experimental.

CARACTERÍSTICAS DO CURSO

O Curso de Auxiliar em regime experimental, permitido pelo Calendário Especial constante do Parecer 93/68 do Conselho Estadual de Educação do Paraná, tem as seguintes características:

1 — Mínimo de 360 dias letivos, distribuídos em 2 (dois) anos de 180 dias cada um, com férias intercaladas a critério da escola.

2 — Mínimo de carga horária semanal de 44 horas, distribuídos entre teoria e estágios.

3 — Currículo de acôrdo com as exigências da Resolução n.º 27/65 do Conselho Estadual de Educação do Paraná e Portaria 106 de 28-4-65 do Conselho Federal de Educação.

4 — Por outro lado, a matrícula no curso de Auxiliar de Enfermagem em calendário especial, é privativa de maiores de 16 anos e exclusiva para os que possuem conclusão da 2.ª série do curso de nível médio ginásial comum, ou equivalente, devidamente autorizado e reconhecido.

5 — Da mesma maneira, não poderá ser expedido o certificado da conclusão do curso, enquanto não forem cumpridas as cargas horárias mínimas dos estágios, hipótese em que se estenderá o ano letivo o quanto baste para a satisfação da exigência citada.

SELEÇÃO DE CANDIDATOS

Procuramos obedecer a uma linha de conduta que favorecesse o maior número possível de funcionários, levando em consideração antiguidade, merecimento, escolaridade e interesse.

O levantamento inicial de atendentes em condições para o curso foi de 56, e destes foram selecionados 20 para o Curso Intensivo.

Foram encaminhados para os cursos regulares de auxiliar de enfermagem 6 atendentes, por não preencherem as exigências de conclusão da 2.ª série ginásial; outros 14 atendentes do Hospital de Clínicas e mais 11 candidatos provindos de outros hospitais constituíram a 1.ª turma do Curso de Auxiliar de Enfermagem da Escola Técnica de Enfermagem Catarina Labouré.

GRUPO ETÁRIO DOS CANDIDATOS

Idade	Número	Porcentagem
20—30	15	60%
30—40	6	24%
40—50	4	16%
Total	25	100%

EXPERIÊNCIA EM ENFERMAGEM

Experiência	N.º de anos	Porcentagem
Nenhuma	6	24%
1— 5 anos	9	36%
5—10 anos	6	24%
10—15 anos	2	8%
15—20 anos	2	8%
Total	25	100%

CORPO DOCENTE

Face ao número reduzido de enfermeiras lotadas no Hospital não houve possibilidade de contar com enfermeiras exclusivamente para o ensino, a não ser a coordenadora do curso, respondendo esta também pelo Setor de Educação.

Ao trabalho diário das enfermeiras foi acrescentada a responsabilidade de cooperar na promoção do atendente. As enfermeiras a Escola e do Centro de Saúde também colaboraram.

A Prática Educativa, Jogos e Recreação, foram ministrados por professora autorizada pelo Departamento de Educação Física do MEC, o ensino de Religião esteve a cargo do capelão do Hospital de Clínicas. Na 2.^a série os alunos tiveram também aulas de Pastoral de Saúde ministradas por enfermeiras especializadas em Medicina Pastoral.

DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS

Disciplinas	Carga Horária		
	1.^a série	2.^a série	Total
Fundamentos de Enfermagem			
Técnica de Enfermagem	110	110	220
Higiene e Profilaxia	32	30	62
Ética e História da Enferm.	32	32	64
Jogos e Recreação	32	32	64
Religião	32	32	64
TOTAL	468	334	800

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS

Estágios	Clínicas	Semanas	Horas noturnas	Horas	Carga Horária diurnas
1. Enfermagem Médica	Médica masculina, feminina e especialidades	16	48	434	482
2. Enfermagem Cirúrgica	Cirúrgica Geral e especialidades	14	60	356	416
3. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	Centro cirúrgico Obstétrica e Bercário, Ginecológica	6	—	192	192
4. Enfermagem Urológica	Clínica Urológica	8	36	216	246
5. Enfermagem Pediátrica	Clínica Urológica Médica, Cirúrgica, Emergência	2	12	52	64
6. Cozinha Geral e Dietética	Cozinha Geral	4	24	104	128
7. Enfermagem em Saúde Pública	Ambulatório Centro de Saúde	2	—	60	60
		6	—	192	192
TOTAL		60	180	1.660	1.840

DESENVOLVIMENTO DAS AULAS E ESTÁGIOS

O estágio realizou-se predominantemente, no período da manhã, das 7 às 12 horas. As aulas eram ministradas de preferência das 12,30 às 15 horas. O estágio era computado pelo Hospital como serviço e o rodízio visava atender às exigências de ensino e serviço.

CARGA HORÁRIA

O curso foi desenvolvido com uma carga horária como segue: teoria 800 hs.; estágio 1 840 hs.; total 2 640 hs., ou seja, 2 períodos de 180 dias letivos, isto é, 60 semanas de 44 horas semanais de atividade.

O Calendário Escolar desenvolveu-se da seguinte forma:

1.^a série: de 25/03/68 a 09/11/68

2.^a série: de 11/11/68 a 30/06/69

Conclusão do curso: 6 de julho de 1969.

Dos 25 alunos matriculados, 19 terminaram o curso das 6 de- sistências, 2 (duas) foram por reprovação e os 4 (quatro) alunos restantes não conseguiram conciliar as obrigações escolares e do serviço com suas atividades particulares.

AVALIAÇÃO

Como avaliação final do curso realizamos um teste de 60 per- guntas abrangendo o conteúdo ministrado nas diversas disci- plinas da 1.^a e 2.^a séries. O teste fôra submetido à apreciação de várias enfermeiras professoras e foi considerado "extremamente pesado", "difícil" para o nível de auxiliar. Foi aplicado, e o resultado obtido foi bastante satisfatório: 60% dos alunos atingiram média acima de 70 pontos.

Além disso, foi realizada uma enquete para levantamento da opinião sobre o Curso de Auxiliar de Enfermagem, respondida por 20 enfermeiras das 27 lotadas no Hospital de Clínicas da Universi- dade do Paraná.

100% de enfermeiras vêm vantagem no curso porque promove o funcionário, e estão de acôrdo em que se continue esse tipo de curso. Apresentaram valiosas sugestões, como se observa abaixo:

1. Designar enfermeiras exclusivamente para supervisão dos alunos.
2. Cobrar do aluno uma pequena taxa, para valorização do curso.

3. Orientar melhor as enfermeiras em relação a êsse tipo de aluno.
4. Melhorar o critério de seleção dos funcionários.
5. Assegurar maior cooperação por parte do pessoal profissional;
6. Continuar aceitando elementos de outros hospitais.
7. Receber também alunos sem conhecimentos de enfermagem.
8. Que doravante a oportunidade de realizar o curso dentro do próprio hospital seja prêmio para os que realmente merecem.
9. Que as atividades desenvolvidas sejam centralizadas no hospital e não na escola.
10. Organizar uma comissão para atuar junto ao Setor de Educação a fim de auxiliar na resolução dos diversos problemas inerentes ao curso.

CONCLUSÃO

Visamos, através dêste trabalho, trazer às colegas a colaboração de uma experiência vivida e bastante válida.

A criação dêste Curso de Auxiliar de Enfermagem poderá contribuir para a solução de alguns problemas hospitalares e abre novas perspectivas de ação.

Hospital e funcionário sentem-se beneficiados com esta iniciativa de conciliar trabalho com formação profissional. E, mediante esta promoção humana, o funcionário enriquecido de novos valores, profissionalmente preparado, adquire maior segurança e consciência de sua responsabilidade. Conseqüência: o atendente que "tem mais", "dá mais" e "serve melhor" ao paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Designar enfermeiras exclusivamente para supervisão dos ciência de sua responsabilidade. Conseqüência: o atendente que
- 1 — CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ — Critéria, 1 — 2, 1965.
- 2 — CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ — Parecer, 93/6.
- 3 — PAULO VI — Encíclica Populorum Progressio, Edições Paulinas, 1967.

Serviço

CHOQUE

Zuleika de Paiva Braga (*)
Ana Cardoso (*)
Gedalva Moreira (*)
Josefe Luzia Leite (*)
M. Tereza Canela Miranda (*)
Odilia Casado Cunha (*)

INTRODUÇÃO

O choque é uma das indicações mais freqüentes para encaminhamento de pacientes ao Centro de Tratamento Intensivo do Hospital dos Servidores do Estado. Este assunto tem sido muito enfatizado ultimamente; as concepções a respeito do choque tem sofrido modificações radicais com os inúmeros trabalhos e pesquisas realizados recentemente por cientistas de renome como o Dr. Lillehie.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A boa circulação do sangue depende essencialmente do equilíbrio que existe entre os componentes básicos do sistema cardiovascular:

- boa bomba cardíaca;
- volume sangüíneo circulante adequado; e
- tonus vascular eficiente.

A distribuição adequada do sangue aos tecidos da economia é obtida mediante um retôrno venoso de bom volume a um coração com bom rendimento, que bombeia um volume sangüíneo adequado de encontro a uma resistência periférica ideal, nos casos de tonus vascular eficiente.

Em outras condições o aparelho circulatório não funciona a contento, não consegue manter um volume-minuto adequado à sa-

(*) Enfermeiras do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital do IPASE
— Rio de Janeiro.

tisfação das necessidades teciduais. Diz-se então que há “insuficiência circulatória” a qual pode decorrer não só da falência do coração, como também dos setores periféricos. As diferenças dos quadros clínicos existentes entre as formas agudas e crônicas da insuficiência cardíaca, dependem em grande parte, da diversidade dos mecanismos compensadores utilizados e também da rapidez e intensidade com que se produz a diminuição do débito cardíaco. Assim quando a insuficiência cardíaca é de instalação lenta, o organismo serve-se de certos mecanismos compensadores entre os quais se destacam o aumento do coração e o aumento do volume de sangue circulante. A rápida e intensa diminuição do débito cardíaco com a conseqüente diminuição da perfusão tecidual pode produzir um quadro bem caracterizado chamado “choque”. Assim, de acôrdo com a rapidez de aparecimento, gravidade e reversibilidade podem surgir diferentes formas de insuficiência circulatória aguda, como: a **síncope** e a **morte súbita**. Esta última ocorre quando a insuficiência circulatória intensa e irreversível promove grande isquemia dos centros nervosos, cerebrais e bulbares, com parada da circulação e respiração. A síncope decorre também da súbita e intensa diminuição do débito cardíaco, quando os mecanismos compensadores, não tendo podido atuar e manter uma irrigação sanguínea suficiente para o cérebro, permitem o aparecimento de isquemia cerebral. Mas, esta é uma perturbação circulatória passageira.

No choque, a diminuição do débito cardíaco não é tão intensa e tão rápida como nas outras duas formas de insuficiência circulatória aguda, de modo que os mecanismos compensadores chegam a tempo de entrar em ação a fim de protegerem as irrigações cerebral e cardíaca.

MECANISMOS COMPENSADORES

A rápida diminuição do débito cardíaco origina as quedas tensionais que prejudicam a irrigação, principalmente do cérebro e do coração, ameaçando seriamente a vida do paciente. Para que o sangue circulante seja levado a estes órgãos, é necessário que a pressão arterial seja elevada e para isto o organismo lança mão de seus mecanismos compensadores como a taquicardia e a vaso-constricção das arteríolas. Esta vaso-constricção é intensa e generalizada, de origem neuro-vegetativa e provoca o aumento da resistência. A vaso-constricção das artérias renais causam isquemia e em conseqüência é liberada a renina que combinada com o hipertensinogênio forma a hipertensina. Esta última aumenta ainda mais a vaso-costricção e estimula a secreção da aldosterona. Havendo aumento da aldosterona e vaso-constricção renal a eliminação de

sódio diminui, aumentando a retenção de líquidos no organismo. A redução do volume circulante no setor arterial estimula a secreção do hormônio ante-diurético secretado pela hipófise, aumentando a retenção dos líquidos e conseqüentemente o volume intra-vascular.

O "stress" ocasionado pelo choque estimula a secreção do ACTH pela hipófise, o ACTH estimula a secreção dos corticosteroides pelas supra-renais. Nos choques hemorrágicos de maior duração, os rins são estimulados a formar a eritropoietina que estimula a formação de hemácias.

MODALIDADES DE CHOQUE

1 — Conforme a modalidade de instalação dos distúrbios fisiopatológicos do choque, êle se subdivide em:

- a) Choque Primário: que se instala súbitamente logo após atuação do agente etiológico;
- b) Choque Secundário: que lento e insidioso vai compondo o seu ciclo fisiopatológico;

2 — Conforme a evolução:

- a) Choque Progressivo: é aquêle que se torna progressivamente severo, mesmo que a causa inicial não esteja mais atuando;
- b) Choque Irreversível: é o estágio final do choque, no qual nenhum tipo de terapêutica é capaz de restaurar o fluxo normal através dos vasos periféricos. Sômente podem ser considerados como irreversíveis aquêles choques em que o aparecimento de irrecuperáveis alterações fisiopatológicas impeçam o retôrno à hemoestase circulatória e que, devido a má orientação terapêutica, chegam a essa irreversibilidade.

3 — Conforme a causa:

- a) Choque hipovolêmico: causado geralmente por lesão que diminui o volume total do sangue;
- b) Choque Cardiogênico: causado por transtornos da circulação geral criginados de deficiência da função cardíaca;
- c) Choque Séptico ou Endotóxico: causado por toxinas provenientes de infecções associadas à septicemia;
- d) Choque Neurogênico: causado geralmente por administração errônea de medicamentos;
- e) Outras Etiologias: qualquer outro tipo que difira dos citados acima e que tenha como êstes o caráter de perfusão deficiente dos órgãos vitais.

QUADRO CLÍNICO

O choque é considerado uma condição dinâmica, tendo por causa fundamental a diminuição do fluxo sanguíneo. O quadro clínico é quase invariável para todas as formas de choque, dependendo da fase em que se encontra o paciente. Os elementos principais são os seguintes:

a) Palidez, umidade e resfriamento.

A palidez não é total, a cianose é notada nas extremidades dos dedos, lóbulos das orelhas, ponta do nariz e lábios. A vaso-constricção é responsável pela palidez, assim como a cianose é devida a lentidão do fluxo sanguíneo naquelas regiões.

A umidade cutânea é notada ao nível da fronte, mãos e pés. A sudorese intensa é estimulada pela hiperatividade simpática.

A baixa térmica advem da diminuição das trocas metabólicas e de menor consumo de O₂.

b) Consciência deprimida.

A deficiência do suprimento sanguíneo ao cérebro é responsável pela depressão da consciência no chocado. A diminuição do débito cardíaco leva a uma obnubilação mental, podendo ainda ser manifestada sob vários aspectos: intranqüilidade, desconforto, ansiedade, mal estar, sonolência e apatia. É importante salientar que a consciência no chocado é deprimida e não abolida.

c) Sêde, oligúria, pressão venosa central (PVC) baixa quando existe hipovolemia.

TRATAMENTO DO CHOQUE

Por ser um fenômeno evolutivo, isto é, um processo instável, poderá evoluir ou involuir; não há um esquema exato para o tratamento, poderá ser feito em três etapas a saber:

a) Tratamento profilático. Os pacientes diabéticos, cardíacos, enfisematosos, politraumatizados, pré-anestesiados, merecem maiores cuidados por serem predispostos ao estado de choque. A satisfação de todas as suas necessidades vitais, vigilância constante, estrita observância das ordens médicas, a presença de material e equipamento necessários para qualquer emergência, constituem medidas profiláticas valiosas.

b) Tratamento do estado de choque propriamente dito. É a correção das perturbações hemodinâmicas:

— Hipovolemia; falência cardíaca; êxtase capilar.

Hipovolemia — a reposição do volume sanguíneo ainda é a base do tratamento do choque hipovolêmico. Para esta reposição lança-se mão de sangue, plasma, albumina, expansores plasmáticos e so-

luções salinas balanceadas. Esta reposição se orienta pela pressão venosa central, que é o dado mais importante nestes casos de choque. O choque hipovolêmico, quando de origem neurológica, não necessita de reposição de líquidos quando não há alteração hematólógica e volêmica. Nestes casos são importantes a posição de Trendelenburg, o repouso e às vezes sedação.

O choque vasogênico exige o restabelecimento do tonus vascular simpático vaso-constrictor por meio de drogas vaso-pressoras. No choque hematogênico é obrigatória a reposição do líquido perdido.

c) Tratamento das complicações do choque. As complicações mais comuns resultantes do estado de choque são as hipóxias, isto é, baixa de oxigenação. Temos hipóxia cerebral, cardíaca, pulmonar, renal, hepática e intestinal. Com exceção da hipóxia renal, o tratamento usado nos outros tipos de hipóxia é mais ou menos igual:

— cerebral: oxigenação, perfusão sangüínea, posição de Trendelenburg, hibernação;

— cardíaca: oxigenação, perfusão sangüínea, cardiotônicos, hipotermia e hibernação;

— pulmonar: oxigenação, vencer a vaso-constricção periférica pulmonar, uso de destran, heparina, às vezes é necessário sangria;

— hepática: oxigenação, perfusão sangüínea, simpatectomia, ganglioplégicos;

— intestinal: oxigenação, perfusão sangüínea, correção da vaso-constricção, simpatectomia farmacológica, cirurgia, anestesia e simpaticolíticos;

— renal: correção e restabelecimento da função renal por meio de: manitol, destran, bloqueadores adrenérgicos, heparina, soluções tampões, diálise peritonial etc.; remoção de metabólicos (uréia e amônia), correção de acidose por meio da diálise peritonial, hemodiálise, ex-sangüíneo transfusão, emprêgo de soluções salinas, glunonato de cálcio e antibióticos.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM ESTADO DE CHOQUE

Os cuidados de enfermagem são intensivos; por isto o local mais indicado para o atendimento dos pacientes é a unidade de cuidados intensivos, onde tôdas as facilidades são encontradas e a vigilância é contínua; para prestarmos os cuidados necessários fazemos o diagnóstico de enfermagem e traçamos o plano de cuidados obedecendo aos seguintes pontos:

1 — o paciente tem necessidades básicas, faz parte de uma família, de um grupo social, de uma comunidade. Quando atingido pela doença sofre uma experiência frustradora que não só o atinge mas também sua família, amigos, grupo social e comunidade. Em-

bora em estado aparente de inconsciência, êle deverá sentir-se seguro; por isto chamamo-lo sempre pelo nome, explicamos sempre o que vamos fazer tratando-o como ser humano que necessita de cuidados psicológicos, sociais e espirituais, isto é, tratando-o como um todo, não unilateralmente;

2 — observação e contrôle dos sinais vitais, principalmente da pressão venosa central, pulso, respiração e tensão arterial, com a freqüência requerida pelo caso até estabilização de seus valores;

a) no contrôle do pulso, verificar freqüência por minuto (rápido, lento), volume (fraco, forte), ritmo (regular, irregular);

b) ao fazer contrôle da respiração a enfermeira deverá observar: freqüência por minuto, ritmo, intensidade (superficial, profunda), movimentação do tórax e abdome. Uma respiração anormal poderá levar a transtornos indesejáveis, oxigenação deficiente e conseqüente cianose;

c) a temperatura deve ser verificada também com freqüência.

3 — verificação da PVC é feita após dissecção de uma das veias cavas, sendo a mais utilizada a cava superior. Coloca-se na veia um tubo de polietileno longo (45 a 50 cm), de modo que sua extremidade distal fique bem próxima da aurícula direita; à outra extremidade adapta-se um equipo próprio para verificação de PVC. Estes equipos, encontrados prontos para uso no comércio, são práticos, econômicos e fáceis de ser instalados. A coluna líquida que marca a PVC sofre flutuações resultantes das incursões respiratórias, que às vezes dificultam a leitura; tomamos sempre por válido o ponto mais baixo da oscilação. O membro superior que deve ser usado para via de acesso do catéter (polietileno), é o que estiver mais livre de lesões e de maior facilidade para as trocas de curativo a serem feitas pelo menos uma vez ao dia.

A PVC pode também ser verificada na veia cava inferior ou nas veias ilíacas, havendo entretanto maior risco de complicações trombo-embólicas e falsas leituras se existir distensão abdominal. De uma forma ou de outra, ao se montar o simples e baratíssimo sistema de medida da PVC, adquire-se uma poderosa arma de avaliação e contrôle do estado do paciente em choque.

O catéter introduzido na veia cava destina-se a quatro finalidades:

a) medir a PVC indicando a volemia e competência do coração em receber e expelir o sangue que a êle retorna, reconhecendo precocemente a falência cardíaca congestiva e as variações da volemia;

b) permitir acesso direto à circulação ativa para rápidas administrações de grandes volumes de fluidos e de outros medicamentos;

c) permitir prontas retiradas de sangue, se ocorrer falência cardíaca congestiva, dispensando novas flebotomias para sangria;

d) permitir colheita de sangue para análises laboratoriais, muito freqüentes nestes casos;

e) A prescrição médica merece da enfermagem toda a atenção na observação dos efeitos esperados e indesejáveis da medicação ministrada. Cuidado e observação especial merece a hidratação venosa, a administração de expansores plasmáticos e, no caso de choque hemorrágico, a reposição sangüínea.

5 — O cateterismo vesical é feito com toda técnica para evitar contaminação; sua finalidade principal é medir o volume urinário horário que normalmente oscila entre 25 a 50 ml. O decréscimo deste volume é sinal precoce de hipovolemia, aparece muitas vezes antes da hipotensão e da taquicardia, daí o seu valor como cuidado de enfermagem nestes casos.

6 — Observação da capacidade de deglutição que irá indicar ou não o uso de sonda gástrica.

7 — A mudança de decúbito é feita cada duas horas colocando-se as articulações em posição funcional (anatômica).

8 — Nos casos de pacientes recém operados é de muita importância a observação da ferida operatória e das drenagens para evitar hemorragia.

9 — Aos traqueostomizados prestar todos os cuidados especiais como:

— aspiração de secreções do oro-faringe, da traquéia, da árvore brônquica;

— troca de cânulas;

— nebulizações, etc.

10 — À enfermagem cabe ainda a observação dos seguintes pontos

— conexões, tubos e vidros de drenagens;

— imobilização nos casos de agitação;

— anotações dos dados obtidos e registro das reações do paciente.

Vencida a fase aguda, os cuidados de enfermagem devem continuar com o mesmo desvelo e carinho visando o conforto físico e espiritual do paciente e prevenindo complicações.

CONCLUSÃO

Como ocorrência freqüente nos hospitais gerais, o estado de choque deve ser amplamente conhecido e discutido pelo pessoal de enfermagem, principalmente agora que foi mudada a orientação terapêutica, quando alguns sintomas têm outra significação e importância.

RESUMO

Assunto muito atual e discutido teve sua orientação terapêutica muito modificada. A boa circulação depende de vários fatores cuja ausência propicia o aparecimento do estado de choque. O quadro clínico é rico e dá margem a interpretações errôneas. O tratamento é feito em etapas: profilático, pròpriamente dito e complicações. Os cuidados de enfermagem serão melhor orientados em uma unidade de terapia intensiva; feito o diagnóstico, traça-se o plano obedecendo aos vários pontos relativos às necessidades básicas do paciente. A PVC e o balanço hídrico merecem ênfase especial.

BIBLIOGRAFIA

- BOBOSSION, L. — Choque — Tratamento. Considerações Gerais. Fôlha Médica (55): Rio de Janeiro, 1967.
- CHOQUE — Mecanismos Adrenérgicos — folheto de resumo dos estudos sôbre o medicamento "ISUPREL". Gráfica Lord, Rio de Janeiro.
- MUNIZ, Mauro de F. — Cardiologia de Urgência — Gráfica Muniz S. A. Rio de Janeiro, 1966, pág. 299-450.
- SANCHEZ, Martin V. — Ventiloterapia — Editorial Cientifico Medica. Madri, 1966.
- SHEELY, Maurice — Psicologia para Enfermeiras — Biblioteca de Educacion y Ciencias Sociais — RIALP, Madrid, 1963.

ENFERMAGEM EXPERIMENTAL NO TÉTANO

Lenira Cabral Dias (*)
Maria da Conversão de São Paulo (*)
Dr. Hugó Teixeira de Carvalho (**)

INTRODUÇÃO

O tétano é uma doença de elevado coeficiente de mortalidade, daí o grande interesse demonstrado por enfermeiras que trabalham no Hospital São Francisco de Assis, em Belo Horizonte, pelos doentes atacados de tétano.

Levou-nos a apresentar este trabalho, a experiência de três anos realizada neste Instituto. Foi esta iniciada em 1966 quando o Serviço de Enfermagem, ainda em fase de organização, contava com apenas 3 enfermeiras; em 1967 o número de enfermeiras passou a 17, podendo então o serviço oferecer melhor cuidado de enfermagem aos doentes.

Descrevemos aqui o tratamento dos tetânicos e os cuidados de enfermagem a estes prestados no Hospital São Francisco de Assis nos anos de 1966 a 1968.

Com a evolução e a complexidade das técnicas, a assistência de enfermagem nos casos de tétano tornou-se atividades altamente especializada. Esta assistência é realizada por Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem.

O atendimento do doente tetânico, requer da enfermagem, além de conhecimentos científicos, trabalho atento e dedicado, amadurecimento emocional e interesse pela pessoa humana.

Todo pessoal de enfermagem presta assistência no atendimento dos doentes tetânicos, variando esta de acordo com a responsabilidade profissional de cada um.

Existem técnicas que devem ser executadas e que exigem da enfermeira certas qualidades para sua efetivação. Entre estas, devem ser salientadas: capacidade de observação e interpretação rá-

(*) Enfermeiras Supervisoras do Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG.

(**) Médico do Hospital São Francisco de Assis e responsável pelo Serviço de Tétano.

pida dos sinais e sintomas de alarme apresentados pelo doente; conhecimento do aspecto psico-somático da doença; habilidade e destreza na aplicação inteligente de técnicas e cuidados especiais aos pacientes; discernimento e vigilância constante.

O tétano é conhecido há mais de 2 000 anos. Já em 640 A. C. Hipócrates descrevia duas formas: a generalizada e a localizada. É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pela ação de um dos componentes (tetanospasmina) da poderosa exotoxina do *Clostridium Tetani*, sobre as células motoras do sistema nervoso. Ataca sobretudo o homem e o cavalo e caracteriza-se por contraturas musculares, como o próprio nome indica.

O germe causador da doença é o *Clostridium Tetani*, essencialmente saprófita, geralmente encontrado no solo cultivado e em fezes dos animais.

A doença caracteriza-se pela hipertonia da musculatura estriada, generalizada ou não, e atinge, de preferência, os seguintes músculos:

- 1) masséteres — trismo
- 2) musculatura paravertebral — opistótono;
- 1) masséteres — trismo;
- 3) musculatura da nuca — rigidez de nuca;
- 4) músculos do abdômem — rigidez abdominal;
- 5) musculatura dos membros, sendo mais afetados os membros inferiores.

ETIOLOGIA

O bacilo de Nicolaier pertence à família dos Bacillaceae, do gênero *Clostridium Tetani*. São bastonetes medindo em média de 3 a 4 μ (micra) de comprimento por 0,5 μ de largura, de extremidades arredondadas, gram-positivo, com mobilidade assegurada por 30 a 50 cílios petríquios, formando freqüentemente longos filamentos. Os esporos são terminais e localizados na ponta dos bastonetes, o que dá ao bacilo esporulado o aspecto de alfinete para mapa ou baqueta de tambor.

O bacilo do tétano é extremamente exigente com relação à anaerobiose. A infecção se dá pela contaminação de uma ferida com esporos do bacilo do tétano que logram implantar-se nos tecidos, aí proliferam e secretam uma exotoxina altamente neurotrópica, cuja potência só é sobrepujada pela toxina botulínica.

Dois hipóteses principais foram aventadas para explicar a absorção da toxina tetânica.

- a) A toxina é conduzida através dos nervos e atua no sistema nervoso central. Esta primeira hipótese foi comprovada experimen-

talmente por Marie, em 1897, Marie e Morax em 1902, Meyer e Rasson em 1903, Friedmann e alunos em 1934-1941 e Wright em 1950.

b) A toxina se distribui através do sangue e atua no sistema nervoso central e periférico. É esta uma segunda hipótese, defendida por Abel e colaboradores, em 1934-1938, que não conta com argumentos convincentes em seu favor.

O mecanismo de ação da toxina tetânica é ainda obscuro, parecendo, porém, relacionado a um acúmulo de acetilcolina ao nível dos órgãos terminais (Harvey 1939; Ambache e alunos, 1948).

EPIDEMIOLOGIA

O tétano é uma doença que predomina nos países de clima quente e temperado. Toda pessoa suscetível pode contrair a doença.

O índice de mortalidade pelo tétano, no Estado de Minas Gerais é alto, como podemos observar na Tabela I. No interior houve uma pequena queda, pois, de 6,51% em 1965, passou para 5,33% em 1967. Na capital, a queda foi de mais de 50%; nas mesmas datas passou de 6,93% para 3,79%. Esta diferença para mais no interior é devido à falta de assistência médica adequada e educação sanitária da população.

I — MORTALIDADE PELO TÉTANO NO ESTADO DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 1965 A 1967 (1)

Anos	Capital		Interior	
	Números absolutos	Taxa por 100 000 hab.	Números absolutos	Taxa por 100 000 hab.
1965	66	6,93	651	6,51
1966	49	4,83	601	5,91
1967	41	3,79	552	5,33

ANOS	CAPITAL		INTERIOR		TOTAL	
	Ns.º Absolutos	Taxa por 100 000 hab.	Ns.º Absolutos	Taxa por 100 000 hab.	Ns.º Absolutos	Taxa por 100 000 hab.
1965	66	6,93	651	6,51	717	6,55
1966	49	4,83	601	5,91	650	5,81
1967	41	3,79	552	5,33	593	5,18
Anos			Total			

(1) Serviço de Estatísticas Físico Demográficas do Departamento Estadual de Estatísticas de Minas Gerais. Dados sujeitos a retificações. Taxa com base na propulsão estimada para a Capital: 1-9 e para o Interior: 1-7, pelo SNR.

Fórmula usada

$$\text{Taxa de mortalidade pelo tétano} = \frac{\text{óbitos pelo tétano} \times 100\,000}{\text{população estimada para o ano em estudo}}$$

Da totalidade de casos internados no Hospital São Francisco de Assis, nos anos de 1965-1967, a porcentagem foi de 24,6 no primeiro semestre e 75,4 no segundo, pois é no segundo semestre que começam as chuvas, época em que há maior incidência da doença. (Tabela II).

II — Distribuição de acôrdo com os meses do ano, nos casos de tétano, dos pacientes internados no Hospital São Francisco de Assis — Belo Horizonte - MG, em 1965-1967.

Meses	Anos			Total	
	1965	1966	1967	Absoluto	Porcentagem
Janeiro	—	—	—	—	—
Fevereiro	—	—	3	3	3,7
Março	—	—	—	—	—
Abril	1	2	4	7	8,6
Maio	—	1	3	4	4,9
Junho	—	—	6	6	7,4
Julho	—	3	3	6	7,4
Agosto	4	—	6	10	12,4
Setembro	2	1	15	18	22,3
Outubro	3	4	3	10	12,4
Novembro	1	1	4	6	7,4
Dezembro	5	3	3	11	13,5
Total	16	15	50	81	100,0

O sexo masculino é o mais atingido em virtude da maior exposição a que o homem é submetido no trabalho. Isto se nota na Tabela III onde se verifica que dos 81 casos, 76,5% são do sexo masculino e 23,5% do sexo feminino.

III — Distribuição de acôrdo com o sexo, nos casos de tétano, dos pacientes internados no Hospital São Francisco de Assis — Belo Horizonte, Minas Gerais, em 1965-1967.

	Sexo masculino		Sexo feminino		Total
	Números Absolutos	%	Números Absolutos	%	
1965	11	68,5	5	31,5	16
1966	12	80,0	3	20,0	15
1967	39	78,0	11	22,0	50

Quanto à cor, a mestiça (48% é mais atingida que a preta (31,0%) e a branca (21,0%). Tabela IV.

IV — Casos de tétano, segundo grupos de idade e cor, dos pacientes internados no Hospital São Francisco de Assis — Belo Horizonte, Minas Gerais, em 1965-1967.

Grupo Etário em anos	Cor			Total
	Branca	Preta	Mestiço	
Menos de 1 ano	4	8	12	24
1,0 a 2,0	—	—	2	2
2,0 a 5,0	3	1	—	4
5,0 a 10,0	2	3	3	8
10,0 a 15,0	1	2	5	8
15,0 a 20,0	4	4	5	13
20,0 a 25,0	1	2	4	7
25,0 a 30,0	—	1	1	2
30,0 a 35,0	—	1	2	3
35,1 e mais	2	3	5	10
Total	17	25	39	81

O grupo etário mais atingido foi o de menos de 1 ano (29,6% - vindo em seguida o de 15 a 20 anos (16,0%). Tabela V. Podemos observar ainda na Tabela VI o número de curados nos anos de 1966 e 1967, que atingiram 54,4% e o de óbitos, que atingiram 45,6%

V — Casos de tétano no Hospital São Francisco de Assis, em Belo Horizonte— Minas Gerais — 1965-1967.

Grupo etário em anos	Casos de tétano					
	Total		Curados		Óbitos	
	N.os abso- lutos	%	N.os abso- lutos	%	N.os abso- lutos	%
Menos de 1 ano	24	29,6	4	9,1	20	54,1
1,0 a 2,0	2	2,5	1	2,3	1	2,7
2,0 a 5,0	4	4,9	3	6,8	1	2,7
5,0 a 10,0	8	9,9	6	13,6	2	5,4
10,0 a 15,0	8	9,9	6	13,6	2	5,4
15,0 a 20,0	13	16,0	9	20,5	4	10,8
20,0 a 25,0	7	8,6	6	13,6	1	2,7
25,0 a 30,0	2	2,5	1	2,3	1	2,7
30,0 a 35,0	3	3,7	2	4,6	1	2,7
35,1 e mais	10	12,4	6	13,6	1	10,8
Total	81	100,0	44	100,0	37	100,0

VI — Casos de tétano de internados no Hospital São Francisco de Assis, de Belo Horizonte MG — 1966-1967.

Anos	Total		Óbitos		Curas	
	N.os abso- lutos	%	N.os abso- lutos	%	N.os abso- lutos	%
1966	15	23,0	12	80,0	3	20,0
1967	50	76,9	18	36,0	32	64,0

QUADRO CLÍNICO

O tétano é uma doença de quadro clínico não variável: os sintomas aparecem após um período médio de incubação, que varia de 1 a 2 semanas, manifestando-se inicialmente, nos músculos da região do ferimento (tétano local).

As toxinas que os vermes produzem têm afinidade especial pelo tecido nervoso; são absorvidas pelos nervos periféricos que as transportam à medula espinhal em quantidade suficiente para estimular a mesma. Os nervos adquirem sensibilidade aos menores estímulos exteriores.

Não há exames de laboratório para confirmação da doença. O diagnóstico deve ser formulado em face do conjunto de elementos clínicos e epidemiológicos. Os dados epidemiológicos dizem respeito aos ferimentos e sua contaminação; assim, são suspeitos todos os ferimentos superficiais ou profundos, de qualquer natureza, que tenham estado em contato com poeira de rua ou terra.

Nos 81 doentes de tétano que estiveram sob nossos cuidados, a localização do foco ou ferimento foi a seguinte:

Localização do foco	Números absolutos	Porcentagem
Pé	35	43,2
Côto Umbilical	23	28,4
Braço	6	7,7
Perna	4	5,0
Mão	3	3,7
Crânio	2	2,3
Abôrto Provocado	1	1,2
Face	1	1,2
Tórax	1	1,2
Dente	1	1,2
Bôca (aftas)	1	1,2
Não localizado	3	3,7

A doença caracteriza-se pela hipertonia da musculatura estriada, atinge de preferência os músculos mastigadores ou seja os masséteres, dificultando a abertura da bôca (trismo), a musculatura para-vertebral (músculos da nuca, rigidez de nuca), os músculos da parede anterior do abdome (rigidez abdominal ou abdome em tábua) e musculatura dos membros inferiores e dos superiores. Há contrações permanentes que se intensificam paroxisticamente, em consequência de estímulos luminosos, manuseio do doente, secreções, tosse, micção, deglutição, constituindo-se no que denominamos espasmo ou convulsão tônica, o mais terrível sintoma da doença, já que é responsável pela maioria dos óbitos.

Na fase inicial, o tetânico está consciente de tudo que se passa ao seu redor. Aquêles que ficaram sob nossos cuidados, sempre fizeram a seguinte observação: "A dor é tão forte que tenho mêdo de meu coração parar".

Todo tetânico apresenta aspecto semelhante devido à contração de músculos da face: "riso sardônico", como é denominado.

A morte sobrevém de um espasmo generalizado que afeta o diafragma e causa muitas vezes parada respiratória, ou seja, apnéia, daí advindo parada cardíaca esta é reversível, dependendo da assistência de enfermagem no momento exato em que se instalam os primeiros sintomas de alarme.

Tratamento

Os casos sujeitos de tétano, ao darem entrada no Hospital São Francisco de Assis, são imediatamente atendidos pelo interno de plantão, que procede, além da coleta de dados sobre o caso, ao exame físico, com base no qual autoriza a adoção do esquema de tratamento fixado pelo Serviço de Tétano.

O esquema estabelecido é o seguinte:

Diempax, uma ampola intramuscular (IM)

Início do teste de sensibilidade ao Sôro Anti-tetânico (S. A. T.)

	Glicosado a 5%	— 500 ml
Sôro Miorelaxante	Tolserol	— 3 a 6 ampolas
	Amplictil	— 1 a 2 ampolas
	Penicilina Crsitalina	— 1.000.000 U

Gôta a gôta, na veia (I. V.), quantidade suficiente para manter o doente relaxado continuamente.

Término do Teste

Fenergan, uma ampola, intramuscular

Após 30 minutos:

S. A. T. — 100.000 U, IV; no momento da aplicação, ter sempre perto o médico e medicação de urgência: adrenalina, Remeflin, e oxigênio.

Continuar: Sôro Miorelaxante. Diempax ou Vallium — 1 a 2 ampolas. IM 6/6 hs. Coltrax — 1 ampola IV no sôro 6/6 ou 8/8 hs.

Técnica para aplicação do Teste de Sensibilidade ao S. A. T.

- 1 — Dissolver 1 ml de Sôro Anti-tetânico em 10 ml de sôro fisiológico.
- 2 — Aplicar 0,10 ml sub-cutâneamente e esperar 20 minutos.
- 3 — Após os 20 minutos esperados, não apresentando reação, aplicar o restante da solução, sub-cutâneamente.
- 4 — Esperar mais 20 minutos.

- 5 — Após a espera dos 20 minutos, não apresentando reação, aplicar 1 ml de S. A. T., puro sub-cutâneamente.
- 6 — Fazer a leitura 20 minutos depois, verificando se há reação local.
- 7 — Aplicar uma ampola de Fenegan, de acôrdo com o esquema.
- 8 — Esperar 30 minutos.
- 9 — Fazer o S. A. T., endovenoso, de acôrdo com o esquema pré-estabelecido.

Ação Farmaco-dinâmica dos medicamentos empregados no tratamento do tétano

- 1 — Veículo — Sôro Glicosado a 5%.
- 2 — Solução de Mefenesina (Nome comercial: Tolserol). É um composto químico, sintético, que possui acentuadas propriedades músculo-relaxantes e oferece novas perspectivas no tratamento de distúrbios espásticos e neurológicos. A eficácia terapêutica e diagnóstica provém de sua capacidade em influenciar favoravelmente certos mecanismos neuro-musculares anormais, originários do mesencéfalo, do pedúnculo ou da medula. Sua eficácia nestes casos e na inibição dos movimentos involuntários, da rigidez, da espasticidade e dos tremores é maior que a dos alcalóides do curare. É usado por via venosa, gôta a gôta, variando o gotejamento de acôrdo com o relaxamento do paciente. Quando é aplicado diretamente na veia, deve-se empregar uma seringa grande (500 cc) e a injeção deve ser feita muito lentamente. O medicamento não deve ficar muito tempo exposto, pois precipita.
- 3 — Cloridrato de cloro — 3 (dimetilamino — 3 propil) 10 fenotiazina (Nome comercial: — Amplictil). A clorpromazina, descoberta original dos laboratórios de pesquisas de RHone-Poulenc-Spécie é a base ativa do Cloridrato de cloro — 3 (dimetilamino — 3 propil) — 10 fenotiazina, medicamentos neurolépticos, dotados de imensas possibilidades terapêuticas. Age como fator de calma e tranqüilidade por estabilização do sistema neurovegetativo central e periférico; impõe-se ainda por suas propriedades anti-espasmódicas, antiálgicas e sedativas, por sua poderosa ação antiemética e por ser um potencializador de anestésicos gerais, hipnóticos e analgésicos. Não existe posologia "standard". Deve ser adaptada a cada caso particular.
- 4 — Penicilina G — sódica cristalizada. É uma substância química que teve seu descobrimento em 1928, por Fleming. É eletivamente indicada nos casos que exigem terapêutica anti-infec-

ciosa, particularmente ativa, em nosso caso, por infecções por anaeróbios. A dosagem usada é de 1.000.000 U em cada frasco de soro, obedecendo rigorosamente o esquema estabelecido.

- 5 Tiocolquicósido (Nome comercial: — Coltrax). Contrariamente aos curarizantes naturais ou sintéticos, o tiocolquicósido possui poder depressor unicamente sôbre os centros nervosos do tono muscular, sem a minima interferência sôbre a motilidade voluntária.
- 6 — 1 cloro; 1 metil; 5 fenil; 3 H 1,4; benzodiazepina 2 (1 H) (Nome comercial: — Diempax). Sua atividade mio-relaxante é notável e êle atua na musculatura esquelética. É a medicação auxiliar no tratamento do tétano (supressão da crise espástica). O Diempax é aplicado IM, obedecendo ao nosso esquema. Se houver necessidade de ser aplicado endovenosamente, nunca diluir em quantidade inferior a 40 ml de soluto glicosado 5%, a fim de evitar precipitação da substância ativa. Podemos afirmar que, se diluído em 10% de soluto glicosado, êle fica precipitado, dando uma coloração leitosa. A aplicação endovenosa deve ser feita vagarosamente. Observar a aplicação, pois pode ocorrer parada respiratória, casos observados em nossos tetânicos.

UNIDADE DO TETÂNICO IMPROVISADA

A Unidade para o tratamento de um tetânico, obedece a normas e rotinas de serviço bem delineadas, materiais e equipamentos adequados, além de pessoal médico e de enfermagem especializados.

Localização

Após estudos e experiencias, procuramos, dentro do possível adaptar a Unidade do Tetânico na parte mais calma do hospital.

A Unidade compõe-se de sala A e sala B, com características especiais, oferecendo facilidade para o bom atendimento.

Sala A — Esta sala destina-se a receber os doentes na fase inicial da doença sem distinção de sexo ou idade facilitando a vigiância e movimentação do pessoal e dos aparelhos.

Sala B — Também chamada sala de reabilitação. Após a fase crítica ou de perigo, os doentes são transferidos para esta sala, permanecendo até sua cura.

Iluminação — Depois de várias experiências, adotamos para nossa Unidade, a luz normal, que não exerce efeitos sôbre o estado dos doentes. Quando o doente é colocado na sala com a luz natural, adapta-se àquela intensidade de luz. Em geral êle reage a qualquer mudança, seja do claro para o escuro, seja do escuro para o claro.

Equipamentos necessários à unidade

1 — Camas — Estas devem ser tipo Fowler, com colchão de crina e com grade a fim de evitar possíveis quedas do doente no momento da contratura.

2 — Aparelho conjugado para aspiração e oxigenação — Instalação do aparelho de aspiração e oxigênio em perfeito funcionamento. Requer mais de uma sala de oxigênio, cheia e montada para possível emergência.

3 — qSuportes para sôro.

4 — Armário embutido contendo:

- vaporizador (De Vilbis)
- laringoscópio
- aparelho de respiração artificial (Takaoka)
- roupas
- faixas de crepom para contenção
- aparelho de pressão arterial
- bandeja de TPR
- bandeja de banho no leito
- bandeja de higiene oral
- bandeja de curativo
- sacos plásticos coletores de urina
- plastequipo para sôro.

5 — Medicação

- a) específica, obedecendo ao esquema estabelecido
- b) de urgência: Adrenalina
Remeflin

6 — Material Esterilizado

- catéter vesical de demora em vários números (sonda de Folley)
- cateter nasal
- agulhas calibrosas para associação de sôro miorelaxante
- pacotes de gase
- pacotes de curativo
- pacotes de higiene oral
- pacotes de lavagem externa
- estôjo de ágata com seringas de 20, 10 e 5 cc.
- cânulas traqueadas
- caixa de pequena cirurgia
- caixa para toracotomia
- bandeja para infiltração intra-cardíaca
- cateter para aspiração

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ao ser admitido na Unidade, um doente com diagnóstico definitivo de tétano exige uma equipe de enfermagem preparada para este serviço, a fim de prestar-lhe vigilância contínua e periódica. A enfermeira que cuida de tetânicos necessita de certas qualidades pessoais indispensáveis a esse trabalho, como sejam: senso de observação e reações rápidas.

Vigilância contínua

Geralmente a fase crítica da doença vai do 6.º ao 10.º dia, daí a necessidade contínua da presença da enfermeira, que, disciplinada em seus movimentos, rápida e segura em suas atitudes, calma em suas ações, surpreenderá os possíveis sinais de alarme, que advem da própria moléstia e do estado emocional do paciente, tais como: contraturas violentíssimas, frequentes paradas respiratórias, presença de secreção na árvore brônquica, ausência de reflexos da tosse e deglutição, cianose das extremidades. Ocorridos estes sintomas, deve ser notificado imediatamente o médico.

O doente, mesmo nos casos mais graves, conserva-se lúcido, tendo pleno conhecimento do seu estado e de tudo que se passa ao seu redor, embora impossibilitado de qualquer movimento físico e de se fazer compreender com palavras ou gestos ele assiste, inerte, ao seu próprio drama: com as faculdades mentais quase íntegras, entra em pânico por não poder fazer-se compreender.

A vida do doente, em grande parte, depende da boa enfermagem.

Cuidados de enfermagem prestados durante a fase de vigilância contínua

- ligar o soro mio-relaxante em uma veia calibrosa, fixando-a bem; fazer a contenção do membro. O gotejamento do soro deve ser rigorosamente controlado, pois, sua velocidade varia de acôrdo com a presença ou não de contraturas.
- cuidar das feridas (foco); escovar a ferida com água e sabão (após debridamento) e fazer curativo diário (umidecido com água oxigenada).
- colocar sonda vesical de demora;
- controlar pulso, respiração e pressão arterial de 4 em 4 horas.
- verificar temperatura corporal de 4 em 4 hoas; havendo elevação da temperatura, tomá-la quantas vêzes necessárias;
- proteger a língua do doente contra mordeduras e conseqüente sangramento.

- dar cuidados de higiene pessoal (higiene oral, banho no leito, higiene íntima, mudança de roupa de cama) que devem ser reduzidos ao essencial, pois o manuseio do doente pode provocar espasmos, contraturas e apnéia;
- aspirar a secreção toda vez que fôr necessário;
- contrôle hídrico;
- em caso de apnéia, seguir a norma e rotina adotadas pelo serviço:
 - a) aplicar 1 ampola de Tolserol de 50 ml, lentamente na veia;
 - b) ligar o oxigênio; persistindo a crise, iniciar a respiração artificial, se fôr o caso, de massagem extra-cardíaca e solicitar com urgência a presença do médico;
 - c) ter à mão o material para infiltração intra-cardíaca: ampolas de Adrenalina e ampolas de Remeflin (1).

Nota: A mudança de posição na fase inicial deve ser cuidadosa para evitar movimentos inúteis e prejudiciais.

Vigilância periódica

Após a fase crítica é necessário vigilância periódica do doente até a cura total; é, portanto, obrigatória a permanência da enfermeira ou da auxiliar de enfermagem junto ao leito do doente.

Nesta fase as contraturas e rigidez muscular podem reaparecer. Caso aconteça, a enfermeira ou auxiliar de enfermagem aumentará o gotejamento do sôro mio-relaxante e avisará o médico imediatamente.

Cuidados de enfermagem prestados durante a vigilância periódica

- Se durante 24 horas o doente não apresentar contraturas, diminuir gradativamente o gotejamento do sôro mio-relaxante, até a retirada total.
- Após a retirada do sôro, administrar relaxantes por via oral, durante vários dias, isto é, de 8 a 10 dias, de acôrdo com a prescrição médica.
 - Retirar a sonda vesical de demora.
- Verificar temperatura, pulso e respiração, somente pela manhã e à tarde.
- Verificar a pressão arterial, pela manhã e à tarde.
- A higiene pode ser feita pelo próprio doente.
- Permitir que o doente alimente-se sozinho.

REABILITAÇÃO

Na reabilitação, devido ao tratamento usado e como consequência da própria doença, alguns doentes se tornam emotivos, outros entram em períodos de confusão mental, com ligeiras crises de alucinações ou ilusões, estado êste passageiro. Quando o doente estiver neste estado, a enfermeira não deve contradizer ou comentar com outros pacientes ou com êle mesmo o que se passou. Uma vez curado, deve ignorar êstes fatos, para que não se sinta envergonhado ou deprimido.

Sob a orientação e responsabilidade da enfermeira, processa-se a reeducação de todos os músculos, pela movimentação passiva e ativa.

DIETA

Durante a fase crítica, a dieta consiste somente em líquidos dados através de canudinhos flexíveis, devido à dificuldade de abertura da bôca e reflexo da deglutição.

A hidratação é um fator de grande importância para o doente, devido a grande perda de líquidos orgânicos pela sudorese e diurese que é fonte de alimentação de toxinas circulantes.

Quando o doente tem dificuldade na deglutição, a alimentação e hidratação são feitas através das veias pelo sôro mio-relaxante, associado à Vitamina C e Complexo B.

Na segunda fase ou fora de perigo, quando o doente apresenta melhoras e não tem dificuldade de deglutição, passa a receber dieta pastosa, passando gradativamente à dieta geral, de acôrdo com a vontade do doente.

VISITAS

Os tetânicos, na fase inicial da doença, são proibidos de receber visitas, pois estas perturbam consideravelmente o tratamento; entretanto, os seus familiares poderão receber suas notícias a qualquer hora do dia ou da noite. Quando as contraturas já são raras, então é permitida a visita dos familiares, por um curto espaço de tempo. Antes, porém, são êstes orientados no sentido de não fatigá-lo e de evitar qualquer notícia que possa perturbá-lo emocionalmente.

Se os familiares exigem quarto particular, é permitido um acompanhante, o qual é instruído sôbre a gravidade do caso, a fim de evitar interferir no tratamento e evitar agravamento do estado do doente. Em nossa experiência, na maioria das vezes os tetânicos com acompanhantes tem consequências fatais.

MEDIDAS COMPLEMENTARES

Quanto ao doente — No momento da alta hospitalar, é iniciada a imunização do doente com a 1.^a dose de Toxóide Tetânico. Este é orientado sobre a necessidade das doses subsequentes sobre a procura de qualquer serviço de imunização gratuito para a complementação das doses posteriores e sobre o retorno mensal para controle médico, durante três meses, no Ambulatório do próprio Hospital.

Quanto aos familiares — A família é orientada no sentido de imunizar as crianças, a partir de três meses de idade, e de que pode ser usada a vacina tríplice, que é profilática contra tétano, difteria e coqueluche. Os adultos são também orientados sobre o uso da vacina com toxóide tetânico.

CONCLUSÃO

Em 1966, quando o Serviço de Enfermagem em fase de organização contava apenas com três enfermeiros, os óbitos atingiram 80%. Em 1967 o Serviço de Enfermagem passou a contar com 17 enfermeiras e os óbitos foram reduzidos para 36% (Tabela VI). Daí se conclui que a vigilância constante é o fator primordial para a cura do tetânico, mesmo em Unidades Improvisadas.

Tôdas as enfermeiras que trabalham neste serviço são imunizadas.

BIBLIOGRAFIA

- VERONESI, Ricardo — Doenças Infecciosas e Parasitárias. Editora Guanabara Koogan S. A., Rio de Janeiro, 1964. Pgs. 480-496.
- BIER, OTTO — Bacteriologia e Imunologia. Edições Melhoramentos, 1966, pgs. 557-562.
- MILLER, Otto e Colaboradores — Terapêutica. Livraria Atheneu S. A., Rio de Janeiro, 1962 — pgs. 45, 50 e 51.

FONTES DOS DADOS

- Serviço de Estatística Físico Demográfica do Departamento Estadual de Estatística de Minas Gerais.
- Serviço de Arquivo e Estatística do Hospital São Francisco de Assis.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CASOS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (*)

Ana Cardoso (**)
Gedalva Moreira da Silva (**)
Josete Luzia Leite (**)
M.^a Tereza C. de Miranda (**)
Odilia Carvalho Cunha (**)
Zuleika de Paiva Braga (**)

INTRODUÇÃO

A insuficiência respiratória aguda não tem recebido a importância que merece. Ainda hoje, ela não é considerada a síndrome que pode aparecer em várias situações, mas apenas como sintomas sempre relacionados com problemas neurológicos ou cardiológicos. Entretanto, um grande progresso já foi conseguido; a insuficiência respiratória aguda já é considerada um caso de emergência e como tal é quase sempre tratada.

O aperfeiçoamento dos aparelhos de prótese respiratória possibilitou grande avanço nas técnicas de ventilação, facilitando a assistência a estes casos de emergência. O aumento de incidência desta síndrome tem despertado maior interesse de técnicos; atualmente há grande número de médicos especialistas e as enfermeiras já estão se interessando por esse problema.

O trabalho que pretendemos apresentar visa esclarecer a importância da insuficiência respiratória aguda, como uma emergência médica e de enfermagem, e tornar públicos os meios modernos de respiração artificial, os aparelhos usados e os cuidados necessários para a sua manutenção. Apresentaremos, também, um quadro com os dados estatísticos de nossa experiência no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital dos Servidores do Estado desde a sua inauguração.

(*) Trabalho apresentado na sessão de TEMA LIVRE do XX Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em Recife, PE.

(**) Enfermeiras do Hospital do Servidor do Estado, Rio de Janeiro, GB.

Para situar o problema, tentaremos dar uma visão geral da fisiologia, patologia, sinais clínicos, meios de diagnóstico e tratamento; passaremos depois para a parte de enfermagem necessária aos portadores deste problema.

FISIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Necessitando todas as células do oxigênio recebido do ar atmosférico, para transformar em trabalho a energia produzida pelos alimentos energéticos, é a função respiratória o elemento primordial na subsistência do nosso organismo. É através dela que o oxigênio é aproveitado pelas células, ao mesmo tempo que se elimina o anidrido carbônico produzido durante esse trabalho. O oxigênio chega às células através do líquido intersticial, que o recebe do sangue através da hemoglobina.

Vários aspectos atuam no desempenho da função respiratória: a mecânica, o transporte dos gases e a respiração celular.

Estes aspectos são intimamente ligados entre si e têm também interrelação com outras funções como a circulação, o trabalho cardíaco, o equilíbrio ácido-base, a atividade do sistema nervoso, etc.

A mecânica respiratória é feita através dos movimentos de expansão e retração do tórax, ou seja, os movimentos de inspiração e expiração. Essa mecânica tem por objetivo a renovação constante de ar nos alvéolos a fim de que se efetue o intercâmbio de gases entre o sangue e o ar. Os movimentos respiratórios se devem a:

- fatores ativos — os músculos governados pelo sistema nervoso;
- fatores passivos — a elasticidade do esqueleto e dos pulmões.

Os pulmões sofrem passivamente as variações que lhe imprimem os movimentos de expansão ou retração das paredes do tórax; os pulmões elásticos e retráteis, solidários com o tórax, estão permanentemente em distensão.

A pressão existente no interior da cavidade pleural é inferior à da atmosfera e a chamamos de pressão negativa. Esta pressão pleural negativa é maior durante a inspiração; por este motivo, durante este movimento, não só entra ar nos pulmões como aumenta o débito cardíaco.

Conteúdo de ar nos pulmões — Denomina-se de “ar corrente” o volume de ar que entra e sai dos pulmões em cada movimento respiratório. No adulto, em uma respiração normal e tranqüila, este volume é mais ou menos de 500 ml. Nem todo este volume chega aos alvéolos para o fenômeno da hematose. Só chegam aos alvéolos aproximadamente 350 ml., ficando o restante no chamado “espaço morto” (grandes brônquios, traquéia, laringe e cavidade nasal). Em uma inspiração forçada este volume pode atingir até

2000 ml., recebendo o nome de “ar complementar”. Na expiração forçada podemos expulsar até 1 500 ml. e o chamamos de “reserva suplementar”. Além do expirado resta sempre ar nos pulmões que se denomina “ar residual”.

Capacidade vital. A soma de ar de reserva, ar corrente e ar complementar, recebe o nome de capacidade vital; em suma é o volume de ar que o pulmão pode expulsar entre uma inspiração e expiração forçadas. Seu valor aproximado é de 5,500 lts.

Ventilação alveolar. O ar introduzido a cada inspiração, e que se perde no “espaço morto”, alcança 100 a 150 ml. no homem, variando em relação do sexo, idade, fases da respiração, etc.

Esse “espaço morto” é ocupado no fim da inspiração pelo ar do meio exterior e no fim da expiração pelo ar de procedência alveolar, pobre em oxigênio e rico em gás carbônico.

O volume respiratório por minuto é o produto da cifra do volume corrente pelo número de atos respiratórios, executados num minuto.

A ventilação alveolar mede-se subtraindo do volume corrente o volume do espaço morto e multiplicando a diferença pela frequência da respiração. Por exemplo:

$$\begin{aligned} \text{Volume corrente} &= 500 \text{ ml} \\ \text{Espaço morto} &= 150 \text{ ml} \\ \text{Frequência respiratória} &= 16 \\ \text{Ventilação alveolar: } &(500 - 150) \times 16 = 5\ 600 \end{aligned}$$

Esta então, será a cifra que indica efetivamente a ventilação alveolar.

Difusão. As diferenças de pressões parciais de O^2 e CO^2 no ar alveolar e no sangue que irriga os alvéolos fazem com que através da membrana alvéolo-capital se realize o processo de **difusão**, isto é, a troca de gases respiratórios. O oxigênio subtraído do ar inspirado atravessa a membrana alvéolo-capilar e se fixa à hemoglobina.

A saturação de oxigênio no sangue arterial atinge a cifra de 95 a 100%.

O gás carbônico, conduzido sob a forma de bicarbonato e de ácido carbônico, atravessando a membrana em sentido inverso ao do oxigênio, é eliminado pela expiração. Este gás carbônico determina uma pressão catalogada entre 35 a 45 mmHg de pressão.

Hipóxias — Hipercapnia. Os tecidos consomem oxigênio e rejeitam gás carbônico.

A hipóxia caracteriza-se pela falta de O^2 ao nível dos tecidos. A retenção do CO^2 nos tecidos constitui a hipercapnia.

Na insuficiência respiratória aguda (IRA), a hipóxia e a hiperapnia estão associadas; no entanto, pode existir uma destas condições separadamente.

Reconhece-se que o organismo tolera poucos minutos apenas a hipóxia severa, porque não tem reservas de O_2 para manter a oxigenação dos tecidos nobres por muito tempo.

Na tolerância da hiperapnia o organismo já se acha mais habituado, porque êle mobiliza a sua reserva alcalina para neutralizar a retenção de CO_2 nos tecidos.

Relação ventilação — perfusão pulmonar. O intercâmbio de gases nas paredes alveolares, entre o ar e o sangue, recebe o nome de hematose. Essas trocas gasosas poderão ocorrer e ser funcionalmente vantajosas, se a uma adequada ventilação alveolar corresponder uma adequada **perfusão**, isto é, se houver uma adequada quantidade de sangue nos alvéolos.

Proporção normal — No paciente sadio, em repouso, a proporção entre a ventilação e a perfusão é geralmente 0,8. O sangue que deixa os alvéolos é normalmente oxigenado. No paciente sadio, realizando um esforço físico, a ventilação e perfusão aumentam paralelamente, graças ao mecanismo de regulação.

Proporção aumentada — Em um paciente com embolia pulmonar, por exemplo, a ventilação pode ser normal, mas a perfusão será notavelmente reduzida ou abolida. A proporção aumentou de 2 para 1 ou 2 para 0. O sangue que deixa os alvéolos é normalmente oxigenado, mas em quantidade inadequada às necessidades orgânicas.

Proporção diminuída — Em um paciente com asma brônquica ou com obstrução parcial das vias aéreas, a ventilação deverá estar reduzida, enquanto a perfusão permanecerá normal. O proporção portanto diminui. O sangue que deixa os alvéolos é pouco oxigenado.

Em um paciente com obstrução completa de um território pulmonar, a ventilação é inexistente, enquanto a perfusão permanece normal. O sangue deixa os alvéolos sem ter sofrido modificação alguma.

A I. R. A. é sempre temível pelas conseqüências que pode acarretar e que são:

- a) morte;
- b) lesões do sistema nervoso causadoras de neuroses e perturbações psíquicas.

A demora no restabelecimento da ventilação alveolar, com misturas gasosas suficientemente oxigenadas, pode produzir lesões hipóxicas no cérebro, nos rins, no fígado e nas cápsulas supra-renais. Tudo isso indica a urgência no tratamento da I. R. A., logo que se manifeste, para evitar as alterações anátomo-patológicas de difícil recuperação.

ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

São possíveis as seguintes alterações:

- hipoventilação alveolar,
- alteração da relação ventilação-perfusão pulmonar,
- defeitos da transferência de oxigênio,
- hipóxia e acidose não respiratória.

Hipoventilação alveolar. É causada por:

1. lesões do sistema nervoso central (poliomielite, tétano, traumatismos medulares),
2. ação de drogas tais como: sedativos, analgésicos, hipnóticos),
3. paralisia dos músculos respiratórios,
4. traumatismos e lesões torácicas,
5. lesões pleurais,
6. pneumopatias obstrutivas,
7. enfisema pulmonar.

Alteração da relação ventilação-perfusão pulmonar. São suas causas determinantes:

1. edema pulmonar,
2. enfarte e embolia pulmonar,
3. bronquite,
4. asma,
5. fibrose pulmonar,
6. enfisema pulmonar,
7. complicações no pós-operatório da cirurgia torácica.

Defeitos de transferência de oxigênio. — São causados por:

1. redução da superfície pulmonar,
2. espessamento da membrana alvéolo-capilar.

Hipóxia e acidose não respiratória. Têm como causas:

1. enfarte do miocárdio,
2. parada cardíaca,
3. colapso,
4. deficit de hemoglobina.
 - a) anemia severa,
 - b) intoxicação por CO²

- c) metahemoglobinemia,
- d) sulfanemoglobinemia,
- e) hemoglobinopatias diversas.

QUADRO CLÍNICO E MEIOS DE DIAGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (I. R. A.)

Na I. R. A. os sinais e sintomas não são específicos; esta disfunção pulmonar deve ser suspeitada pela observação clínica e confirmada por exames de laboratório.

É muito importante reconhecer a I. R. A. precocemente para evitar a hipercapnia. O estado de hipóxia é mais grave, mas, a hipercapnia é mais rica em manifestações clínicas. Como os dois estão quase sempre associados e atuam ao mesmo tempo sobre todo o organismo, eles produzem a sintomatologia clínica abaixo enumerada:

Sistema Nervoso

Agitação psíquica — O paciente mostra-se às vezes loquaz, otimista, ou então preocupado e pessimista; e há ainda: inquietude, confusão mental e ansiedade.

Agitação motora e incoordenação — A agitação motora incontrolada é um dos sinais mais fiéis da hipóxia do sistema nervoso central. O paciente não exerce controle de seus movimentos.

Obnubilação, sonolência e torpor — Indicam sofrimento cerebral que pode ser devido ao edema cerebral.

Coma — É sinal de I. R. A. avançada, quer seja ou não precedida de convulsões.

Contraturas musculares Podem ser observados: fibrilação musculares e tremores, como trismo, contrações tônicas e clônicas. Quando há contração da musculatura lisa, é sinal de hipóxia severa e se manifesta por emissão de fezes, urina e vômitos.

Sinais respiratórios

Dispnéia — No início o paciente pode queixar-se de dispnéia; posteriormente, devido à obnubilação mental, não se queixa desta dificuldade respiratória. Porém, o fato dele não se queixar, não constitui prova de que não esteja em I. R. A. e muito menos de que melhorou pelo contrário, indica que a I. R. A. progrediu e as condições psíquicas do paciente se deterioraram.

Na I. R. A. há hipoventilação alveolar; os movimentos respiratórios podem ser superficiais e freqüentes. Aparecem também, arritmias respiratórias denunciando sofrimento dos centros respiratórios bulbares. Com o progresso da I. R. A. os movimentos tornam-se irregulares; não têm a mesma duração e a mesma amplitude, a expiração tem duração mais prolongada que a inspiração e surgem pausas respiratórias perde-se o sincronismo entre as contrações do diafragma e as contrações dos músculos intercostais.

Os ritmos respiratórios patológicos são: ritmos de Cheyne Stoke, ritmos de Kussmaul, ritmos de Biot e ritmos de Grocco.

Apnéia: — A ausência de movimentos respiratórios constitui a apnéia, condição alarmante que levará o doente à morte em poucos minutos ou à desintegração da atividade psíquica. As células corticais do cérebro não suportam períodos de hipóxia superior a 8 (oito) minutos; já com 3 (três) minutos, podem surgir lesões corticais irreversíveis.

Sinais cardiovasculares

No início da L. R. A. aparece: congestão da face e das conjuntivas, taquicardia com pulso cheio, aumento da P. A., principalmente sistólica. Depois, o pulso além de freqüente e tenso, torna-se arritmico, a P. A. mostra tendência a cair.

Finalmente, se não suprir o miocárdio de O² a P. A. cai bruscamente, e a bradicardia anuncia a aproximação da parada cardíaca.

Sinais cutâneos e das mucosas

Sudorese — A sudorese é sinal precoce muito importante. É uma sudorese abundante que se renova constantemente.

Cianose — A cianose é sempre um sinal de alarme; ela deve ser pesquisada nas polpas dos dedos, nos leitos unguinais, nas mucosas dos lábios, da boca e da língua, bem como nos vasos das conjuntivas. A ausência de cianose não exclui um estado de I. R. A. grave.

Sinais Urinários

Durante a fase hipertensiva há poliúria com urina pouco densa e pH baixo. Na fase final pode dar-se emissão de urina por contração espástica da bexiga.

Hipertermia

A hipertermia acompanha a I. R. A. quase sempre, devido ao sofrimento dos centros hipotalâmicos, termo reguladores e também devido à alveolite pulmonar coexistente.

Exames de laboratório

Após o reconhecimento da I. R. A. pelos sinais clínicos fazem-se os exames de laboratório para a confirmação do diagnóstico. Os índices utilizados são obtidos no sangue arterial, retirado por função de uma das artérias mais acessíveis: radial ou femural.

Os índices são os seguintes, com os respectivos valores normais:

pH	7,35 a 7,45
HCO ³ (bicarbonatos)	27 a 28 mEq/L
CO ² total	27 a 30 mEq/L
pCO ²	35 a 46 mmHg.
Hematócrito	45%
Sat. O ² arterial	96 a 100%

DIAGNÓSTICO

Podemos dizer que há I. R. A. quando:

- 1 — a tensão do CO² no sangue arterial é superior a 46 mmHg;
- 2 — a saturação do O² no sangue arterial é inferior a 92%;
- 3 — o bicarbonato no sangue arterial é inferior a 28 mEq/L;
- 4 — geralmente, está elevado o hematócrito, se não houver hemorragia. Estes índices podem aparecer alterados juntamente, podem estar alterados 2 a 2 ou ainda apresentar-se alterados isoladamente. O significado é sempre o mesmo: insuficiência respiratória aguda.

TRATAMENTO

O tratamento da insuficiência respiratória visa:

1. restabelecimento da permeabilidade das vias aéreas:
 - tosse (espontânea, estimulada, provocada por aparelhos, Tussomat)
 - fluidificação das secreções, rehidratação, iodeto de potássio, aerosol com detergentes, soro fisiológico, mucolíticos, etc.
 - broncodilatadores

- drenagem postural
- aspiração traqueal
- bronco aspiração
- traqueostomia
- 2. oxigenação:
 - nasal (máscara ou tenda)
 - respiração assistida ou controlada
 - analéticos respiratórios (Micoren — Ritalina — etc.)
- 3. combate à infecção:
 - antibióticos

UNIDADE RESPIRATÓRIA

Objetivos

- 1 — Agrupar estes pacientes, que são considerados graves, para melhor execução das técnicas específicas de enfermagem.
- 2 — Manter a continuidade do desenvolvimento do plano de enfermagem, de acordo com as necessidades dos pacientes.
- 3 — Prevenir complicações e abreviar a recuperação total dos pacientes.

Esta unidade deve ser o menos séptica possível. Deverá contar com pessoal e material especializados e prontos para atender a qualquer emergência.

Pessoal

A chefia da unidade fica geralmente sob a coordenação de um anesthesiologista ou um pneumologista. Isto porque este deverá estar apto para agir em qualquer eventualidade.

O Serviço de Enfermagem estará sob a chefia de uma enfermeira especializada; todo o pessoal é previamente treinado para atendimento imediato, bem como, no manejo de qualquer aparelho. Teremos então, além da chefe de unidade, para cada equipe: uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma servicial (equipes iguais para todos os horários); cada equipe atende a 3 pacientes.

Material

Este deverá estar sempre pronto para uso. Além do material de uso comum, temos os aparelhos especializados:

Eletrocardiógrafo; monitores; espirômetro; ventilômetros (Ambu e Ranina); Tusscmat; potenciômetros para analisar pH; respiradores automáticos; Bird — Mark 8, 9 e 10.

Todo equipamento usado para os pacientes que necessitam de prótese respiratória merece muita atenção para o seu funciona-

mento e manutenção. O hospital moderno tem sempre um serviço de manutenção especializado; uma de suas funções é apresentar todo aparelho novo ao pessoal que com ele vai trabalhar, fazendo demonstrações sobre funcionamento, peças, modo de lavar, esterilizar e conservar.

De um modo geral, o material de borracha (Ambú, Ranina, cânulas, catéteres), plástico, nylon ou outro material sintético é lavado em solução detergente por uma hora, depois colocado em formalina por 48 horas. Há soluções químicas esterilizantes que são muito eficientes para o instrumental mas atacam outro tipo de material.

Muito importante neste ponto, é o treinamento do pessoal no manuseio de todo o equipamento, antes de começar a trabalhar na unidade. Nenhum funcionário deve começar a trabalhar, sem conhecer muito bem a unidade, o material e o equipamento a ser usado.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

O paciente com insuficiência respiratória aguda, na maioria das vezes, é mentalmente confuso, por isso, devemos dar ênfase aos cuidados psicológicos, sociais e espirituais, indispensáveis a qualquer paciente.

Ao ser admitido na unidade de tratamento intensivo, o primeiro cuidado médico e de enfermagem é ventilar suficientemente os pulmões do paciente para normalizar suas funções orgânicas, e isto é feito por meio da intubação ou da traqueostomia.

Intubação

Atua de forma absolutamente salvadora, pois ela possibilita todas as facilidades para efetuar uma rigorosa limpeza imediata das vias aéreas, assim como estabelece a respiração artificial assistida e controlada.

Os materiais de intubação, laringoscópios e os tubos "cuffed", devem estar sempre prontos para serem usados.

Nebulização

O ar aspirado deve ser umidificado contínua e adequadamente, para evitar formação de tampão mucoso, que pode obstruir a cânula. Os nebulizadores são fontes de infecção: por este motivo devem ser esterilizados cada 48 horas. Um cuidado importante é manter o nebulizador em um plano mais baixo, evitando que o líquido reflua para a traquéia do paciente.

Traqueostomia

No caso de ser realizada a traqueostomia é de vital importância o uso de cânula tipo "cuffed", que não permite vazamento de O².

Para um cuidado integral, inteligente e efetivo a um paciente de insuficiência respiratória aguda, traqueotomizado, é necessário que a enfermeira conheça perfeitamente o tubo "cuffed", sua finalidade e as complicações que poderão advir.

Finalidade e uso do "cuffed". As Cânulas tipo "cuffed" quando insufladas formam um balão que oblitera o espaço entre o tubo e a traquéia, evitando a passagem do ar ao redor, ficando como única via para as trocas de ar, a luz da cânula. O balão insuflado reduz as possibilidades de aspiração de secreções para os brônquios.

O "cuffed" é usado:

— em todos os pacientes de insuficiência respiratória que necessitam de prótese respiratória, após traqueostomia.

— em pacientes cujos reflexos laringeos e faringeos estejam diminuídos ou abolidos para aspiração de secreções.

Para insuflar o balão, necessitamos de uma seringa e pinça hemostática protegida. Injeta-se ar no tubo piloto de 2 a 8 cm. e pinça-se em seguida.

A enfermeira pode verificar se o balão está cheio convenientemente, da seguinte maneira: com uma das mãos obstrui o tubo da traqueostomia e com a outra procura sentir o ar que por acaso saia pela boca, nariz ou ao redor do tubo. Quando o balão está insuflado corretamente o paciente fica afônico e se os pulmões do paciente estão sendo ventilados por aparelhos de pressão positiva, também não haverá escapamento de ar pela traqueostomia.

Durante o tempo em que o balão está cheio há acúmulo de secreções na parte superior da traquéia, por isso, deve-se fazer sucção desta e da faringe antes de esvaziá-lo. Esta sucção evitará que as secreções desçam para a traquéia quando o balão é esvaziado. Para obter êste esvaziamento basta abrir a pinça e retirar o ar pelo tubo piloto; o balão está vazio quando o "piloto" também estiver.

Aspiração de secreções — Devemos fazer a sucção da cânula tão frequentemente quanto necessário e com técnica asséptica para manter a luz livre de obstáculos. Para isto necessitamos de catéter para cada sucção e mão de luva ou lenço de papel esterilizado.

A cânula traqueal deve ser trocada diariamente ou mais frequentemente, ou ainda em acidentes como deslizamento do balão "piloto".

O curativo do orifício traqueal também deve ser feito com muita frequência, a fim de evitar contaminações.

Complicações

O paciente com a cânula endo-traqueal merece atenção toda especial da enfermagem a fim de prevenir complicações. As mais freqüentes são:

— sufocação por obstrução da cânula — Para evitá-la deve haver observação cuidadosa e umidificação adequada do ar;

— aspiração de qualquer material — menos freqüente e muito mais grave;

— isquemia traqueal com necrose — ocorre quando o balão é insuflado em demasia ou não é esvasiado periódicamente, traumatizando a traquéia;

— hipo-ventilação — situação perigosa, decorrente do mau funcionamento do respirador; nestes casos, substitui-se imediatamente o respirador por ventilador como o Ambú ou a Ranima.

OXIGENOTERAPIA

Métodos

Sonda nasal — Para que seja eficaz é necessária que a sonda seja colocada adequadamente ao ser introduzida em uma das narinas, sua extremidade não deve ultrapassar o cavum (entroncamento do faringe com o esôfago e laringe). Se a sonda ultrapassar este entroncamento poderá haver náuseas, vômitos e, o que é pior, ela perderá toda sua eficácia porque penetrará no esôfago. No caso da sonda ser colocada muito aquém do cavum, haverá desperdício de O_2 que será rejeitado para o exterior. A concentração de O_2 dada por este método deve ser de cerca de 60%.

Máscara — Método mais eficaz porque a concentração fornecida chegará a 100%; entretanto o desconforto causado contraindica-a em vários casos.

Perigos

O O_2 é considerado o meio terapêutico mais importante nos casos de insuficiência respiratória aguda. Entretanto, se analisarmos os seus perigos em potencial, veremos que ele é na realidade uma arma de dois gumes.

Algumas situações levam o individuo a perder a capacidade de absorver a quantidade de O_2 necessária para a sua sobrevivência; se esta incapacidade não for corrigida a tempo o individuo entra em hipóxia, havendo lesões irreversíveis dos tecidos e conseqüentemente a morte sobrevém. A hipóxia para ser corrigida necessita, às

vêzes, de O² em altas pressões, como por exemplo a oxigenação dada nas câmaras hiperbáricas.

A necessidade de sustentar uma terapêutica com O² em altas pressões é perigosa, como o é também qualquer terapêutica com medicamentos em altas doses; por este motivo este tratamento merece cuidados preventivos especiais. Além de seu poder de intoxicação, o O² depende de sua concentração e da duração do tratamento. Para evitar a intoxicação e demais perigos da oxigenoterapia temos que preveni-los e nesta prevenção a enfermagem desempenha papel vital; várias medidas devem ser tomadas:

a — encrajar o paciente a fazer inspiração profunda periodicamente, para evitar atelectasia;

b — intercalar períodos de inalação de O² puro com outros de inalação de O² misturado com ar;

c — alarme diante de sintomas e sinais como: hipersensibilidade sub-esternal, tosse e congestão nasal;

d — vigilância rigorosa para que não seja administrado mais O² do que o prescrito;

e — no caso de recém-nascido prematuro, evitar a exposição a pressões superiores a 40%, o que poderia causar vasoconstricção na retina e conseqüentemente isquemia, hipóxia, fibrose e cegueira.

f — evitar fogo ou uso de aparelhos que produzam faíscas concomitantemente com o O² (comburente poderoso). Atualmente, está se generalizando o uso de monitores eletrônicos, desfibriladores, marca-passos, que não possam ser dispensados. Devemos manter estes aparelhos sempre em boas condições de uso, com os fios, conexões e tomadas em perfeito estado, para evitar curto circuitos ou contactos defeituosos que possam produzir faíscas;

g — evitar substâncias facilmente inflamáveis, como o álcool, éter, benzina, óleos, pomadas;

h — manter um plano de como agir nos casos de incêndio ou explosão, dispondo de equipamento necessário, de saídas de emergência e pessoal treinado.

RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL

Há casos em que a oxigenoterapia é contraindicada, embora esteja presente a cianose. Isto acontece quando um processo crônico de insuficiência respiratória torna-se agudo; nesta situação os respiradores artificiais são indicados.

O uso de respiração artificial é adotado quando os outros métodos clínicos falharem, ou quando a instalação da insuficiência respiratória aguda fôr muito rápida e grave.

Os métodos usados podem ser: externos e internos.

Métodos externos

- manuais, como os métodos de Schffer, Silvester e Nielsen;
- mecânicos como o método de Eva, o pulmão de aço e a couraça tóraco-abdominal;
- elétrico. (Consiste na excitação eletroforênica, método de difícil realização e por isso deixado em plano secundário.

Métodos internos

- simples como a respiração bôca a bôca, bôca-nariz, bôca-máscara.
- instrumentais:
 - não automático como o Ranima Pesty, o Ambu e aparelhos de anestesia.
 - automáticos como o Takaoka, Engstrom, Cabral de Almeida, Bird, Bennet e R. P. R.
 - assistores: Bird, Bennet e Mac Donald.

Os ventiladores fornecem ventilação suficiente ao paciente, independentemente de sua vontade, enquanto os assistores auxiliam o paciente a respirar aumentando ou diminuindo a pressão do O² de acôrco com as necessidades, aumento ou diminuição de secreções, maior ou menor estímulo, etc.; ao primeiro método chamados a respiração de **controlada**, ao segundo respiração **assistida**.

PROFILAXIA

É importantíssimo para a profilaxia da insuficiência respiratória aguda reconhecê-la precocemente, antes que a hipóxia e a hiperapnia provoquem problemas de difícil solução. Toda pessoa portadora de doença pulmonar crônica ou de qualquer outra moléstia que possa levá-lo à insuficiência respiratória aguda deve ser submetida a tratamento contínuo de modo a evitar a hipóxia e combater infecções respiratórias. A educação sanitária também tem aqui o seu valor profilático; pessoas bem dotadas de conhecimento de higiene, que fazem os seus exames de saúde periodicamente, que tenham hábitos sadios de vida, praticando esportes, fazendo ginástica com exercícios respiratórios, dificilmente sofrerão uma afecção que os leve à insuficiência respiratória aguda.

REABILITAÇÃO

Vencer a emergência da insuficiência respiratória aguda não completa o nosso trabalho, cujo objetivo principal é devolver o paciente ao seu meio social com todas as capacidades que possuía

antes de adoecer. A recuperação está na dependência das lesões irreversíveis causadas pela doença e na precocidade com que os médicos e enfermeiras lançam mão dos meios de que dispõem para que o paciente recupere suas capacidades. Muitas vezes, quando devidamente encorajado e orientado, o paciente consegue viver sem uso de respiradores, embora grande parte de seu parênquima pulmonar esteja lesado irreversivelmente; a deambulação precoce, os meios fisioterápicos como a técnica de respiração diafragmática facilitam muito este trabalho. Enquanto tem que estar respirando com o auxílio da prótese respiratória, o paciente não deve ser considerado inválido, as suas capacidades devem ser estimuladas para o próprio bem. A alimentação pode ser tomada pelo paciente com a assistência da enfermeira, pequenos passeios podem ser realizados com auxílio de um respirador portátil assim o seu tonus muscular será melhorado e as dificuldades por ocasião da alta serão mais facilmente vencidas.

ESTATÍSTICA

Durante dezesseis meses de funcionamento do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital do Servidor do Estado tivemos 306 internações; destas, 51 pacientes apresentaram insuficiência respiratória aguda; 33 adultos do sexo masculino, 17 do sexo feminino e 1 criança.

CONCLUSÕES

— A criação de unidades respiratórias, facilita e possibilita a recuperação de maior número de pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda.

— A observação profissional e cuidadosa da enfermagem é essencial para a sobrevivência de um paciente traqueostomizado.

— A enfermeira que conhece e sabe como usar o tubo "cuffed" pode dar com segurança o cuidado exigido pelo paciente.

— Um plano de como agir em casos de incêndios e explosões e pessoal treinado são indispensáveis para a prevenção de acidentes no caso de oxigenoterapia em altas pressões.

RESUMO

A insuficiência respiratória aguda é mostrada como uma das emergências médicas e de enfermagem que sofreram maiores transformações na sua terapêutica, devido aos progressos da técnica com o uso de próteses respiratórias de manejo fácil e prático. O uso do tubo "cuffed" também chamado "cânulas", é descrito pormenorizadamente.

zadamente e considerações são feitas sobre os inúmeros cuidados exigidos pelos pacientes traqueostomizados em uso de prótese respiratória. Os perigos do uso da oxigenoterapia são também considerados em muitos dos seus aspectos; sugestões são feitas quanto à prevenção da intoxicação pelo oxigênio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALMEIDA, J. J. Cabral — Nossa conduta perante a insuficiência respiratória aguda. *J—BM. GB.* 8 (2): 188-202. 1964.
- 2 — AMARAL, Ruy V. Gomide — Emergência em Pediatria. 2.^a ed. S. Paulo, Servier. 1967. 339-402.
- 3 — HOUSSAY, Orias — Fisiologia humana. Ed. Atheneo. 298-314. 1952.
- 4 — NETT, Louise M., PETTY, Thomas — Acute respiratory failure. *AJN. USA.* 67 (9): 1847-1853. Set. 1967.
- 5 — RESPIRADORES Automáticos Combatem a Insuficiência Ventilatória. *MH. SP.* 1 (3): 21-24. Ag. Set. 1967.
- 6 — SIMÃO, Antonio T. e VIGNOLI, Jayme — Cardiologia de Urgência. *GB.* 31 75. 1967.
- 7 — SOVIE, Margaret D. e ISRAEL, Jacob S. — Use of the cuffed tracheostomy tube. *AJN. USA.* 67 (9) 1954-1956. Set. 1967.

DESCOBERTA, TREINAMENTO E CONTRÔLE DE PARTEIRAS CURIOSAS — UMA NECESSIDADE NO BRASIL

Maria do Rosário Souto Nóbrega (*)
Colaboradora: Damaris Dias da Silva (**)

O início do Serviço de Parteiras Leigas do Centro de Saúde Amaury de Medeiros está intimamente ligado ao problema do tétano que, em 1964, incidia na cidade do Recife com um caso em cada dois dias. A mortalidade atingia 93%. Dentre os casos notificados, o percentual de 50% era representado pelo tétano neonatorum.

No ano seguinte a Secretaria de Saúde, idealizando uma Campanha de Vacinação Anti-tetânica, confiou a sua execução à direção do já referido Centro de Saúde. Antes de planejar a Campanha, a executora realizou dois testes em dois diferentes bairros pobres do Recife, com o fim de sondar os tipos de reações pessoais e a possibilidade de encontrar e convencer as pessoas a serem vacinadas.

No primeiro bairro trabalhado, entre outros dados, foi estimado um número de 167 gestantes a serem vacinadas.

Apesar da divulgação sobre a Campanha através de jornais, rádio e televisão e ainda de se ter descoberto um pequeno número de curiosas, a produção foi insatisfatória, tendo-se conseguido vacinar apenas 5 gestantes.

Para o teste no segundo bairro, além dos meios de divulgação e vacinação utilizados, foi usado o método da vacinação de casa em casa. O grupo de curiosas era maior e, naquela ocasião, uma enfermeira, professora de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da U.F.P., iniciou uma certa orientação para aquelas criaturas, através de aulas e do seu trabalho no serviço pré-natal. Outra professora da mesma Faculdade colaborou na organização de um centro de esterilização de material para vacinação e para a assistência aos partos a serem realizados pelas curiosas. Essas co-

(*) Professora de Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

(**) Enfermeira Obstétrica responsável pelo serviço de Curiosas do Centro de Saúde Amaury de Medeiros.

meçaram a receber material para curativo umbilical e credeização. O rendimento do 2.º teste, em relação à gestante, foi de 100%.

Avaliado o terreno a ser trabalhado, a Campanha planejada para um período de 2 anos, contou com uma equipe executora constituída de: 1 executora médica, 5 enfermeiras, 1 educadora sanitária, 50 vacinadoras, 2 estaticistas, 2 motoristas, atendentes e práticos de enfermagem.

Em agosto de 1965, o Centro de Saúde Amaury de Medeiros mantinha orientação para um grupo de 18 curiosas, através dos meios já mencionados. Era necessário, no entanto, descobrir e controlar o maior número possível de curiosas que operavam no Recife, uma vez que para 4338 gestantes estimadas, apenas tinham sido vacinadas 1136.

Considerando que o número de leitos obstétricos era insuficiente para a população;

Considerando que mesmo no caso de ser dada assistência hospitalar a um maior número de parturientes, surgia a necessidade de alta precoce à puérpera, pela pobreza dos leitos de maternidade;

Considerando que eram as curiosas que em geral cuidavam das mães e filhos recém-saídos da maternidade;

Considerando que os serviços pré-natais não aplicavam a rotina da vacinação anti-tetânica;

Considerando que ainda era costume arraigado na nossa cultura a utilização do trabalho das curiosas;

Considerando que não existiam profissionais em número suficiente para prestar assistência materno-infantil;

Considerando que as curiosas subiam morros e atravessavam alagados para prestar assistência às mães pobres;

Considerando que muitos dos nossos serviços obstétricos empregavam curiosas e auxiliares de maternidade para assistirem as parturientes;

Considerando que o Estado não tinha possibilidade econômica para melhorar o nível sócio-econômico das famílias menos favorecidas;

Concluimos que as curiosas ainda seriam um mal necessário que deveria se transformar em um bem útil.

Contando mais uma vez com a colaboração da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, o Centro de Saúde Amaury de Medeiros, através de sua dinâmica diretora, iniciou em setembro de 1965 um serviço de Contrôlo de Curiosas. O técnico de responsabilidade indireta seria a professora de Enfermagem Obstétrica daquela Faculdade, que havia tido a oportunidade de frequentar Serviços de Saúde Pública do Pôrto Rico e de alguns Estados sulistas dos Estados Unidos, que mantém trabalho

O Serviço de Curiosas foi organizado e é mantido com três etapas a atingir: **DESCOBERTA**, **TREINAMENTO** e **CONTRÔLE** das Curiosas.

DESCOBERTA

Salientamos o termo descoberta para não confundi-lo com o termo recrutamento. O primeiro implica no encontro das curiosas que realmente já estão trabalhando junto às mães; o segundo implica em se convocar pessoas interessadas a ingressarem no ofício de parteiras. De maneira alguma estaríamos interessadas em seguir a segunda orientação.

A descoberta de início se processou através de entrevista pela televisão, anúncios pelo rádio e jornais, informações das 18 antigas curiosas, visita a casos notificados de tétano neo-natorum, por auxiliares de saneamento e visitadoras. O resultado foi satisfatório; após quatro meses de atividade já estavam ligadas ao Centro de Saúde 60 curiosas. Atualmente, com menos de 3 anos, o número é de 255. O Recife, com 1 milhão de habitantes, 400 leitos obstétricos, duas Faculdades de Medicina e duas de Enfermagem, um curso de Obstetrias, possui também no mínimo 255 curiosas!

TREINAMENTO

A cada grupo de curiosas descobertas corresponde um treinamento que é procedido pelo preenchimento de uma ficha de registro, uma ficha de assistência médica e apresentação da carteira de saúde. Para o preenchimento da ficha de registro são solicitados documentos de identificação e uma fotografia.

Na ficha de registro encontramos dados que são comuns a muitas curiosas como sejam: fazer partos com vestido comum, não possuir material próprio nem sequer uma tesoura, passar álcool no material que vai entrar em contacto com o cordão umbilical, não fazer credeização ou fazê-la com colírio Moura Brasil ou Argirol, colocar no coto umbilical "pó de nuvem", pedra hume, óleo de amêndoa, picumã, areia peneirada, sal, fumo, saliva, pano queimado etc.

As curiosas, de nível econômico e de instrução precários, assistem a muitas mães que não têm nem roupa para vestir os filhos.

Entre as curiosas descobertas, foi encontrado durante o exame de saúde um caso de lepra.

Todos os treinamentos devem ser realizados seguindo o mesmo plano e o mesmo conteúdo transmitido numa linguagem fácil e adaptada aos costumes das curiosas (Ver anexo 1).

Após o treinamento cada curiosa recebe um certificado de Parteira Leiga Controlada que é registrado no Centro de Saúde. Esse fato é celebrado com uma festinha que não tem somente a finalidade de externar alegria e satisfação mas também de intercâmbio social entre elas. Como prêmio, até o presente, com a colaboração da LBA, tivemos 100 bolsas para oferecer às primeiras parteiras treinadas.

CONTRÔLE

Mais importante que o treinamento é o controle e supervisão da curiosa. Por melhor treinada que seja essa pessoa se ela não permanecer vinculada ao Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde, vai deixando de praticar os ensinamentos recebidos até voltar ao padrão do trabalho antigo.

Para essa atividade o Centro de Saúde Amaury de Medeiros possui Enfermeira Obstétrica que conta com a colaboração de visitadora do serviço no tocante às visitas a puérperas e recém-nascidos assistidos pelas parteiras controladas.

São atribuições da Enfermeira Obstétrica:

- orientar a descoberta de curiosas;
- fazer o treinamento das curiosas descobertas;
- promover a atualização das parteiras leigas controladas pelo Centro de Saúde;
- distribuir material esterilizado para o curativo umbilical, nitrato de prata a 1%, e mertiolato, semanalmente ou mais frequentemente se necessário;
- atualizar a ficha de trabalho de cada parteira;
- atualizar o mapa de distribuição das parteiras de acordo com o seu nível de instrução e sua área de residência;
- orientá-las na organização de festas em datas de significado religioso ou social;
- atualizar anualmente as fichas de saúde de cada parteira;
- providenciar o preparo de material para o curativo umbilical que deve ser feito pelas parteiras;
- orientar as parteiras no preenchimento de documentos;
- promover reuniões mensais das parteiras quando são estudados casos elogiáveis ou que não devem ser repetidos;
- visitar os casos de tétano-neo-natorum ocorridos na cidade;
- receber os cartões de notificação dos partos assistidos pelas parteiras;
- orientar as visitadoras em relação às visitas a puérperas e recém-nascidos cuidados pelas parteiras. Ressaltamos aqui que durante um pequeno período a enfermeira contou com o trabalho de quatro visitadoras, exclusivas para o serviço. A produção foi muito

satisfatória. Infelizmente, por razões financeiras, não se pôde continuar com tal exclusividade.

Em 1966, em 1 253 partos controlados, não foi constatado nenhum caso de tétano-neo-natorum. Em 1967 foram controlados 2 141, havendo um caso de tétano- neo-natorum nas mãos de uma parteira leiga que, apesar de ter sido treinada, não estava frequentando o Centro de Saúde e por conseguinte não estava munida de material esterilizado.

Enquanto isto em todo o Recife a incidência de tétano neo-natorum nesse ano foi de 53 casos, sendo um o já citado, 6 em crianças nascidas em ambiente hospitalar cujas mães haviam frequentado serviços pré-natais, havendo uma sido vacinada contra o tétano. Foram encontrados 25 casos em partos atendidos por familiares e por curiosas não controladas. Infelizmente, por questão de endereço errado, não foram visitados 21 casos de tétano neo-natorum.

No momento atual as parteiras leigas controladas pelo Centro de Saúde Amaury de Medeiros se irmanam através de sua Associação, para a qual já formularam os estatutos e um hino oficial. (Ver Anexo 2). Apesar da pouca instrução têm espírito patriótico, religioso e poético. Tudo fazem para o Serviço Melhor. Muitas há 2 anos iniciaram seu estudo primário, ou pelo menos a alfabetização.

Não temos pessoal em número suficiente para um trabalho importante no campo de Saúde Pública, daí não podermos oferecer mais dados estatísticos, não só em relação ao tétano neo-natorum, como também aos casos encaminhados aos serviços pré-natais, às maternidades e ao serviço de puericultura.

Finalizando este trabalho, recomendamos que as instituições de Saúde Pública de todo o país criem serviços semelhantes ao que acabamos de interpretar, sempre sob a chefia imediata de uma enfermeira com especialização em enfermagem obstétrica, ou de uma obstetrix com especialização em saúde pública.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO — FACULDADE DE ENFERMAGEM

PLANO DO TREINAMENTO DE PARTEIRAS CURIOSAS

Objetivos:

1 — Dar às Curiosas conhecimentos concernentes à Assistência Materno-Infantil, dentro das suas possibilidades de compreensão.

2 — Ajudar as curiosas a desprezarem tabús e o medo que têm das autoridades e instituições médicas.

3 — Ajudar as Curiosas a desenvolverem habilidade e iniciativa nos cuidados maternos e infantis.

4 — Ajudar as Curiosas a se socializarem melhor a se sentirem pessoas integrantes da Equipe de Saúde Pública.

Finalidade:

Diminuir a morbidade e mortalidade materno-infantis.

Pessoal encarregado do treinamento:

Enfermeira de Saúde Pública — Enfermeira Obstétrica ou Obstetrix com experiência em Saúde Pública.

Conferencistas convidados: Médico, Ministros de Igreja, Assistentes Sociais, Guardas Sanitários, etc.

Local de treinamento:

Centro de Saúde Amaury de Medeiros.

Local dos estágios de observação:

- a) Serviço de Higiene Pré-natal e de Higiene Infantil do C.S.A.M.
- b) Sala de injeções do C.S.A.M.
- c) Maternidade da Encruzilhada.

Duração do treinamento:

(Para grupo de 12 curiosas) 45 dias = 230 horas distribuídas em:

Ensino teórico prático: 1 dias úteis = 4 horas

Estágios de observação:

Serviço de Higiene Pré-natal — 8 dias = 32 horas;

Serviço de Higiene Infantil — 8 dias = 32 horas;

Sala de Injeções — 4 a 8 dias = 16 a 32 horas;

Sala de Partos — 15 dias úteis = 110 horas.

Procedimentos de ensino:

Entrevista individual no início do treinamento (preenchimento de ficha individual e exame de saúde).

Aulas teóricas e práticas nas quais são usados: quadro negro, modelos obstétricos, cartazes e mapas.

Projeção de filmes.

DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO

Dias	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Filmes	Recursos Didáticos
1.º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientação sobre o treinamento. Contróle do trabalho da parteira pelo Centro de Saúde. 2. Valor da "Parteira Leiga" em face da Comunidade e do Serviço de Saúde Pública. Direitos, deveres e limitações da Parteira Leiga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação de pessoas que trabalham no Centro de Saúde e na Maternidade. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vidas em nossas mãos (USIS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quadro negro. 2. Filme 3. Gráficos e mapas.
2.º	<ol style="list-style-type: none"> 1. O uniforme da parteira 2. A maleta da parteira 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstração de u'a maleta de parteira e do seu conteúdo. 2. Demonstração de como fazer bolas de algodão 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Modêlo do uniforme da parteira. 2. Maleta da parteira doada pelo FISI.
3.º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomia dos órgãos relacionados com a gravidez. 2. Fisiologia genital feminino. Higiene menstrual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstração de como fazer diferentes tipos de sacos de papel. 2. Demonstração de como lavar as mãos. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleção de mapas para o preparo psico-fisiológico da gestante. 2. Coleção de mapas da Johnson. 3. Modelos de troncos femininos doado pelo FISI. 4. Pelvis feminino e crânio fetal doados pelo FISI.

<p>4.º</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fecundação. Gravidez. Desenvolvimento fetal. 2. Higiene da gravidez. Dieta. Asseio corporal. Higiene Mental. Frequência do Serviço Pré-natal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No Comêço. (Consumido Americano). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os mesmos do dia anterior. 2. Cartazes sobre alienções.
<p>5.º</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas higiênicas para o domicílio (ministrada pelo Guarda Sanitário-). 2. Visitas que a parteira deve fazer à gestante. <ol style="list-style-type: none"> 1.º Observação da higiene domiciliar. Orientação à gestante para procurar o médico, etc. 2.º Observação do progresso higiênico da casa. Verificação da frequência da gestante ao pré-natal. Material necessário para o parto no domicílio. 3.º Verificação do material necessário para o parto. Orientação à gestante sobre os sinais de trabalho de parto etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como as doenças se transmitem. (FSESP) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstração de como fazer almofadas e comadres de papel.
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de privada e de lata de lixo. 2. Modêlo de berço improvisado. 3. Modêlo de bandeja com material para o recém-nascido.

Dias	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Filmes	Recursos Didáticos
6.º	1. Trabalho de parto e parto. Cuidados necessários a uma parturiente.	1. Demonstração de como preparar o quarto para o parto. 2. Demonstração de como pesar e medir o recém-nascido. 3. Demonstração de como fazer o curativo umbilical e a credeiração.		1. Tronco feminino em plástico doado pelo FISI. 2. Feto de borracha com placenta, doado pelo FISI. 3. Maleta da parteira, doada pelo FISI.
7.º				
8.º	1. A criança Características principais. Cuidados necessários. Dieta. Sinais de perigo. Direitos da criança. Registro civil. Frequência ao Serviço de Higiene Infantil. Imunização.	1. Demonstração do banho de esponja e de imersão. 2. Demonstração do preparo de mamadeiras. 3. Demonstração de um enxoval de bebê; como vestir o bebê.		1. Bandeja com o material de banho para recém-nascido. 2. Mamadeira, tijelas e outros utensílios necessários. 3. Enxoval do bebê.
9.º	1. A puérpera Características. Cuidados necessários: dieta, higiene corporal e sexual, etc. Exame postpartum. Sinais de perigo.	1. Demonstração de como fazer: lavagem externa; cuidados com as mamas engorgiadas.	1. All my babies. 2. From generation to generation. (Ainda a serem ad)	1. Meio tronco feminino em massa doado pelo FISI. 2. Tronco feminino em plástico, doado pelo FISI.
10.º	1. Palestra médica.			
10.º	2. Palestra de um ministro da Igreja.			

Atuação das parteiras nos estágios:

Observação do trabalho do médico, da enfermeira e das atendentes. Ajuda aos mesmos na medida do possível. Acompanham o atendimento médico de suas próprias clientes.

Serviço de Higiene Infantil:

Observação do atendimento de criança pelo serviço de enfermagem e pelo médico. Ajuda no atendimento. (Certificam-se de que as crianças sadias também devem ir ao médico).

Serviço de Injeções:

Aprimoramento ou aprendizado da técnica de administração de injeções.

Sala de Partos:

Observação do trabalho de médico e das enfermeiras obstétricas e obstetrizes, na assistência ao trabalho de parto normal e distócico. (Adquirem segurança suficiente para enviar suas clientes ao hospital quando necessário).

Observação:

Esse programa pode ser desenvolvido em horário integral ou não, em dias alternados ou contínuos, de acordo com as possibilidades das parteiras e dos campos de treinamento.

Após o treinamento, as curiosas recebem um certificado de Parteira Leiga ficando o seu trabalho sob controle da Saúde Pública. Têm uma reunião mensal, quando são discutidos assuntos de interesse do grupo ou então é proferida uma palestra ou projetado um filme. Recebem semanalmente material esterilizado para o curativo umbilical, mertiolato e nitrato de prata.

ANEXO 2**ESTATUTOS DA SOCIEDADE DAS PARTEIRAS LEIGAS
CONTROLADAS PELO CENTRO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS**

Art. 1.º — Com a aprovação destes Estatutos pelas sócias fundadoras, fica constituída a sociedade denominada “SOCIEDADE DAS PARTEIRAS LEIGAS CONTROLADAS PELO CENTRO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS” (S.P.L.C.).

Art. 2.º — São finalidades da S. P. L. C.

I — Colocar em seu âmbito de controle tôdas as parteiras leigas do Estado, difundindo entre elas os princípios éticos que devem imprimir às suas atividades.

II — Aprimorar o nível profissional de suas associadas.

III — Divulgar assuntos relacionados com a profissão.

Art. 3.º — A S.P.L.C. tem por sede uma dependência do Centro de Saúde de Amaury de Medeiros.

Art. 4.º — Há três categorias de sócio:

I — (efetivos) — as parteiras leigas que, após terem feito o curso mantido pelo Centro de Saúde Amaury Medeiros e recebido seu respectivo certificado, aceitarem as condições estabelecidas no presente Estatuto.

II — (protetores) — aquêles que fizeram qualquer donativo à Sociedade em parcelas mensais ou, de uma só vez, desde que não seja importância inferior a 1/3 (um terço) do salário mínimo regional.

III — (beneméritos) — os que prestaram relevantes serviços à Sociedade.

Parágrafo único — A concessão de título de Sócio Protetor ou Sócio Benemérito será feita pela Assembléia Geral mediante proposta da Diretoria.

Art. 5.º — São direitos da Parteira Leiga:

I — no limite estrito de sua habilitação, cuidar da gestante, da parturiente, da puerpera e do recém-nascido sadio;

II — ser remunerada pelo seu trabalho;

III — assinar documentos concernente ao seu trabalho com a parturiente;

IV — participar de tôdas as reuniões da Sociedade;

V — votar e ser votada para cargos administrativos;

VI — receber, em caso de doença um auxílio de meio salário mínimo regional, obedecido o prazo de carência de 12 meses;

VII — obedecido o mesmo prazo de carência terão direitos a auxílio funeral de meio salário mínimo;

VIII — receber, após aprovação no curso, um certificado de parteira leiga.

Parágrafo único — As Parteiras Leigas não alfabetizadas continuam na dependência do C. S. A. M.

Art. 6.º — São deveres da Parteira Leiga:

I — zelar pelo seu trabalho, recebendo orientação do Centro de Saúde;

II — fazer exame de saúde completo uma vez por ano;

- III — participar de cursos de atualização;
- IV — comparecer às reuniões para as quais foi convocada;
- V — aceitar os cargos para os quais fôr eleita e desempenhá-los com dedicação e zêlo;
- VI — interessar-se pela Sociedade, fazer sua divulgação cumprindo seus estatutos e regulamentos;
- VII — pagar pontualmente suas contribuições.

Art. 7.º — É vedado à Parteira Leiga:

- I — fazer partos de primigestas, de gestantes que já foram cesareadas, partos pélvicos ou prematuros;
- II — atender casos de abortamento;
- III — atender clientes que apresentem sinais de complicações c que não tenham frequentado o serviço pré-natal;
- IV — atender a grande multipara a partir do 7.º filho;
- V — aplicar, pituitrina, piton, pitocin ou similar;
- VI — pontear rotura de perineo;
- VII — provocar abortamento.

Art. 8.º — São as seguintes as penalidades aplicáveis aos infratores do Art. 7.º, de acôrdo com a falta cometida:

- I — admoestação pela Diretoria do Centro de Saúde;
- II — suspensão temporária de direitos, pela equipe integrada de contrôle, e por tempo não superior a um ano;
- III — eliminação do quadro social da S. P. L. C. e conseqüente impedimento do exercício da profissão, a critério da Assembléia Geral;

Art. 9.º — A Sociedade será administrada por uma Diretoria, composta de presidente, vice-presidente, 1.º e 2.º Secretários e uma Tesoureira.

Art. 10 — A Diretoria será eleita anualmente, na 1.ª quinzena de Dezembro, em Assembléia Geral, convocada especialmente para êste fim, e tomará posse na quinzena seguinte.

Parágrafo único — A Diretoria poderá ser reeleita no todo ou em parte, até duas vêzes.

Art. 11 — A Diretoria será assessorada por um Conselho Consultivo formado por dois membros do Centro de Saúde Amaury de Medeiros e um da Maternidade da Encruzilhada.

Art. 12 — À presidente compete:

- I — representar a Sociedade, judicial ou extrajudicialmente;
- II — convocar e presidir às reuniões e Assembléias Gerais;
- III — apresentar relatório anual dos trabalhos realizados e planos para novas realizações;

- IV — visar documentos que envolvam compromissos da Sociedade;
- V — autorizar pagamentos até o montante de ...

Art. 13. — À vice-presidente compete auxiliar a presidente em suas atribuições e substituí-la nos seus impedimentos.

Art. 14 — À secretária compete:

- I — redigir as atas das reuniões;
- II — responder à correspondência;
- III — selecionar tudo o que for publicado sobre a Sociedade.

Art. 15 — À 2.^a Secretária compete:

- I — Auxiliar a 1.^a secretária em suas atribuições;
- II — substituí-la e à Tesoureira em seus impedimentos.

Art. 16 — À Tesoureira compete:

- I — zelar pelas finanças da S. P. L. C.
- II — escriturar o livro Caixa;
- III — efetuar os pagamentos autorizados pela presidente;
- IV — prestar contas mensalmente à Diretoria.

Art. 17 — Ao Conselho Consultivo compete:

- I — orientar a Diretoria nos principais deveres;
- II — colaborar com o grupo para a realização de suas finalidades;
- III — propagar entre as várias comunidades a necessidade transitória da Parteira Leiga Controlada.

Art. 18 — Na vaga do cargo de Presidente, 1.^a Secretária ou Tesoureira, após seis meses de posse destas no cargo, deverá tomar posse, imediatamente, a sua substituta legal, que a substituirá até o término do mandato.

Parágrafo único: Na vaga dos cargos mencionados neste artigo, antes de seis meses da sua posse no cargo, se fará realizar nova eleição.

Art. 19 — O patrimônio da Sociedade consistirá de:

- I — mensalidade das sócias efetivas fixada anualmente em Assembléia Geral por proposta da Diretoria;
- II — donativos de sócios protetores;
- III — subvenções dos Governos Federal, Estadual ou Municipal;
- IV — benefícios e rendas eventuais.

Art. 20 — A Assembléia Geral será constituída pelas sócias efetivas e se reunirá uma vez por ano para eleger a Diretoria e sempre que for convocada por esta.

Art. 21 — A Assembléia Geral compete:

I — eleger a Diretoria;

II — apreciar o relatório anual e as contas, dando seu parecer;

III — aplicar a penalidade máxima;

IV — apreciar os assuntos que lhes forem apresentados.

Art. 22 — Disposições gerais e transitórias.

I — no caso de dissolução da Sociedade o Patrimônio será revertido em benefício das mães mais necessitadas atendidas pela Maternidade da Encruzilhada.

II — o presente Estatuto só poderá ser modificado em Assembléia Geral mediante proposta de qualquer membro à maioria de 2/3 dos sócios efetivos.

III — a primeira diretoria que substituirá a provisória será eleita logo após a aprovação do presente Estatuto.

CONDICIONAMENTO URINÁRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO

*Clarice Oliveira **

INTRODUÇÃO

O alto índice de retenção urinária em paciente no pós-operatório tem sido sempre motivo de preocupação para a equipe da área cirúrgica.

A necessidade que tem o paciente operado de permanecer no leito, durante as primeiras horas do pós-operatório é, com frequência, a causa mais apontada como responsável pela dificuldade de eliminação. Esta circunstância é ainda agravada quando o estado do paciente não permite que ele seja levantado no período previsto, prolongando o desconforto pela retenção da urina. Neste caso, além dos recursos mecânicos usados como estímulos, muitas vezes há presença de um cateterismo vesical, com perspectivas de repetição e até de manutenção da sonda uretral por alguns dias.

As complicações decorrentes da passagem de uma sonda uretral, principalmente a infecção urinária, são largamente provadas.

Esta intercorrência prolonga a permanência do paciente no hospital, com os conseqüentes transtornos para seu planejamento de vida. Naturalmente, quando o indivíduo se hospitaliza para uma cirurgia, estabelece e organiza as suas atividades para aquele período previsto de afastamento. A complicação urinária interferirá no seu plano de alta, molestará o paciente com uma situação passível de profilaxia, além de ser uma condição onerosa para o paciente pagante.

Por tudo isto, considera-se a retenção urinária uma das situações-problema de grande interferência na assistência ao paciente operado.

Como o objetivo primordial da enfermagem é o crescente aprimoramento da assistência ao paciente, torna-se indiscutível a necessidade de estudos de situações, como esta, que vão contribuir para o seu planejamento e execução.

(*) Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Este estudo foi baseado na necessidade que têm os pacientes de uma assistência psíquica no pós-operatório. Aqui inclui-se a orientação quanto ao tratamento cirúrgico, os cuidados que receberá antes e após a cirurgia, colaboração que deverá prestar para que a sua recuperação se processe com mais rapidez e eficiência.

Sabe-se que o estado emocional de uma pessoa na perspectiva de um tratamento cirúrgico modifica-se intensamente, com repercussões em todos os sistemas orgânicos e de comando dos atos voluntários, nos quais a interferência da dinâmica psíquica é direta e imediata.

O aparelho urinário é sede de eleição para as respostas ao trauma cirúrgico, quer através de ação hormonal, quer como decorrência do manuseio de órgãos abdominais ou ainda pela atuação das drogas anestésicas.

Estes componentes associados aos fatores psíquicos do medo e ansiedade ante o ato cirúrgico e insegurança quanto ao que sucederá ao tratamento, levam o indivíduo a lançar mãos de recursos de defesa orgânica, dentre os quais pode-se citar a retenção.

Acrescido a tudo isto, verifica-se uma mudança de situação postural, exigindo do paciente uma modificação em seus hábitos de eliminação.

Em vista deste raciocínio, o condicionamento urinário do paciente, além de ser em si mesmo, um preparo psíquico para a cirurgia é, também, uma tentativa de modificação temporária de hábitos, para atender à necessidade de permanência no leito durante as primeiras horas pós-operatórias.

Este condicionamento porém, não anula as vantagens de movimentação e de ambulação precoces, bem como de todo o regime de sollicitações indicado para este período. Procura apenas corrigir mais um componente que predispõe o paciente a uma situação de desconforto e mesmo de complicação pós-operatória.

Tentou-se a verificação detalhada da situação, através de estudo sistematizado, tendo sido para isto selecionado sessenta pacientes de ambos os sexos, da Clínica Propedêutica Cirúrgica, do Hospital Prof. Edgard Santos.

Baseou-se na capacidade que têm os indivíduos de reagir aos estímulos internos e externos, com disposições para responder especificamente, quando os mesmos são repetidos algumas vezes sob determinadas circunstâncias.

O paciente é, previamente, orientado quanto à importância do cuidado. Explica-se também a consequência da retenção urinária, sendo solicitado que durante os dias que antecedem a cirurgia faça

visto que o alto manuseio das vísceras abdominais foi sempre considerável, observa-se ter sido o índice de retenção maior nas cirurgias de abdome alto. Sendo que os pacientes cateterizados encontram-se entre os que foram submetidos à cirurgias de tórax e abdome alto.

Tabela II Classificação por Localização da Cirurgia

Local Cirurgia	Expontâneamente	Com Estímulo	Cateterizados	Total Parcial
Pescoço	10%	—	—	10%
Tórax	13,30%	—	1,70%	15%
Abdome alto	31,70%	6,70%	1,60%	40%
Abdome baixo	20%	—	—	20%
Membros inf.	15%	—	—	15%
Total geral	90%	6,70%	3,30%	100%

Na verificação por grupo etário, nota-se terem sido os casos de retenção encontrados em maior número na faixa compreendida entre 41 à 60 anos. Mas, é importante observar terem aparecido, também na faixa de 21 à 40, quando na de 61 à 80, que era de se esperar, não houve incidência.

Tabela III Classificação por grupo etário

Grupo Etário	Expontâneamente	Com estímulo	Cateterizado	Total Parcial
0 — 20	13,30%	—	—	13,30%
21 — 40	46,70%	1,70%	—	48,40%
41 — 60	20%	4,90%	3,40%	28,30%
61 — 80	10%	—	—	10%
Total	90%	6,60%	3,40%	100%

Quanto ao tipo de anestesia, estudou-se apenas os pacientes submetidos a anestesia geral e raqui-anestesia, sendo que os que necessitaram de estímulo ou cateterismos foram todos pacientes submetidos a anestesia geral.

Tabela IV **Classificação por tipo de anestesia**

Catete-	Expontâ-	Com	Catete-	Total
	neamente	estímulo	rizados	Parcial
Geral	66,70%	6,70%	3,30%	76,70%
Raqui	23,30%	—	—	23,30%
Total	90%	6,70%	3,30%	100%

Quanto à classificação por profissão, foi feita a verificação a fim de se avaliar a correlação entre o resultado e os níveis de escolaridade, social e cultural dos pacientes. Contudo, a tabela não expressou dados que justificassem a sua apresentação, motivo porque foi omitida.

3 — CONCLUSÃO

Com os dados apresentados, pode-se concluir ser o condicionamento urinário um cuidado de alta indicação, no plano pré-operatório, pelo que representa de benefício para o paciente após a cirurgia.

O uso do cateterismo vesical é ainda muito freqüente em nosso meio, mesmo com a moderna orientação de movimentar o paciente desde as primeiras horas após a cirurgia e de deambular precocemente. Tão evidente é este fato, que a autora julgou dispensável mostrar o quadro comparativo entre pacientes que receberam e os que não receberam este cuidado, isto é, o condicionamento urinário.

Página do Estudante

A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO (*)

*Lucia Herta Rocknbach (**)*

INTRODUÇÃO

É urgente que todos os homens orientem sua vida para um desenvolvimento integrado na comunidade.

É urgente que todos analisemos nossos direitos e deveres e nos conscientizemos de um espírito de fraternidade.

É urgente lembrar que “todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis...” (Declaração Universal dos Direitos do Homem).

Diante desse problema tão urgente, a Enfermagem sempre mais se questiona para saber em concreto qual a posição a tomar, sobretudo no Brasil, onde há campo vasto para suas atividades.

É grande prazer para nós contribuir um pouco para uma análise sucinta da Enfermagem como Profissão nos países em desenvolvimento.

O QUE É DESENVOLVIMENTO

O verdadeiro desenvolvimento manifesta-se especialmente no esforço pela erradicação da fome, da miséria, das doenças endêmicas e da ignorância. Também estão em desenvolvimento os povos que procuram uma participação mais ampla nos frutos da civilização, uma valorização mais ativa das suas qualidades humanas.

As aspirações de todos os homens, a fim de alcançarem o seu pleno desenvolvimento, são sempre mais conscientes. É sabido que, quanto mais o homem se realiza individualmente, tanto mais favorece o desenvolvimento de uma nação.

(*) Trabalho premiado no concurso SEMANA DA ENFERMAGEM.

(**) Aluna da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Madre Ana Moëller. Porto Alegre — RS.

“Ser libertos da miséria, encontrar com mais segurança a subsistência, a saúde, um emprêgo estável; tem maior participação nas responsabilidades, excluindo qualquer opressão e situações que ofendam a sua dignidade de homens; ter maior instrução; numa palavra, realizar, conhecer e possuir mais, para ser mais: tal é a aspiração dos homens de hoje, quando um grande número de entre eles estão condenados a viver em condições que tornam ilusório este legítimo desejo”. (PP n.º 6).

Analisando os países em seu conjunto, vemos disparidades cruéis: uns produzem em excesso e outros passam fome. Quantas incertezas nos países de menor potência! Os subdesenvolvidos angustiam-se sempre mais, vendo as distâncias que aumentam no nível econômico. Os que estão na escala dos países em desenvolvimento, por sua vez, devem fazer esforços ingentes para não serem totalmente subjugados pelos mais fortes.

Diante dessa realidade, não devemos medir esforços para sempre mais conscientizar os homens de sua capacidade de superação, do verdadeiro sentido do desenvolvimento.

“O desenvolvimento não se reduz a um simples crescimento econômico. Para ser autêntico, deve ser integral, quer dizer, promover todos os homens e o homem todo, como justa e vincadamente o sublinhou um eminente especialista: “não aceitamos que o econômico se separe do humano; nem o desenvolvimento, das civilizações em que ele se inclui. O que conta para nós é o homem, cada homem, cada grupo de homens, até se chegar à humanidade inteira”. Cada homem é chamado a desenvolver-se, porque toda a vida é vocação.” (Populorum Progressio 14-15).

Todos recebemos aptidões. Trazemos em nós, desde o berço, as capacidades que serão nosso luzeiro pela vida. Quanto mais as cultivarmos, tanto maior será o rendimento pessoal, da comunidade e do país. Todos temos o que receber dos que já alcançaram mais elevados cumes. Cada qual tem o que dar a outro que esteja menos capacitado. Nesse acôrdo de menos dotados e mais dotados se resume o pleno desenvolvimento de uma comunidade.

O crescimento pode ser mal avaliado. Não é só possuir mais, porém, **ser mais**. O possuir é sempre espada de dois gumes. Possuo para mim, ou possuo em benefício da comunidade. O interesse empana os olhos do homem avarento. Tanto para as pessoas, como para a comunidade e para as nações, vale o que disse um sábio da atualidade: “... a avareza é a forma mais evidente do subdesenvolvimento moral”.

No setor da Enfermagem vale o que lê tão bem explicitado no número 38 da Populorum Progressio:

“Na obra do desenvolvimento, o homem, que na família encontra o seu modo de vida primordial, é muitas vezes ajudado por

organizações profissionais. Se a razão de ser destas organizações é promover os interesses dos seus membros, torna-se grande a sua responsabilidade perante a tarefa educativa que elas podem e devem realizar. " (PP 38)

Pascal dizia: "O homem ultrapassa infinitamente o homem". Pensées, ed. Brunshvicg, n.º 43. Cf M. Zundel, L'homme passe l'homme, Le Caire, Editions du Lien, 1944). Realmente, o homem sempre quer transcender-se. O problema inverso também é válido: a comunidade não se desenvolve plenamente enquanto cada homem que a compõe não fizer um esforço de realização própria. Assim o homem não poderá chegar a um desenvolvimento integral sem o desenvolvimento solidário da humanidade.

O desenvolvimento é a realização total da pessoa.

A mulher, na sua plenitude feminina, busca amar de verdade e em grande profundidade. E, como enfermeira, ela poderá dar o máximo de sua feminilidade, de sua capacidade criadora, de sua intuição e compreensão. Não só trabalhando diretamente com os pacientes hospitalizados, mas também, junto aos órgãos preventivos da saúde e assistência à comunidade, ensinando-lhes o mínimo necessário à conservação da saúde.

ALGUNS ANTECEDENTES DA ENFERMAGEM

O "status" de uma profissão está ligado diretamente à eficiência de seus profissionais.

Como a Enfermagem era exercida por escravos e pessoas de baixa moral, é evidente que o "status" era baixo também. Precisava-se de alguém que quebrasse um conceito e que desse um novo sentido ao termo "Enfermeiro". Não um escravo, não alguém de baixa moral. Mas a pioneira internacional — Florence Nightingale — mostraria ao mundo que há muito de nobre, de grandioso, no exercício da Enfermagem. Pela sua eficiência junto aos hospitais militares na Turquia, durante a guerra da Criméia, Florence foi chamada pela rainha Vitória para integrar a comissão pró-renovação dos serviços de saúde da Comunidade Britânica. Fez um levantamento estatístico sobre o índice de mortalidade dos soldados. O trabalho intitulado "Considerações sobre matéria referente à saúde, eficiência e administração de hospitais militares", serviu de norma para as atividades da Comissão. Essa confiança que teve a rainha Vitória e o seu gabinete em Florence Nightingale foi um dos fatores que predominaram na elevação do conceito da Enfermagem. A fama de heroína nacional, sendo elo membro da alta burguesia, contribuiu para que a profissão de Enfermagem saísse da obscuridade e do menosprezo.

A Enfermagem era considerada como uma simples ocupação doméstica. Florence, querendo elevá-la a profissão, chocou-se com as idéias da era vitoriana. Sempre firme em suas decisões lançou a fundação da Escola de Enfermagem junto ao Hospital de Santo Thomas. Era por volta de 1860. Os médicos do hospital não viam necessidade da fundação de uma escola para ministrar conhecimentos de Enfermagem. Diziam mesmo: "As 'sisters' aprendem com a prática e as enfermeiras que lhe são subordinadas, nada mais são que empregadas domésticas".

As finalidades da Escola de Enfermagem fundada por Florence Nightingale eram bem definidas: a) preparo de enfermeiras para o serviço hospitalar e visitas domiciliares a doentes pobres; b) preparo de profissionais para o ensino de enfermagem. Era também do interesse de Florence elevar o conceito e a moral das enfermeiras.

É claro que atendessem em primeiro lugar às qualidades morais das candidatas. A disciplina, durante o curso, bem como o elevado conceito moral, eram mantidos com seriedade. Isso se justifica, uma vez que o termo "Enfermagem" correspondia a "imoralidade". Era importante que os novos profissionais assumissem o risco, pois era do interesse de Florence elevar o "status" da profissão.

Entre vitórias e sucessos morais e profissionais, a Enfermagem conquistou título na Inglaterra. À medida que se projetava pela autenticidade, houve aceitação e estima. Estava lançada a base para os outros países. No entanto, todos deveriam mudar de conceito relativo à nova profissão.

No caso brasileiro, importando dos Estados Unidos a idéia de uma Escola de Enfermagem, não havia campo propício à sua instalação. Foi por ordem do Governo, sobretudo dos responsáveis pelo Departamento Nacional de Saúde, que se determinou a fundação da 1.^a Escola de Enfermagem. Assim, a sociedade a aceitou com reservas, pois não havia sentido a utilidade e a necessidade de tal progresso. O pessoal especializado foi recebido por pequena parcela de brasileiros: os sanitaristas que viam nele um elemento ótimo na solução de problema social.

As primeiras orientadoras da Escola de Enfermagem no Brasil foram enfermeiras americanas. Até 1931, a Escola Ana Néri esteve com estrangeira. Raquel Haddock Lôbo foi a primeira diretora brasileira, mas veio a falecer dois anos depois, sendo substituída novamente por uma antiga diretora norte-americana. Foi definitivamente de orientação brasileira desde 1938. Significava um grande passo, mostrando que o Brasil estava em condições de formar seu pessoal especializado em Enfermagem.

"Nos Estados Unidos, o crescimento das escolas de Enfermagem e, conseqüentemente, o crescimento numérico de profissionais coincidiu com a fase de renovação dos hospitais. No Brasil, a introdu-

ção da enfermagem moderna não obedeceu à evolução histórica, tendo emergido para atender às exigências de um serviço de saúde pública e não do serviço hospitalar. Seu desenvolvimento começou a assinalar-se em ritmo mais rápido no período em que foram organizados os hospitais modernos, geralmente de caráter público e destinados quase todos a fins educacionais. O movimento de organização dos hospitais novos e a reorganização de alguns antigos não pode ser interpretado como independente do desenvolvimento da sociedade brasileira, porquanto manifestou-se no período em que a industrialização começou a exercer influência marcante sobre a economia nacional, propiciando mudanças sociais que começaram a ocorrer no sistema educacional e na área dos serviços de saúde."

"O problema representado pela deficiência numérica de enfermeiras, em face de número crescente dos novos serviços de saúde, passou a ser resolvido pela multiplicação desordenada de escolas, muitas delas criadas sem recursos financeiros adequados e sem corpo docente capacitado, tanto em número como em qualidade". (Glete de Alcântara, A ENFERMAGEM MODERNA COMO CATEGORIA PROFISSIONAL: OBSTÁCULOS À SUA EXPANSÃO NA SOCIEDADE BRASILEIRA, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1966).

Como nos expressávamos há pouco, a Enfermagem realiza a mulher como mulher por sua dedicação ao próximo. Isso não significa que seja uma profissão exclusivamente feminina. As estatísticas mostraram que, até 1961, dos 6 405 profissionais apenas 202 eram do sexo masculino. Acreditamos que advém em parte pelo absolutismo com que os médicos mandavam nos serviços de enfermagem. A Enfermagem, como era uma profissão que devia estar "sob ordens", não estava em sintonia com o espírito autoritário do homem. Temos provas de que também os enfermeiros tem capacidade de dedicação e eficiência no exercício da profissão da Enfermagem. Temos a impressão de que quanto mais se "libertar" a Enfermagem como profissão, tanto mais elementos do sexo masculino procurarão trabalhar como enfermeiros diplomados..

Ainda gostaríamos de relatar algo sobre o preparo de profissionais de Enfermagem. Num país em desenvolvimento como é o Brasil, onde tanto se valoriza o aperfeiçoamento técnico e a capacidade individual, também a Enfermagem anseia por conseguir, e já está conseguindo em parte, um preparo eficiente de seu pessoal. Nós mesmos formamos a opinião pública a nosso respeito. O "status" da Enfermagem está na relação direta de nossa capacidade técnica, científica, moral e social. A respeito de realidades no preparo de profissionais, falou sãbiamente a grande e benemérita Enfermeira brasileira D. Maria Rosa S. Pinheiro:

"As nossas Enfermeiras, mal deixam os bancos escolares, assumem cargos de responsabilidade: ou vão tomar conta de uma en-

fermaria onde o cuidado de cabeceira é quase todo dado por auxiliares e atendentes, ou vão para a saúde pública, na maior parte das vezes fazer supervisão de visitadoras, ou vão para escolas ensinar estudantes. Estarão elas apresentando uma eficiência satisfatória? Estarão produzindo como esperavam nos seus sonhos de estudantes? Sabemos nós e sabem elas que não: logo começam a trabalhar intensamente e estão inseguras. Essa insegurança reflete-se no seu trabalho e na sua atitude. Quantas vezes os malentendidos com os chefes de serviço, os médicos e outros elementos da equipe, não provêm dessa insegurança, ou, em certos casos, da falsa segurança, que é pior ainda! Queixamo-nos da falta de prestígio da Enfermagem: ela é real e tôdas nós lhe sentimos os efeitos. Mas, não será uma das causas a ineficiência de muitas das nossas diplomadas? E a quem cabe a responsabilidade de mudar essa situação senão a nós mesmas? A pessoa que é realmente competente no seu campo impõe-se aos companheiros de trabalho, prestigiando dêsse modo a sua profissão. Preparemos, pois, as nossas Enfermeiras para exercerem não apenas aquelas funções que o currículo americano ou o canadense ou o inglês ou o internacional aconselhe; aquêlê preparo é básico e é indispensável para qualquer cargo que venham a ocupar; mas preparemo-las também para a nossa realidade brasileira, isto é, para a posição de liderança que elas irão assumir." (Maria Rosa S. Pinheiro, "A inclusão de Pedagogia, Supervisão e Administração no Currículo das Escolas de Enfermagem, ANAIS DE ENFERMAGEM, 5 (4): 327-328, out. 1952).

A ENFERMAGEM NA ATUALIDADE

De tudo o que foi exposto, parece-nos que a Enfermagem continua lutando por um "status" mais elevado. E é a realidade. Todo o homem tende a crescer diàriamente no plano humano, técnico e espiritual. A enfermagem como profissão vem sendo sempre mais considerada. Nos dias de hoje, sobretudo no Brasil, do qual temos maior conhecimento, as Enfermeiras em geral têm feito um esforço, quase diria, um esforço sôbre-humano para que se concretize seu ideal: ver a Enfermeira com todos os seus direitos e atribuições que lhe cabem. Nos grandes centros como São Paulo, Rio de Janeiro e outros, as enfermeiras têm mostrado eficiência surpreendedora, o que eleva grandemente o conceito de Enfermeira. A ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) também conseguiu sua reorganização, graças ao maior número e maior capacidade das enfermeiras reunidas nos grandes centros. Esse órgão capacitou a profissionalização da Enfermagem. Sômente nos últimos anos caminhamos com segurança: as escolas de enfermagem elevadas ao nível superior; a publicação da Revista para assuntos profissionais e a

legislação que controla a profissão, são o engaste precioso da jovem profissão que luta por um "status" digno e concernente à pessoa que se sacrifica pela conquista de conhecimentos à altura de um diploma de Faculdade. Interessa-lhe muito a eficiência pessoal e a capacidade profissional.

Quanto aos esforços empreendidos na atualização da profissão da Enfermagem bem como na legislação, pesquisa e aperfeiçoamento, escreve com conhecimento de causa a enfermeira. Glete de Alcântara. Seus longos anos de exaustivos trabalhos e experiências no-lo contam com magistral acêrto:

1 — Dirigindo memorial ao Conselho Federal de Educação para reconsideração do Currículo mínimo do Curso de Graduação.

2 — Procurando evitar elaboração de leis contrárias ao desenvolvimento do ensino e do exercício da Enfermagem.

3 — Evitando proliferação de Escolas sem recursos.

4 — Recrutando pessoal através de divulgação.

5 — Realizando congressos anuais, seminários, reuniões e cursos.

6 — Confeção de Revista para assuntos culturais.

7 — Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem.

8 — Organização da Comissão de Seguimento.

9 — Elevação da profissão ao nível Técnico-Científico, já hoje alcançado em vários Estados da Federação.

10 — Criação do Código de Ética (1958).

(Cf. Glete de Alcântara, A ENFERMAGEM MODERNA COMO CATEGORIA PROFISSIONAL: OBSTÁCULOS À SUA EXPRESSÃO NA SOCIEDADE BRASILEIRA, págs. 98-99, Ribeirão Preto, S. Paulo).

CONCLUSÃO:

Diante dêsse aspecto tão positivo da Enfermagem no Brasil como país em desenvolvimento, só nos resta agradecer àquelas Enfermeiras que com carinho implantaram a Enfermagem em nosso país. E lhes garantimos que, num futuro próximo, quando o Brasil se enquadrar na faixa dos países desenvolvidos, não mais precisaremos de esforços exaustivos, pois a Enfermagem será uma profissão com seus direitos e anseios concretizados.

Que ninguém desanime ou tome atitudes pessimistas diante de problemas reais! Pois nossas colegas, beneméritas pioneiras, conseguiram trazer a Enfermagem ao "status" que hoje se lhe atribui. Avancemos com o progresso e a evolução próprios da época e transmitiremos aos que nos seguirem uma Enfermagem Ideal, cultivada com carinho, angústias e incansável dedicação.

Se em países subdesenvolvidos, a Enfermagem é pouco considerada e valorizada, naqueles que estão em franco desenvolvimento

ela aparece como um SINAL de humanismo, solidariedade, patriotismo, eficiência e capacidade. Não vê tanto, ou somente interesses de auto-realização, mas pensa numa comunidade toda que tem direito a se desenvolver.

Quanto mais conseguirmos ser "pessoas" na verdadeira acepção da palavra, tanto mais haverá vida comunitária, que proporcionará ao país um pleno desenvolvimento, que é o grande anseio de todos os brasileiros. O Brasil terá em nós, enfermeiras, um elemento valioso para o seu progresso, na medida em que soubermos trabalhar unidas pelo nosso ideal: servir ao próximo e à comunidade na luta pela conservação da saúde.

Fica aqui nosso agradecimento profundo e a veneração pelas Enfermeiras que nos precederam com o exemplo e vivência. Podeis contar conosco na medida em que somos capazes de uma colaboração.

A ENFERMAGEM NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO PRECISA DE PESSOAS EM DESENVOLVIMENTO!

BIBLIOGRAFIA:

- 1 — ALCANTARA, Glete de — "A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional: Obstáculos à sua Expansão na Sociedade Brasileira". Ribeirão Preto, São Paulo, 1966.
- 2 — PINHEIRO, Maria Rosa Souza — "A Inclusão de Pedagogia, Supervisão e Administração no Currículo das Escolas de Enfermagem", **Anais de Enfermagem**, 5 (4): 327-328, out., 1952.
- 3 — DOURADO, Haydée Guanais — "Enfermeiros para o Nordeste em Desenvolvimento". Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1968.
- 4 — PAIXÃO, Waleska — "Página da História da Enfermagem", 3.^a edição, Bruno Buccini, Rio de Janeiro, 1963.
- 5 — Encíclica "Populorum Progressio", 26 de março de 1967.
- 6 — TORRES, João Camillo de Oliveira. "Desenvolvimento e Justiça" — Editora Vozes Ltda. Petrópolis, RJ, 1962.
- 7 — GALBRAITH, John Kenneth, "Países em Desenvolvimento e Países Desenvolvidos. **Democracia e Empresa**. págs. 13-18. Ano II, out., 1963.
- 8 — "Declaração Universal dos Direitos do Homem" — ONU, 1948.
- 9 — ABEn — Boletim Informativo. Abril, 1969.

Legislação

SINDICATO DAS PARTEIRAS DA GUANABARA (*)

MATRÍCULA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, FORMADAS ANTES DE 1952, NAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM

Parecer n.º 217/68. C. E. Su., aprovada em 4 de abril de 1968. (Processo 332/68 — CFF).

O Parecer 303/63, (61) que fixou o currículo mínimo e a duração dos Cursos de Obstetria, permite que a obstetriz complete o Curso de Enfermagem com mais um ano letivo de estudos.

O Sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara, em ofício dirigido ao Senhor Ministro da Educação, constante do Processo 255 651/68, pleiteia matrícula nas Escolas de Enfermagem para as "Enfermeiras-Obstétricas diplomadas por Faculdades de Medicina, com currículo de dois anos", de modo a se tornarem enfermeiras com mais um ano de estudos, conforme estabeleceu o Par. 303/63.

Tais profissionais se preparam segundo o que dispunha o Decreto 20 865, de 28/12/1931. Para ingresso, exigia-se apenas o Curso Primário. O Curso de Enfermagem, organizado de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases e com o Parecer 303/63, é Curso Superior, exigindo a conclusão do ciclo colegial ou equivalente para ingresso.

Assim sendo, falta às pretendentes condição essencial para a matrícula pleiteada.

O requerimento, poderá, por isso ser indeferido.

S. S., em 4 de abril de 1968 (as) Newton Sucuripa, Presidente da S. E. Su., e relator.

Interesse Geral

ANÁLISE SÓCIO-CULTURAL DA ATIVIDADE DA CURIOSA NA COMUNIDADE DE SALVADOR E SUAS CONSEQÜÊNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO PARCIAL

Iracy Silva Costa (*)

INTRODUÇÃO:

A necessidade de melhoria dos campos de ensino e treinamento didático das estudantes de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, bem como a consciência da problemática assistencial Materno-Infantil em Salvador foram os pontos básicos que nos levaram à realização de uma pesquisa, visando conhecer os aspectos fundamentais do trabalho da curiosa, buscando, além do estritamente técnico, aqueles ligados à origem e causas desse fenômeno social.

O ponto de partida para o conhecimento da realidade foi um levantamento censitário, que abrangeu toda a cidade, a fim de determinar o número de curiosas atuantes. A aplicação deste censo foi realizada através de questionário que identificou 642 curiosas. O desconhecimento da existência da curiosa pelos órgãos oficiais constituiu a maior dificuldade em localizá-las e, sobretudo, em determinar a amostra, razão por que realizou-se o levantamento censitário.

Os planejadores da pesquisa decidiram após, cuidadoso exame das hipóteses orientadoras, aplicar um segundo questionário; este foi elaborado visando estudar as variáveis sócio-econômico-culturais que intervêm no aspecto técnico da atuação da curiosa.

O conteúdo deste questionário era basicamente o seguinte: questões sobre o comportamento prescritivo, costumes e valores, noções de higiene e assepsia. Foi aplicado, após teste, por enfermeiras obstétricas, de saúde pública e estudantes desses cursos, com treinamento básico em pesquisa de campo. Foi aplicada uma amostra casual simples, em torno de 30.0%, tomando como base os sub-distritos de Salvador, perfazendo um total de 177 questionários.

(*) Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

A pesquisa foi iniciada em outubro de 1967, estando suas fases assim distribuídas: planejamento, 1 mês; aplicação dos instrumentos de coleta e tabulação, 6 meses. A tabulação refere-se ao material que foi utilizado para este relatório preliminar, visto que a tabulação para o relatório definitivo está ainda se processando.

Os resultantes da pesquisa poderiam fornecer os elementos necessários a uma possível reformulação da política sanitária no setor de Obstetrícia ou de Saúde Pública e por outro lado oferecer o treinamento mínimo para uma mudança de atitude e comportamento, para que, assim treinadas, melhor pudessem servir à comunidade.

O presente relatório visa informar o objetivo, planejamento e realização da pesquisa, apresentando alguns resultados, enfatizando os aspectos sociais e de Saúde Pública, inerentes à prática das "curiosas". Este, em sua totalidade, pretende determinar a profundidade da ação da curiosa em relação à deficiência em quantidade, qualidade e conseqüente avaliação dos prejuízos dela decorrentes. Tinha-se também presente a sua necessidade para a comunidade. Autores que têm tratado do assunto exprimem seu julgamento do trabalho da curiosa, geralmente de maneira muito inclemente, porque observam apenas o lado negativo de sua atuação sem, contudo, atender que sua presença na comunidade é uma necessidade indiscutível.

A presente pesquisa foi iniciada por uma equipe composta de enfermeiras obstétricas e de saúde pública, estatístico, antropólogo e outros colaboradores.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DA COMUNIDADE

Para melhor compreensão e análise da magnitude do problema assistencial no setor materno-infantil da comunidade do Salvador, urge comparar os dados demográficos em relação ao setor assistencial. Na cidade de Salvador, com aproximadamente 960 000 habitantes, a assistência obstétrica é deficiente para determinado estrato de população. Apenas duas maternidades públicas funcionam para esse grande segmento desfavorecido da população global, a saber:

a) Maternidade Climério de Oliveira, mantida por Fundos Federais, onde funciona a Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia;

b) Maternidade Tsyla Balbino, mantida pelo govêrno do Estado.

Além destas, registramos três postos de "Assistência Obstétrica Domiciliar", hoje funcionando como micro-maternidades, sob a responsabilidade de auxiliares de maternidade, preparadas pelo FISI (Fundação Internacional de Socorro à Infância), em cursos rápi-

dos, de duração inferior a 12 meses. Infelizmente, as limitações deste trabalho não nos permitem comentar detalhadamente a qualidade de treinamento oferecido a este pessoal. Pretendemos, entretanto, nos referir ao caráter altamente precário do atendimento oferecido por essa categoria de pessoal, principalmente pela falta de supervisão.

Vale ressaltar que, para aquele estrato da população já referido, o atendimento dado por Hospitais particulares é absolutamente inacessível, por questões de ordem econômica, e pelos Serviços de Previdência Social, por não estarem na sua grande maioria a eles vinculados. Em 1966 havia em Salvador 175 leitos (38,3%) mantidos por serviços públicos e 280 (61,7%) de serviços particulares. (*)

Os serviços de Assistência Social gratuitos não dispõem de leitos suficientes para atendimento à crescente demanda.

Em face dessa situação surge a *curiosa*, como uma necessidade imprescindível, para assistir o grande número de mulheres às quais não chegam os benefícios da Assistência Obstétrica. A presença da *curiosa* é pois uma decorrência da própria estrutura sócio-econômica da sociedade em que elas se inserem. O considerável número de 642 curiosas em Salvador atesta as precárias condições assistenciais desta cidade. Os males decorrentes de sua prática tradicional e empírica, determinados também por padrões culturais, são consideráveis. Não acreditamos, no entanto, que se possa analisar e julgar sua atuação apenas em termos éticos, mas num aspecto muito mais amplo, dadas as profundas implicações sócio-econômicas.

Observando o número de leitos na comunidade estudada e sua distribuição pelas várias unidades existentes, concluímos que, dos 39 201 partos (estimativa para 1966 baseada em 44 nascidos vivos por 1 000 habitantes), foram realizados em hospitais 23 480. Desta cifra 14 042 (59,8%) foram em hospitais não pagantes e 9 438 (40,2%) em hospitais particulares. Evidencia-se que, se tivemos 39 201 partos e se foram hospitalizados para o atendimento 23 480, estiveram sob cuidados de curiosas 15 721 partos. Seria, portanto, uma proporção de 40,2% do total de partos (**).

No total geral dos leitos, ficou claro que as instituições particulares são dotadas de maiores possibilidades de atendimento, até porque nesse grupo estão incluídos os contribuintes do INPS. Mesmo assim, foram os hospitais públicos que atingiram o maior percentual de atendimento. Confirma este achado que as condições sócio-econômicas da comunidade condicionam, de fato, a utilização da "*curiosa*". Daí a existência de 642 curiosas atuando na cidade do Salva-

(*) Fonte: Levantamento sobre as principais causas de mortalidade materno-infantil em Salvador — EEUFBA.

(**) Considerando-se que 59,8% dos partos são atendidos em hospitais, os 40,2% ficam sob a responsabilidade das curiosas, em virtude do Serviço de Assistência Obstétrica Domiciliar ter perdido sua função.

dor em novembro de 1967, conforme levantamento censitário realizado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

CARACTERÍSTICAS DA "CURIOSA"

Aparadeira ou **curiosa** é a denominação dada à parteira não qualificada, na cidade de Salvador, área atingida pela pesquisa.

A Tabela I mostra a distribuição, por idade, das **curiosas** de Salvador.

I — DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DE 642 CURIOSAS NA CIDADE DE SALVADOR — 1967

IDADE (anos)	N.º	%
15 — 19	1	
20 — 29	15	
30 — 39	112	48,6
40 — 49	184	
50 — 59	177	
60 — 69	102	
70 — 79	32	
80 — 89	8	7,9
90 — 99	3	
100 — 109	2	
TOTAL	642	51,4

Podemos observar na Tabela I a faixa etária de 15 a 49 anos onde encontramos 48,6% das curiosas; as restantes estão situadas na faixa de 50 a 109 anos portanto 51,4%. Vale ressaltar, entretanto, que a maior atividade exercida registra-se entre 30 e 49 anos.

Encontramos maior percentual de curiosas no grupo etário de 50 a 109 anos e maior produção na faixa dos 30 aos 49 anos; temos necessariamente de atendê-las porque daí em diante sua atuação é mais incisiva na comunidade.

A análise procedida no capítulo anterior — “serviços médicos assistenciais disponíveis” — evidencia a situação assistencial em que se encontra grande parte da população da cidade, no setor obstétrico. Ponderável nessa assistência está a presença da curiosa absolutamente despreparada para atender o campo a que se propõe. Basta considerar os importantes fatores culturais implícitos no processo. Sabe-se que a assistência ao parto em todos os povos obedece

a normas culturalmente determinadas. O costume, a tradição mascam a conduta nas estruturas sociais. Assim, a gestação e o parto, na sua normalidade prática, constituem em qualquer cultura um sistema coerente de costumes e práticas aceitas. As mudanças sociais e culturais por que passam as sociedades é que determinam os novos padrões de comportamento que se vão institucionalizando na comunidade. Na sociedade brasileira o processo apresenta suas variáveis próprias; vemos que as características da **curiosa** na zona urbana pouco diferem das procedentes da zona rural.

O grau de instrução da **curiosa** incide nas seguintes faixas:

Analfabeta	293	45,6%
Primário incompleto	198	30,8%
Primário completo	120	18,7%
Secundário	26	4,1%
Técnico	4	0,6%
Outros	1	0,2%
TOTAL	642	100,0%

Observa-se que 45,6% constitui-se de analfabetas e que aquelas com o primário incompleto significa que não vão muito além do assinar o nome.

Verifica-se, ademais, a relação universalmente proporcional entre escolaridade e a preferência pela ocupação: à medida que cresce o grau de instrução diminui o número das **curiosas**, pois, stiu-se na faixa de secundário e outros, menos de 5%.

O baixíssimo ou quase nulo grau de instrução é, sem dúvida, agravado pela própria localização geográfica urbana, visto que, as **curiosas** se localizam, principalmente, na periferia da cidade, não havendo portanto facilidade de uma assimilação satisfatória dos padrões propriamente urbanos.

Fundamenta esta afirmação o fato de, entre o grupo de analfabetas, 61,1% das analfabetas procederem do interior da Bahia, enquanto que 31,4% procedem da capital, com uma diferença de quase 30%.

Nota-se ainda que não há uma diferença sensível de volume entre os dois grupos, pois, 48,0% procede do interior. Embora o fenômeno seja óbvio, do ponto de vista específico deste trabalho, apresenta alto grau de significação, visto que, à medida que diminui o grau de instrução, diminui também o grau de eficiência do trabalho, verificando-se maior utilização dos procedimentos condenáveis.

OCUPAÇÃO E RENDA

A situação econômica da curiosa é precária: 46,9% possuem renda per-capita anual de Cr\$ 400,00 (quatrocentos cruzeiros e menos).

Entre as atividades ocupacionais presentes na totalidade dos casos estão sempre as de baixo rendimento. São atendentes, serventes de hospitais, lavadeiras, vendedoras de frutas, costureiras e domésticas. As condições de habitação são também altamente precárias (*), bem assim, as condições de saneamento do meio, onde o destino final dos dejetos é o solo.

APRENDIZADO E PRÁTICA OBSTÉTRICA

Nesta seção pretende-se identificar a origem do aprendizado da curiosa, pois, embora este pareça óbvio, apresenta certas particularidades: 21,6% das curiosas afirmam ter aprendido em hospitais, onde exercem funções de atendentes, serventes, lavadeiras e, no desempenho de suas atividades específicas, observam o trabalho dos profissionais, não constituindo portanto, aprendizado sistemático.

Uma segunda forma de aprendizado é a transmitida por familiares, o que dá um caráter de continuidade à "profissão" no seio do grupo social. 20,3% das curiosas estão nesse caso; 22,0% aprenderam com outra curiosa e 35,0% por conta própria. Os atores que envolvem a escolha de tal ocupação estão principalmente vinculados à "vocaçao". As curiosas traduzem essa vocação como uma inclinação natural e mais da metade se coloca nessas condições. Um número ponderável admite ter escolhido esse trabalho pelo desejo de prestar serviço à comunidade. Assim, ao tentarmos julgar sua influência na comunidade, deparamo-nos com dados bastante significativos; sua atitude não tem fins lucrativos; são, ao que parece, compelidas por um sentimento afetivo de solidariedade humana.

Os cuidados dispensados ao material para o parto compõem-se de um conjunto de procedimentos que, à primeira vista, parecem completos. Entretanto, embora o procedimento em si apresente certo grau de eficiência, no caso específico da curiosa, é quase que totalmente anulado pelos condicionantes ambientais, pelo tempo de utilização e pela maneira como é utilizado. Os procedimentos corretos são anulados principalmente pelos fatores de natureza sócio-cultural, que estão inevitavelmente ligados ao parto. O fato mais significativo é que o maior percentual, 32,8%, não dispensam qualquer cuidado ao material: tesoura e cordão; percentual semelhante declara desinfetar e flambar, inclusive o cordão para ligadura do

(*) Análise mais detida será feita no relatório final.

coto umbilical. Relacionanda a essa prática, existe todo um ritual que será descrito no relatório final.

A instrução parece ter influência significativa é natural supor-se que há uma vinculação entre o procedimento em si e a vivência sócio-cultural do grupo estudado, que se impõe mesmo sobre os valores da comunidade.

O cuidado com as mãos no momento do parto apresenta-se bastante deficiente, pois, 58,2% afirmam lavar as mãos por imersão; acresça-se que o lavar as mãos por imersão não tem qualquer significação higiênica. Convém salientar que 2,8% afirmaram não lavar as mãos nem utilizar qualquer outro procedimento de desinfecção. Essa atitude não está ligada apenas a um procedimento anti-higiênico, mas também a certos valores do grupo. O processo de lavagem das mãos por aspersão é utilizado por 24,9% das curiosas. Aqui também não se deve admitir como completo, devido às já descritas condições ambientais.

Prescrição de medicamentos. A curiosa também prescreve remédios de farmácia e caseiros, em escala bastante considerável. 83,6% afirmaram prescrever remédios de farmácia e apenas 33,3% dizem prescrever remédios caseiros. Há portanto, um decréscimo considerável na prescrição de remédios caseiros, comparados aos de farmácia. A gravidade da prescrição, sobretudo de remédios de farmácia, evidencia-se ao relacionarmos este fato com o grau de instrução (Tabela II). Embora em todos os níveis de instrução seja alto o percentual de prescrições, nota-se que é entre o grupo situado no primário incompleto e de analfabetas, faixas cuja diferenciação qualitativa é quase imperceptível, que se verifica o maior volume de prescrições. As diferenças entre os níveis não são significativas, o que prova a universalidade do comportamento prescritivo das curiosas; convém salientar que as prescrições de remédios de farmácia e caseiros não são mutuamente exclusivas.

Tomando como ponto de referência para a prescrição a procedência, observa-se que as curiosas procedentes da capital prescrevem remédios de farmácia com maior intensidade enquanto que as curiosas procedentes do interior prescrevem mais os remédios caseiros. Embora as diferenças do meio apresentem, no caso, diferenças de comportamento, atribui-se ao fato, não propriamente à diferença de origem, mas à capacidade de assimilação de procedimentos urbanos, em decorrência de sua vivência na Capital, com o grupo de origem.

Convém destacar que as diferenças de prescrições não significam que as curiosas do interior não prescrevem remédios de farmácia.

II — Prescrição de remédios de farmácia e remédios caseiros, segundo a procedência das curiosas.

Procedência da "Curiosa"	Remédios de farmácia (%)				Remédios caseiros (%)			
	sim	não	s/inf.	total	sim	não	s/inf.	total
Capital	86,1	12,5	1,4	100,0	30,6	68,0	1,4	100,0
Interior	79,8	20,2	—	100,0	33,7	66,3	—	100,0
Outro Estado	93,8	6,2	—	100,0	43,8	56,2	—	100,0
TOTAL	83,6	15,8	0,6	100,0	33,3	66,1	0,6	100,0

CONCLUSÕES

Concluimos que a atuação da curiosa na Cidade do Salvador é um problema decorrente das condições sócio-econômicas e culturais, sobretudo das deficiências dos serviços assistenciais para os estratos menos favorecidos da população. O seu trabalho é uma necessidade da comunidade, aliada à natureza das relações intergrupais enfatizada pela preferência. A sua prática do ponto de vista técnico apresenta aspectos consideráveis, que são inconscientemente utilizados; sua atuação adquire um caráter humano e social, na medida em que dela são desprovidos elementos de especulação comercial e enfatizado os elementos de natureza afetiva.

Do que ficou exposto, podemos recomendar que as curiosas já existentes sejam reconhecidas oficialmente pelos Serviços de Saúde, a fim de modificar este estado de coisas, não suprimindo a curiosa, mas dando-lhe assistência social e técnica, para que atue dentro de padrões mínimos de higiene e de ética, compatíveis com o direito da pessoa humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: — "Levantamento sobre as principais causas de mortalidade materno-infantil Escola e de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1966. Trabalho não publicado.
- 2 — DOMINGUES, Edith e PINTO, Sônia — Assistência Obstétrica em Salvador. Seminário. E. E. U. F. Ba. Trabalho não publicado.
- 3 — ALMEIDA, Maria de Lourdes e AUGUSTO, Ignácia — "Necessidade de melhor preparo em Obstetria da Enfermeira de Saúde Pública". In *Anais de Enfermagem*, 5 (4): 394-401, out. 1952.

- 4 — GORDON, M. D. et alii — CHILDBIRTH IN Rural Punjab, India. *The Amer. Med. sc.* 247 (3): 344-362, Mar. 1964.
- 5 — GORDON, J. E. et alii — La obstetricia tradicional en las regiones rurales **Bel of Santpanam** 59: 313-324, Oct. 65.
- 6 — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — Expert committee en midwifery training. — Geneva, WHO, 1955, p. 18-19 (Thechnical Report Series, 51).
- 7 — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — Expert committee en maternity care; first repert a preliminaraty survey, 1952, 23 p. (Thechnical Report Series, 51).
- 8 — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — The Midwife in maternity care. Geneve, WHO 1966, p. 16 (Thechnical Report Series, 331).
- 9 — REZENDE, N. M. e RAMOS, R. — O problema da assistência ao parto nos serviços pré-natais das unidades sanitárias: Sugestões para resolvê-lo. *Rev. SESP* 8 (1): 295-305, dez. 1955. Inclui: **O Problema da "Curiosa"** — p. 299.
- 10 — STAHLIE, M. D. — The rele of tetanus neonatorum in infant mortality in Thailand. *J. Trop.e Pd. Afr. Child Heal*: 15-19, June, 1960.

O SISTEMA EMPRESARIAL NA LOCAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA O INPS

Taka Oguisso *

Maria José Schmidt **

Odete Aparecida de Carvalho Bochi **

“É imperativo que um interesse absorvente e compassivo em prol dos doentes e do bem do público em geral extraia, do ambiente em que age, a essência de todos os processos vitais em ação e a aplique à organização e administração do setor do serviço de enfermagem.”

HOLTZHAUSEN

INTRODUÇÃO

Desde tempos imemoriais, a enfermagem vem se desenvolvendo sob o influxo de problemas altamente complexos. O surgimento de novos hospitais, clínicas, sanatórios, casas de saúde, além das técnicas, recursos, aparelhos e equipamentos altamente especializados, criam a necessidade de maior número de enfermeiros; porém, é flagrante a desproporção entre o aumento de profissionais e o aumento das necessidades. Aquêles não acompanha o ritmo dêste.

O custo da assistência de enfermagem bem planejada, científica, organizada, encontra-se dolorosamente além das possibilidades econômicas de um doente de nível médio. Ao mesmo tempo, a ciência que vem evoluindo vertiginosamente, está a exigir profissionais e especialistas cada vez mais competentes, e a comunidade espera um elevado padrão dos serviços de saúde.

Aliás, nunca houve época, como a de agora, em que a procura de profissionais melhores e mais capazes fôsse tão intensa. No passado, procurava-se apenas o atendimento às necessidades reclamadas pelo enfermo; no presente, deve prevalecer a idéia de as-

(*) Assessora de Enfermagem da Coordenação de Assistência Médica do INPS de São Paulo.

(**) Enfermeiras do INPS.

sistência de enfermagem integral ao paciente, mesmo não reclamada, mas antes criteriosamente diagnosticada, planejada e racionalmente executada.

OBJETIVOS DO TRABALHO

Tradicionalmente, o pessoal de enfermagem exerce suas atividades, submetido a um regime de serviço público ou particular. Em serviço público ou autárquico, de acordo com os estatutos e legislação próprios; e em serviço particular, em regime de C. L. T. (Consolidação das Leis Trabalhistas), onde se inclui também o sistema de contratos de trabalho, por tarefa.

Outra modalidade de trabalho consiste na locação a terceiros das atividades de enfermagem. Uma determinada instituição, seja governamental, autárquica ou particular, contrata com uma outra empresa para que esta forneça a prestação de serviços.

No caso específico da enfermagem, o contratante, através de um instrumento particular, estabelece que o contratado deve dar total ou parcial cobertura de enfermagem nas vinte e quatro horas.

Para que possa atingir o objetivo desejado, o hospital contratante deverá dispor as condições e as obrigações para o contratado, que será, no caso, sempre uma pessoa jurídica.

Este trabalho, fruto de longas horas de estudos e reuniões, não pretende oferecer fórmulas infalíveis ou inovar um sistema de trabalho, mas apenas apresentar alguns subsídios, que mais aprofundados e experimentados, poderão traçar novos rumos no sistema de oferta de oportunidades de trabalho. Igualmente, o objetivo não é introduzir uma forma melhor, ou mais humana, ou que atenda satisfatoriamente as necessidades psico-sociais ou materiais do profissional de enfermagem. O objetivo é, tão somente, o de tentar preencher e cobrir uma grande área deficitária de pessoal de enfermagem, quando todas as outras portas estão fechadas.

SISTEMA EMPRESARIAL

Segundo o Prof. Cesariano Jr., empresa "é a organização do trabalho próprio, do trabalho alheio ou de ambos, para a prestação a terceiros de bens ou serviços". Portanto, a empresa, no uso de seu poder de comando admite empregados, fixa-lhes os salários e dirige a prestação de seus serviços.

A sociedade-empresa, de conformidade com o nosso Código Civil, art. 1363, poderá ser celebrada entre pessoas que mutuamente se obrigam a combinar seus esforços ou recursos para lograr fins comuns. Assim, a formação de sociedades-empresas para fins de locação de serviços de enfermagem poderá se enquadrar dentro

das várias modalidades de sociedades civis, com ou sem fins lucrativos, ou sociedades comerciais.

Para a prestação destes serviços, é celebrado o convênio ou convenção, gerando-se uma relação jurídica obrigacional entre as duas partes. O I.N.P.S. tem firmado convênios de diversas naturezas, com as mais variadas empresas, quais sejam: limpadoras, hospitais, laboratórios, serviços especiais, etc. Portanto, no I.N.P.S. o convênio com empresa, de uma maneira geral não é novidade. Mas esta, de convênio com uma empresa prestadora de serviço de enfermagem será uma experiência diferente, em S. Paulo.

Realmente, a Coordenação da Assistência Médica da Superintendência Regional em São Paulo, do Instituto Nacional da Previdência Social, pretende oferecer a assistência aos segurados e seus dependentes através dos serviços de terceiros, numa tentativa não só de manter, mas de aumentar a faixa de atendimento hospitalar em serviço próprio.

Este trabalho focaliza a situação específica de um Hospital da Previdência, situado na Capital do Estado de São Paulo, à Av. Brigadeiro Luis Antônio, cujo funcionamento está previsto para 1970.

ESPECIFICAÇÕES PARA UM CONTRATO

Para locação de empresa prestadora de serviços de enfermagem para vinte e quatro horas no Hospital, foram elaboradas as presentes especificações.

O Hospital é dotado das seguintes Unidades e Serviços: Unidade de Centro Cirúrgico (onze salas de operações, Centro de Material e Esterilização), Centro de Recuperação Anestésica, Centro de Terapia Intensiva, Unidade de internação Médico Cirúrgica, Pediátrica e Emergência, num total de 292 (duzentos e noventa e dois) leitos hospitalares, incluídos os leitos de repouso e pediatria. A empresa locadora deverá executar o serviço de enfermagem junto a todas estas unidades, sob coordenação e controle permanente do Instituto.

As atividades serão desempenhadas por pessoal devidamente habilitado, nas seguintes categorias: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, atendente e escriturário.

1. — Qualificações do pessoal

1.1. — Do enfermeiro

1.1.1. — Condições:

a) ser portador de diploma de enfermeiro nos termos da Lei N.º 2 604/55 e do Decreto n.º 50 387/61;

- b) ter no máximo 45 (quarenta e cinco) anos de idade incompletos até a data do início do exercício a serviço do Instituto;
- c) uso obrigatório de uniforme e identificação na lapela;
- d) regime de trabalho — segundo a escala elaborada pela chefia, podendo abranger prestações de serviço à noite, domingos e feriados.

1.1.2 — Atribuições:

- a) Prestar cuidados de enfermagem diretos ao paciente grave, ao paciente no pré e pós operatório, ou àqueles cujo cuidado inclua manejo de aparelhos especiais;
- b) admitir e orientar os pacientes na unidade de enfermagem;
- c) executar ou fazer executar os cuidados de enfermagem que foram planejados para o paciente, de acordo com as prescrições médicas;
- d) liderar a equipe de enfermagem de sua unidade, procedendo a distribuição orientação e supervisão das tarefas dos empregados subalternos;
- e) colaborar ou participar das atividades de pesquisas médicas ou de enfermagem;
- f) observar e comunicar o trabalho do pessoal sob sua liderança, bem como os atinentes à limpeza, rouparia e alimentação;
- g) participar dos programas de educação sanitária para pacientes, familiares e visitas;
- h) atender o público e as visitas dos pacientes;
- i) cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias, regulamento e regimento do Hospital.

1.2 — Do Auxiliar de Enfermagem

1.2.1 — Condições:

- a) ser portador de certificado de Auxiliar de enfermagem nos termos da Lei N.º 2 604/55 e do Decreto n.º 50 387/61;
- b) ter no máximo 35 (trinta e cinco) anos de idade incompletos na data do início no serviço do Instituto;
- c) uso obrigatório de uniforme e identificação na lapela ou gola;
- d) regime de trabalho — segundo escala elaborada pela chefia, podendo abranger a prestação de serviço à noite, domingos e feriados.

1.2.2 — Atribuições:

- a) Executar serviços de enfermagem especializados ou de rotina sob orientação de enfermeiro;

- b) receber pacientes admitidos e orientá-los na unidade de enfermagem;
- c) fazer arrolamento de valores de pacientes;
- d) auxiliar o enfermeiro ou o médico no cuidado do paciente;
- e) prestar cuidados de enfermagem diretos ao paciente, por delegação e sob supervisão de enfermeiro;
- f) dar ao paciente cuidados que proporcionem higiene pessoal, conforto e previnam complicações;
- g) administrar medicação prescrita;
- h) fazer curativos simples, conforme rotina;
- i) controlar sinais vitais: T. P. R. e P. A.;
- j) auxiliar o enfermeiro no preparo de pacientes em pré operatório e cuidados pós operatórios;
- l) vigiar pacientes graves, agitados, inconscientes, e outros que necessitem atenção especial;
- m) executar tratamentos diversos, tais como: lavagens, sondagens, aspirações e outros;
- n) comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no estado geral do paciente;
- o) colher ou recolher material para exames de laboratório, identificando-o;
- p) preparar ou esterilizar o material e instrumental;
- q) anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações feitas.

1.3 — Do Atendente

1.3.1 — Condições:

- a) ter nível de instrução equivalente ao primário completo;
- b) ter no máximo 35 (trinta e cinco) anos de idade incompletos na data do início do serviço no Instituto;
- c) uso obrigatório de uniforme e identificação na lapela ou gola;
- d) regime de trabalho — segundo escala elaborada pela chefia, podendo abranger a prestação de serviço à noite, domingos e feriados.

1.3.2 — Atribuições:

- a) executar atividades elementares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro;
- b) fazer higienização do paciente e manter a ordem e limpeza na sua unidade;
- c) promover a limpeza e esterilização de utensílios, material e equipamentos médicos e de enfermagem;

- d) colher fezes e urina para exame de rotina;
- e) transportar pacientes;
- f) auxiliar paciente na alimentação e eliminação;
- g) controlar pêso, temperatura e diurese;
- h) atender campainhas e telefones;
- i) auxiliar no contrôle de roupa e material.

1.4 — Do escriturário

1.4.1 — Condições:

- a) ter nível de instrução equivalente ao primeiro ciclo secundário completo;
- b) ter no máximo 35 (trinta e cinco) anos de idade incompletos até a data do início do exercício no serviço do Instituto;
- c) uso obrigatório de uniforme e identificação na lapela ou gola;

1.4.2 — Atribuições:

- a) Executar trabalhos de secretaria, de natureza simples, relacionados com assuntos específicos de enfermagem, sob a orientação de enfermeiro;
- b) transcrever ordens médicas;
- c) atender telefones e dar recados;
- d) colher e anotar dados de atividades de enfermagem para fins estatísticos;
- e) conservar a ordem nos prontuários;
- f) datilografar, encaminhar e conferir material de escritório, limpeza e medicamentos;
- g) datilogafar relatórios da clínica;
- h) encaminhar avisos e pedidos.

Todos os empregados da Locadora ficam obrigados ao exercício de quaisquer tarefas que guardem semelhança ou correlação com as acima indicadas. Ficam ainda obrigados a cumprir as normas contidas no Regulamento do Hospital e os artigos do Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem.

Os uniformes serão fornecidos pelo Instituto, segundo modelo próprio; entretanto, a lavagem e conservação dos mesmos ficarão à cargo da Locadoura. Os sapatos, meias e agasalhos a serem utilizados pelos empregados não serão fornecidos pelo Instituto, que, no entanto, poderá disciplinar suas cores e modelos. A identificação na lapela ou gola deverá ser fornecida pela Locadora, constando de cartão crachat como nome, cargo e fotografia 2 x 2.

2. — Condições e obrigações

2.1 — Material permanente e de consumo a serem utilizados nas atividades de enfermagem pela Locadora — o Instituto fornecerá todo o equipamento, máquinas, motores, utensílios, mobiliário do Instituto, seja por danificação de material permanente, seja

A locadora será responsável pelos danos causados ao patrimônio do Instituto, seja por danificação de material permanente, seja por desperdício de material de consumo, cujo valor total será descontado da fatura mensal no ato de seu pagamento. A avaliação da danificação será feita pelo Instituto, através da descrição escrita da ocorrência pela enfermeira do Instituto, e apreciação da Direção do Hospital.

Para que este desconto seja efetivado, a Direção do Hospital ouvirá o representante da Locadora, a respeito da ocorrência sobre material danificado.

2.2 — Do pessoal, normas, disciplinas e controle de frequência.

a) Os empregados da Locadora deverão, no tocante a normas e disciplinas, enquadrar-se nas estabelecidas pela Direção do Hospital.

b) O empregado da Locadora deverá ser apresentado previamente à pessoa indicada pelo Instituto, que constatará se o mesmo está apto a desempenhar a profissão proposta, recusando-o sempre que julgar conveniente.

c) Ao ser apresentado, o empregado deverá exibir à pessoa indicada pelo Instituto sua carteira profissional, carteira de saúde com abreugrafia, atestado de vacina anti-variólica e anti-tetânica, reação de Wasserman, exame de urina tipo I, de fezes (parasitológico), atestado de antecedentes e demais documentos julgados necessários.

d) O Instituto reserva-se o direito de submeter qualquer empregado em atividade no Hospital aos exames médicos que julgar necessários.

e) A Locadora deverá afixar em local determinado pelo Instituto, escala de folga, horário e revezamento de seus empregados, de forma que sempre esteja presente aos serviços o número exigido no contrato.

f) Deverá ser afixado igualmente em chapeleiras próprias, fornecidas pela Locadora, os cartões de ponto para o controle de frequência de seu pessoal, o qual deverá se apresentar uniformizado.

g) Manterá a Locadora, dentro do recinto do Hospital, no mínimo um funcionário devidamente autorizado à, em seu nome, receber orientação do Instituto no tocante a normas, métodos e práticas necessárias ao serviço, bem como receber, encarregando-se de

transmitir à Locadora e com ela resolver, tôdas as questões que surgirem referentes a seus empregados que prestam serviços no Hospital.

h) A supervisão do Instituto, em relação ao pessoal da Locadora, justifica-se pela natureza do estabelecimento, não desfigurando a relação jurídica entre as partes, ficando bem claro que o pessoal da Locadora é empregado desta para todos os efeitos legais, mesmo porque a Locadora é que remunerará e dirigirá os seus empregados e as medidas que o Instituto tiver que tomar quanto a êsse pessoal, não serão tomadas diretamente, mas dirigindo-se à Locadora, a fim de que esta, como empregadora, tome as providências cabíveis.

i) A Locadora obriga-se-á, outrossim, a comunicar com antecedência de trinta dias as demissões e com o compromisso tácito de substituição dos empregados demitidos, a partir do mesmo dia da dispensa. No caso de haver interesse da Locadora em dispensar o empregado sem aviso prévio, a comunicação ao Instituto será feita com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas, seguindo-se as mesmas orientações acima referidas.

j) A Locadora obrigará-se-á a retirar do serviço dentro de 24 (vinte e quatro) horas da notificação que lhe fôr feita, qualquer empregado que não mereça confiança, ou cuja permanência fôr considerada inconveniente pelo Instituto, não podendo isso ser considerado motivo para suspensão de serviços, mesmo temporariamente e correndo as obrigações trabalhistas da dispensa, se houver, por conta da Locadora.

b) No caso de ocorrer ausência de empregado(s) escalado(s) para qualquer turno aquêles que já se encontravam em serviço, deverão permanecer em plantão até que a Locadora encaminhe o substituto. O Instituto poderá considerar como infração a êste contrato, ficando conseqüentemente, a Locadora sujeita à penalidade relacionada na letra "das Disposições Gerais", quando qualquer uma destas funções fique a descoberto, ainda que seja por pequeno intervalo.

m) No caso em que a atividade de um empregado possibilite falha grave que coloque em risco a vida do segurado, o Instituto reserva-se o direito de exigir a retirada imediata do mesmo, devendo haver sua substituição dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

n) A Locadora deverá fornecer ao Instituto uma ficha completa de seus empregados em atividade no Hospital, com todos os dados de identificação: nome; filiação, notas cromáticas, nacionalidade, endereço de sua residência, data de admissão e fotografia.

2.3 — Das técnicas, normas e rotinas a serem utilizadas

a) As atividades de enfermagem a serem desempenhadas deverão obedecer as normas, rotinas e técnicas elaboradas pelas en-

fermeiras do Instituto aprovadas pela Direção do Hospital. Para as técnicas específicas, poderá haver treinamento ministrado pelo Instituto, à encarregada indicada pela Locadora.

b) Deverá haver, sistematicamente, passagem de plantão obrigatória nas Unidades do Hospital, entre as equipes da manhã e tarde; da tarde e noite; noite e manhã.

2.4 — Do número de empregados, horários e distribuição por unidades e serviços

) A Locadora deverá manter em efetivo exercício nas 24 (vinte e quatro) hcras, o pessoal necessário quantitativa e qualitativamente, de acôrdo com a escala estabelecida pelo Instituto.

b) O Instituto solicitará a mão de obra que contratar, parceladamente, de acôrdo com as necessidades.

c) O número de empregados-hora relacionados no mapa de pessoal de enfermagem e contratado com a Locadora é considerado o teto do que poderá ser pedido. A Locadora deverá colocar o número de empregados que lhe fôr solicitado, atendendo as especificações quanto às categorias profissionais, sexo e outras, de acôrdo com o referido mapa, e dentro do prazo máximo de quinze dias da data que receber notificação por escrito.

3. — Disposições Gerais

a) a Locadora assume e responde para com seus empregados por tôdas as obrigações trabalhistas, previdenciárias de infortunisticas e insalubridade, obrigando-se para êsse fim, comprovar à Direção do Hospital, mensalmente, o cumprimento das exigências, especialmente quanto ao seguro de acidentes, recolhimentos de contribuições de Previdência, pagamento de salário, horas extras, domingos e feriados, férias, 13.º salário, etc., sem qualquer restrição, ficando outrossim responsável por quaisquer danos ou prejuízos causados a terceiros por seus empregados.

b) Para cumprimento do item "a", a Locadora deverá apresentar à Direção do Hospital, mensalmente, cópia do recibo de pagamento de cada empregado devidamente assinado pelo mesmo.

c) Fica expressamente proibido o aproveitamento de servidores do Instituto pela Locadora para prestação dos serviços a serem executados.

d) A Locadora obriga-se a prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo Instituto, a cujas reclamações se obriga a atender prontamente.

e) No caso de recusa ou de demora no atendimento de qualquer reclamação do Instituto, poderá êste confiar a outrem a execução

dos serviços reclamados e não executados, descontando o seu custo, de uma só vez, no primeiro pagamento mensal a ser feito à Locadora, a qual não poderá impugnar o seu valor.

f) Ocorrendo inadimplência de qualquer obrigação por parte da Locadora, poderá o Instituto optar pela aplicação de multa de 2% (dois por cento) do valor total do contrato, dobrado em caso de reincidência, caso em que ficará automaticamente revogado o referido contrato em todos os seus termos.

g) A infração de qualquer cláusula, condição ou obrigação do contrato a ser assinado pela Locadora, importará na sua imediata rescisão, de pleno direito, independentemente de notificação ou interposição judicial ou extra-judicial, ficando a Locadora sujeita ao pagamento de uma multa correspondente a 10% (dez por cento) do valor total do contrato, sem prejuízo das demais cominações legais ou contratuais.

h) A Locadora não poderá ceder ou transferir a outrem, total ou parcialmente, o contrato a ser estabelecido.

i) O prazo de contrato é de seis meses, ficando prorrogado, automaticamente, por igual período, sob as mesmas condições, a menos que haja denúncia de qualquer das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

j) O Instituto pagará mensalmente à Locadora, na Caixa de sua Superintendência Regional, nesta cidade, o mais tardar até o décimo dia subsequente ao da entrega da fatura do mês vencido, como remuneração dos serviços contratados, a soma dos valores-hora de cada empregado, acrescida das percentagens cotadas para encargos sociais e administração e multiplicados pelas horas de serviço realmente executadas.

l) O prazo fixado para pagamento será contado, tendo em vista a fatura entregue ter sido aceita pelo Instituto sempre que a fatura tiver que ser refeita, novo prazo de dez dias corridos será contado da sua nova apresentação.

m) O valor ajustado é certo e definitivo, e só poderá ser modificado, se, na vigência do contrato, ocorrer alteração nos níveis do salário mínimo ou houver decisão final em "dissídio coletivo", caso em que poderá ser permitido um reajustamento no valor contratado, na mesma percentagem do aumento verificado, e a partir da data em que entrar em vigor.

n) Sem prejuízo da plena responsabilidade da Locadora perante o Instituto ou para com terceiros, todos os serviços ora contratados estarão sujeitos à mais ampla e irrestrita fiscalização pelo Instituto.

o) Em garantia das obrigações assumidas, a Locadora prestará caução correspondente a 5% (cinco por cento) do valor total do contrato, a qual será restituída à Locadora, findo ou rescindido o con-

trato, deduzidas previamente as quantias por ventura devidas pela mesma.

p) As propostas deverão ser apresentadas por preço global, considerando o número de horas pedido para cada categoria, constante do mapa de pessoal de enfermagem (Anexo I), e separadamente por categoria, com indicação do custo como se segue:

ENFERMEIRO - Auxiliar de Enfermagem - Atendente - Escriturária

Preço base por hora	Cr\$
Acréscimo para encargos sociais (%)	Cr\$
Taxa de administração (%)	Cr\$
Total por hora	Cr\$

CÁLCULO DE PESSOAL

O cálculo de pessoal foi elaborado tendo em vista a cobertura de enfermagem nas vinte e quatro horas, segundo uma escala de serviço, em que se possa verificar a cada hora do dia, o montante de pessoal de enfermagem em efetivo exercício no Hospital. Não houve preocupação com licenças, faltas e férias, uma vez que caberá à empresa locadora a solução e determinação delas. O I. N. P. S. exige apenas a presença do pessoal daquelas categorias, dentro dos horários e dias estabelecidos.

Através de estudos baseados na pesquisa bibliográfica, nas observações e vivências pessoais em diferentes serviços dentro e fora do I.N.P.S., foi elaborado um cálculo de pessoal em quantidade e categorias profissionais. Tendo em vista a inexatidão dos dados estatísticos, foram catalogadas e somadas as experiências individuais para fundamentar os cálculos, de acordo com as necessidades dos pacientes, em cada especialidade, desde aqueles que são capazes de assumir quase toda a responsabilidade por seus cuidados físicos, até aqueles que são quase inteiramente dependentes da enfermagem para esses cuidados. Foram acrescentados cerca de 5% para fatores impossíveis de serem medidos.

Na estruturação do serviço de enfermagem, as funções de planejamento, assessoria, coordenação, supervisão, chefia e treinamento foram colocadas a cargo de enfermeiras do próprio Instituto, a fim de garantir uma diretriz básica e uniforme, que preservará a unidade do Serviço de Enfermagem do Hospital e do Instituto.

O escriturário foi incluído na equipe de enfermagem porque, entre muitos problemas que estariam limitando a atuação do enfermeiro, foram citadas atividades burocráticas, como requisitar material, atender telefone, recados, informações de rotina, coleta de dados para fins estatísticos, etc. Tais atividades prejudicam a assistência direta ao paciente, que é a função específica do enfermeiro.

Uma sondagem em outubro de 1967 no Hospital Ipiranga, I.N.P.S., São Paulo, também provou isso. Foi constatado naquele Hospital que 29,4% do tempo da enfermeira era gasto em atividades burocráticas. Assim, a presença do escriturário liberará a enfermeira para atividades que exijam maior capacidade de julgamento.

Na divisão de trabalho dos atendentes, nos períodos e dias de maior movimento, ou seja das 7 às 16 horas de segunda a sexta feira para tôdas as clínicas, com exceção da Unidade de Emergência que será de segunda a sábado, caberá a uma única atendente, denominada "circulante", a execução de tôdas as atividades que devem ser desempenhadas fora das enfermarias e unidades. Assim, será da competência dessa "circulante" de Unidade, o recebimento e conferição de roupa procedente da Lavanderia, a distribuição de sabonete, roupa e outros materiais nas enfermarias, o encaminhamento de requisições de exames, o transporte de pacientes para exames, etc. Trata-se de uma tentativa para eliminar a repetição das mesmas tarefas, por várias pessoas ao mesmo tempo e a ausência da atendente em sua área de trabalho, em prejuízo da observação e cuidados a serem dados ao paciente.

Como no contrato de trabalho empresarial os empregados serão remunerados por horas de serviços executados, haverá pessoal de 6,9 e 12 horas diárias, incluído o horário de descanso e refeição.

As passagens de plantão em conjunto deverão ser feitos às 7, 16 e 22 horas. Ao pessoal de 12 horas, com saída às 19 horas, serão atribuídas no fim do plantão, funções que não terão continuidade no dia, como, por ex., supervisionar e ajudar na alimentação, transportar pacientes com alta da Terapia Intensiva e Recuperação para as Unidades de internação.

No Centro Cirúrgico, como provam experiências anteriores, o volume maior de cirurgias é entre 10 e 18 horas. Nesse período haverá maior contingente de pessoal.

O cálculo, portanto, foi baseado em tarefas que devem ser executados em equipe pré-determinadas nas rotinas.

Não chegamos a resultados muito diferentes dos já aceitos como razoáveis, no Brasil, ou sejam:

1. Unidade de internação de emergência — 3,3 horas diárias;
2. Unidade de internação de clínica médica — 2,2 horas diárias;
3. Unidade de internação de clínica cirúrgica — 2,4 horas diárias;
4. Unidade de internação de clínica pediátrica — 4,9 horas diárias;
5. Centro Cirúrgico (onze salas de operações e Centro de Material) — média de cuidados de enfermagem por operação — 5 horas, considerando o grande número de pequenas cirurgias.
6. Centro de Terapia Intensiva — incluindo Centro de Recupera-

ção Anestésica e Cirúrgica — 7,1 horas diárias. A falta de definição das especialidades cirúrgicas, que o Hospital terá, dificultou um cálculo preciso. Assim, estipulamos em 7,1 horas, a média de cuidados, a ser requisitado quando necessário.

CONCLUSÕES

Acreditamos que esse trabalho poderá servir de roteiro para pesquisa posterior, em que possamos coletar dados clínicos, sociais e administrativos, que orientam e interferem no cuidado de enfermagem. Estes dados, juntamente com as medidas de tempo e movimento, das técnicas e rotinas executadas, poderão fornecer elementos conclusivos para o cálculo de pessoal mais aproximado do real, e necessário em nossa instituição.

Assim sendo, vamos testar o “contrato de locação” e a prestação de serviço da Locadora. Após uma avaliação que será feita paulatinamente, poderemos no fim de seis meses obter algumas conclusões mais concretas. É possível que algumas coisas devam ser modificadas, mas, somente a experiência poderá provar.

A priori, os cargos de chefia do Hospital ficaram sob a responsabilidade de enfermeiras do I.N.P.S. no entanto, nada impede que após novos estudos, possamos fazer uma experiência diferente.

Contudo, esperamos poder oferecer aos colegas alguns subsídios para a formação de sociedades que visem solucionar o grave problema da prestação de serviços de enfermagem.

Recomendamos, porém, que essas sociedades visem não só a prestação material dos serviços de enfermagem, mas sobretudo o aprimoramento da profissão, respeitando os “Direitos Universais do Homem” na pessoa de seus empregados e dos pacientes atingidos por eles.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — FAYOL, H. — Administração industrial e geral. 7.^a ed. São Paulo, Atlas, 1968.
- 2 — FERRARINI, C. | e outras | — Manual da subdivisão de enfermagem. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, s. d.
- 3 — FINER, H. — Administração e serviços de enfermagem. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1966.
- 4 — GRINBERG, B. | e | GIGLIO, W. D. — Direito do trabalho. Rio de Janeiro, J. Bushastsky, 1969.
- 5 — KRAUSE, W. M. — Curso de supervisão: apostila. São Paulo. IDORT, s. d.

- 6 — MOREIRA, E. D. |e outros| — Plano de organização da enfermagem. Rio de Janeiro, I.N.P.S., s. d.
- 7 — SÃO PAULO. UNIVERSIDADE. FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA — Temas de administração hospitalar: apostila. São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, 1969.
- 8 — SEARS, J. B. — Natureza do processo administrativo. São Paulo, Pioneira, 1966. 2 v.

Agradecimentos

Este trabalho muito deve ao Dr. Mario da Costa Galvão Filho, Diretor do Hospital Brigadeiro, pelo muito que aprendemos através de suas sugestões sempre oportunas e à Da. Matilde Cecy de Campos Galvão, Administradora do mesmo Hospital pela valiosa colaboração. A ambos nossa homenagem de gratidão.

Endereçamos também os agradecimentos ao senhor Coordenador da Assistência Médica do I. N. P. S. em São Paulo, Dr. Décio Pacheco Pedroso, pela oportunidade que nos concedeu de realizar um estudo desta natureza.

Notícias

Novos membros de Diretoria e do Conselho Fiscal da ABEn

Foram empossados na Assembléia de Delegados, reunida em Pôrto Alegre, em 18 de outubro p. p., os seguintes membros:

Maria Dolores Lins de Andrade, 1.^a Vice Presidente; Iêda Barreira e Castro, 2.^a Secretária; Leônia Borges Machado, 2.^a Tesoureira; Úrsula Engel, Coordenadora da Comissão de Assistência; Maria Amélia Rangel Garcia, Membro do Conselho Fiscal.

Sócios honorários da ABEn

Na sessão de instalação do XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem em Pôrto Alegre, foram outorgados os títulos de "Sócio Honorário da ABEn", à Irmã Matilde Nina, à Sra. Clélia Allevato e à Sra. Ruth Barcelos, concedidos em 1939 e homologados pela A. D. reunida em Recife em 1968; e à Sra. Maria Rosa Sousa Pinheiro, concedido pela A. D. reunida em Recife em 1968.

Sócios efetivos da ABEn

O número de sócios da ABEn em 31 de dezembro p. p. era de 2 304, faltando, portanto, 696 para chegar a meta para 1970, isto é, 3 000 sócios.

Prêmio "Semana da Enfermagem" de 1969

Foi detentora do prêmio, em 1969, Lúcia Herta Rockembach, aluna do 2.^o ano da Faculdade de Enfermagem e Obstetria Madre Ana Moeller, de Pôrto Alegre, RS. O prêmio, promovido por esta Revista e patrocinado pelo Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da U. S. P. foi entregue na sessão de encerramento do XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Concurso "Semana da Enfermagem" — 1970

Como parte das comemorações da Semana da Enfermagem vem sendo realizado anualmente este ano, porém, por motivos independentes da vontade da Diretoria da ABEn, não haverá concurso.

Nôvo Curso "Semana da Enfermagem" — 1970

A partir de junho de 1970, estará funcionando o Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, criado recentemente.

ABEn — Seção do Rio Grande do Sul

Esta Seção comunicou à ABEn que já possui Sede Própria, à Av. Venâncio Aires, n.º 1117, conjunto n.º 1, inaugurada em 4 de março p. p.

Séde da ABEn em Brasília

A Diretoria da ABEn continua envidando o melhor de seus esforços para apressar o término da construção da Séde em Brasília e para isto vem contando com a contribuição de Seções, de enfermeiros e pessoas não enfermeiras que fazem doações particulares com esta finalidade.

Apesar de estar em sua fase final, a construção ainda não terminou; estão sendo incentivadas as seguintes campanhas para acelerar os trabalhos da obra: do Saco de Cimento, da Placa Individual e da Placa Institucional, no valor de Cr\$ 10,00, Cr\$ 1 000,00 e Cr\$ 5 000,00 respectivamente.

A Seção de São Paulo comunica que instituiu a Corrente de Chás e Jantares que, além de contribuir para a construção da sede, constitui motivo de aproximação social entre os enfermeiros.

A **Revista Brasileira de Enfermagem** agradece ao Serviço Nacional de Tuberculose o valioso donativo que tornou possível a publicação deste número.

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Pelo Decreto-Lei federal n.º 841/69, esta escola foi transferida do Ministério da Saúde para o Ministério da Educação, passando a integrar a primeira Federação de Escolas Isoladas Federais da Guanabara.

XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem

Será realizado em São Paulo, de 19 a 26 de julho de 1970. O temário inclui: "Elementos Básicos do Diagnóstico de Enfermagem" e "Integração do Recém-Graduado na Vida Profissional". Será também apresentado o relatório da comissão especial encarregada de elaborar as "Bases da Política da ABEn".

Homenagem

Foi homenageada pelo Conselho Nacional de Mulheres do Brasil a Sra. Maria Dolores Lins de Andrade, Diretora da Escola de Enfermagem Ana Neri, como uma das 10 mulheres que mais serviços prestaram ao desenvolvimento sócio-político-econômico do País. A homenageada recebeu o Diploma de Mérito.

Eleições na ABEn

Serão realizadas nos dias 14 e 15 de maio p. f., para os cargos de Presidente, 2.^a Secretária, 1.^a Tesoureira, Coordenadoras das Comissões Permanentes e um dos membros do Conselho Fiscal.

Bolsa de Estudo

Com Bolsa de Estudos recebidas da OMS por intermédio da Chefia da Zona V da OPAS/OMS, seguiu para os Estados Unidos Circe de Melo Ribeiro, 2.^a Vice Presidente da ABEn e membro do corpo docente da Escola de Enfermagem da U. S. P. O objetivo da viagem foi verificar como vem sendo feita naquele país a integração da enfermagem com o serviço de enfermagem dos hospitais de ensino.

Falecimentos

— Clélea de Pontes, Diretora da Escola de Enfermagem "Alfredo Pinto", no Rio de Janeiro, em 22 de dezembro p. p.

— Clotilde Accioly de Carvalho, enfermeira de Saúde Pública do Rio de Janeiro, em 4 de dezembro p. p.

ORGANIZAÇÃO DA ABEn — 1969/1970

Diretoria

Presidente, Amália Correa de Carvalho; 1.º Vice Presidente, Maria Dolores Lins de Andrade; 2.º Vice Presidente, Circe de Melo Ribeiro; 1.º Secretário, Ieda Barreira e Castro; 2.º Secretário, Glycon José Bernardes; 1.º Tesoureiro, Irmã Tereza Notarnicola; 2.º Tesoureiro, Leônia Borges Machado.

Coordenadoras das Comissões: Assistência de Enfermagem, Ursula Engel; Documentação e Estudos, Dra. Glete de Alcântara; Educação, Maria Ivete R. de Oliveira; Legislação, Dra. Haydée Guanaes Dourado; Revista Brasileira de Enfermagem, Maria Rosa S. Pinheiro. — Enderêço: Av. Franklin Roosevelt 39, sala 1 003, Rio de Janeiro - GB. Av. Enéas Carvalho Aguiar 440, CP. 575, São Paulo, SP.

Conselho Fiscal: Aracy Coimbra, Elvira De Felice e Maria Amélia Kangel Garcia.

Seções

AMAZONAS — Presidente: Vera de Oliveira Montenegro — Rua Terezina 495, Adrianópolis, Manaus, AM; PARÁ — Presidente: Ivone Lima Dantas — Sanatório Barros Barreto, Caixa Postal 489, Belém, PA; MARANHÃO — Presidente: Terezinha de Jesus Frias — Rua Rio Branco 308, São Luiz, MA; PIAUÍ — Presidente: Maria Vieira de Moraes — Rua Olavo Bilac 2 295, Terezina, PI; CEARÁ — Presidente: Esther Colares — Av. do Imperador 1 367, Fortaleza, CE; RIO GRANDE DO NORTE — Presidente: Maria Celsa Franco — Av. Nilo Peçanha 620, Natal, RN; PARAÍBA — Presidente: Margarida Rocha — Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat, Praça Caldas Brandão s/n, João Pessoa, PB; PERNAMBUCO — Presidente: Ivanete Alves Nascimento — Rua Conde da Boa Vista 170, conjunto 1 201, Recife, PE; ALAGOAS — Presidente: Cinira A. Mattos — Rua Anglo Neto 295, Farol, Maceió, AL; SERGIPE — Presidente: Maria Iracema Freire Novais, Caixa Postal 91, Aracajú, SE; BAHIA — Presidente: Ednelza S. Garrido — Escola de Enfermagem da U. F. B., Parque Universitário, Canela, Salvador, BA; MINAS GERAIS — Presidente: Eny Enes — Rua Alagoas 16, sala 603, Belo Horizonte, MG; Distrito de Juiz de Fora — Av. Rio Branco 3 596, Juiz de Fora, MG;

RIO DE JANEIRO — Presidente: Maria Wanda R. de Oliveira — Rua da Conceição 137, sala 910, Niterói, RJ; GUANABARA — Presidente: Maria da Graça Simões da Côrte Imperial — Av. Presidente Vargas 590, sala 1 718, Rio de Janeiro, GB; São Paulo — Presidente: Maria Camargo de Oliveira Falcão — Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 440; Caixa Postal 5 751, São Paulo, SP; Distrito de Araraquara — Presidente: Maria Conceição Oliveira de Toledo — Av. José Bonifácio 794, Araraquara, SP; Distrito de Campinas — Vice Presidente: Leonor de Oliveira — Santa Casa de Misericórdia, Campinas, SP; Distrito de Ribeirão Preto — Vice Presidente: Maria Cecília Puntel (em exercício) — Rua Bernardino de Campos 1 052, Caixa Postal 832, Ribeirão Preto, SP; Distrito de Santos — Presidente: Judith Peres de Queiroz e Silva — Santa Casa de Misericórdia de Santos a/c de Maria Antônia Faro de Andrade, Av. Cláudio Luiz da Costa 50, Santos, SP; PARANÁ — Presidente: Irmã Eugénia Polakowsky — Rua 15 de novembro 1 222, apto 1 002, Curitiba, PR; SANTA CATARINA — Presidente: Lygia Igués Rossi — Rua Getúlio Vargas 5, Caixa Postal 282, Florianópolis, SC; RIO GRANDE DO SUL — Presidente: Creuza Pereira Rodrigues, Caixa Postal 2 870, Pôrto Alegre, RS; Distrito de Caxias do Sul — Presidente: Ir. Rosa Grings — Rua 20 de setembro 2 311, Caxias do Sul, RS; Distrito de Santa Maria — Presidente: Leonor Caon Martins — Escola de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira, Av. Presidente Vargas 2 377, Santa Maria, RS; GOIÁS — Presidente: Tael Pimenta Machado — Av. Goiás 346, Caixa Postal 395, Goiânia, GO; MATO GROSSO — Presidente: Enir Lemes Vieira — Caixa Postal 184, Cuiabá, MT.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

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

A Revista Brasileira de Enfermagem agradece a todos que desejarem 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 acordo com as recomendações, assim como fazer revisão editorial que julgar necessária, incluindo a condensação ou emissão de parte de texto, quadros, ilustrações e anexos.

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

Solicita-se permuta
Exchange is requested

On désire établir échange
Se solicita el canje

Esta Revista está registrada no Departamento Nacional da Propriedade Industrial sob n.º 274 047, desde 12-7-1962



LYSOL^{MR}

**É O ANTISSEPTICO PADRÃO
NAS MAIORES ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES DO MUNDO**

Purifica o ar, acabando com os maus odores. Elimina, simultaneamente:

- Fungos • Bactérias
- Virus • Esporozoários

Do ar e das superfícies

Alguns jatos, em ambientes fechados ou sobre superfícies, garantem assepsia cientificamente comprovada - em tôdas as direções:



O uso de Lysol Spray Desinfetante anula aquela "subconsciente incerteza" de assepsia integral deixada pelos antissépticos comuns.

LYSOL^{MR}

Spray Desinfetante

