

revista brasileira de enfermagem



ANO XIX

ABRIL E JUNHO DE 1966

N.os 2 e 3

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XIX ABRIL E JUNHO DE 1966 N.os 2 e 3

SUMÁRIO

EDITORIAL

Técnico de Enfermagem — curso colegial, de três anos 61

EDUCAÇÃO

Planejamento dos cuidados de enfermagem necessária a um paciente — Zaira Bittencourt, Aracy L. V. Santos e Maria Helena O. Marques 64

O ensino da enfermagem psiquiátrica nos cursos de auxiliares de enfermagem — Maria Aparecida Minzoni 77

Carga Horária — Maria Dolores Lins de Andrade 89

SERVIÇO

Aspectos de enfermagem na diálise peritoneal — Brigitta E. Pfeiffer, Beatriz B. Arroyo e Berenice M. Martinez 98

El Departamento de Enfermeira — Maria Mercedes Martinez de Martinez 109

Visita ao operário no local de trabalho (VOLT) — Delzuite de S. Cordeiro 114

Métodos usados na profilaxia das infecções pós-operatórias nas cirurgias intra-oculares — Clara Wolfovitch 124

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 4881-A de 6/12/65 — Dispõe sobre o Estatuto do Magistério Superior 134

INTERESSE GERAL

Profissão liberal e enfermagem — Haydée Guanais Dourado 148

Recomendações do II Congresso Brasileiro de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem 165

Histórico da Escola de Enfermagem "Ana Neri" — Lais Maria Horta Barbosa e Maria do Carmo Dantas 161

Curso Técnico de Enfermagem 165

Criação de escolas de enfermagem	168
A ABEn e a III Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas	169
Seminários sobre treinamento do pessoal auxiliar para os serviços de saúde	175
Mensagem do Dr. M. G. Caudau — Dia Mundial da Saúde	

NOTÍCIAS

Fundo Nacional do Ensino Superior	178
Pesquisas do Câncer	178
Cursos de Obstetrícia e de Enfermagem de Saúde Pública	178
Concurso “Semana da Enfermagem”	179
Doutoramento em Saúde Pública	179
Enfermeira na Secretaria de Saúde do DF	179
Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem	180
O homem e a Cidade	181

ABEn

Endereços	182
Diretor Responsável: Circe de Melo Ribeiro	
Coordenador: Maria Rosa S. Pinheiro	
Diretor Redator Chefe: Hayd-e Guanais Dourado	
Editor: Anayde Corrêa de Carvalho	
Gerente: Maria Notarnicola	
Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - sala 1304	

Rio de Janeiro — GB
CAPA DE SANTA ROSA

EDITORIAL

TÉCNICO DE ENFERMAGEM — CURSO COLEGIAL, DE TRÊS MESES

No ano letivo de 1966 a ABEn tem conhecimento de que deverão ser abertos dois cursos colegiais de enfermagem, — um sob a responsabilidade da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro, e outro cife. Estão em andamento providências no Ministério da Educação

Estão em andamento providências no Ministério da Educação e Cultura, no Conselho Federal de Educação e no Ministério da Saúde, de modo que o novo curso deverá ter seu currículo aprovado oportunamente e o diplomado, suas funções regulamentadas. O currículo do curso para o sistema federal de ensino foi pedido pela ABEn ao C. F. E., por recomendação do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, de 1965. Tais funções deverão ser escolhidas dentre as que atualmente estão sendo desempenhadas, em maioria, por atendentes, — visto como 70% do pessoal que exerce enfermagem no país são atendentes.

CARACTERÍSTICAS DO FUTURO CURSO COLEGIAL

É imperativo da Lei de Diretrizes e Bases que a ela se adaptem progressivamente os cursos existentes no país que conferem certificados e diplomas registrados no Ministério da Educação. A formação do pessoal de enfermagem está neste caso. Quanto ao novo curso, deverá ter a duração de três anos, a validade de 2.º ciclo médio, para esse fim devendo ser reservadas no currículo 50% da carga horária para as disciplinas de cultura geral deste nível. As disciplinas de enfermagem juntamente àquelas visarão a formação de um técnico que possa, além de dar assistência de enfermagem ao caso individual, chefiar unidade de enfermagem em hospitais de 250 leitos e menos; e que nos ambulatórios, se encarreguem dos atendimentos de enfermagem médico-cirúrgica e das especialidades, com exclusão de sua coordenação e chefia e exclusão da saúde escolar de escolas médias e superiores.. O título do diplomado deverá ser de **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**, devendo ser mudados para esta denominação os cargos até aqui designados de assistente de enfermagem da Lei n.º 3 780 de 1960.

Nada impede que muitos dos atuais auxiliares de enfermagem sejam, por lei futura, incorporados ao grupo dos técnicos de enfermagem.

CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

A Portaria Ministerial n.º 106 de 1965 (D. O. de 10-5-65) estabeleceu as normas reguladoras ao Curso de Auxiliar de Enfermagem no sistema federal de ensino. Como se sabe os sistemas de ensino são o federal, os estaduais e do Distrito Federal, segundo a Lei n.º 4 024 de 1961, que fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Acontece que nenhum curso de auxiliar de enfermagem do país poderá deixar de obedecer o currículo mínimo exigido pela Portaria n.º 106, uma vez que todos aspiram conferir o certificado de auxiliar de enfermagem que dê a seu portador os direitos de exercer a ocupação nos termos da Lei n.º 2 604 de 1955, do Decreto n.º 50 387 de 1961 e do art. 48 da citada lei n.º 4 024 de 1961.

NÍVEL DE VENCIMENTOS DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Tem a ABEn colaborado com a UNAE a fim de serem elevados os níveis salariais da classe. Ainda não foi obtida a desejada melhoria; o que conseguiu de mais positivo até aqui, foi a ascensão do auxiliar de enfermagem que, do nível em que estava situado pela Lei n.º 775 de 1949 — a saber, nível de curso primário somado a dois anos de disciplinas específicas de enfermagem subiu, quanto à sua formação, para o nível de conclusão da 2.ª série ginásial, em virtude da Portaria Ministerial n.º 106 de 1965. Por que se diz que a ABEn colaborou? É sabido que se não fôsse o esforço da Comissão de Legislação da ABEn, em 1959, não teria sido introduzido o parágrafo único do art. 47 da Lei n.º 4 024 de 1961, citada. Foi feita essa emenda mediante um insistente pedido da ABEn. Ela foi redigida pelo Deputado Lauro Cruz e aceita pelos outros membros da Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados. Para obter esse dispositivo na lei, a presidente da Comissão de Legislação da ABEn ficou cinquenta horas, em dez dias, em vigilante expectativa assistindo os trabalhos da Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados, tendo oferecido os elementos por escrito na hora oportuna, para que o ensino técnico de grau médio abrangesse os cursos do pessoal de enfermagem desse nível.

CONCLUSÕES GERAIS

Devem as associações ABEn e UNAE se esforçarem para a elevação dos níveis salariais de cada ocupação de enfermagem. Que sejam assim elevados: para os auxiliares de enfermagem deve-se obter, o mais cedo possível, o máximo correspondente final da faixa ginásial; para os técnicos de enfermagem, o máximo da faixa de 2.º ciclo. Para uma grande parcela dos atuais auxiliares de enfermagem deve-se obter, por lei, o direito de técnico de enfermagem, por apostila do título do curso.

EDUCAÇÃO

PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIOS A UM PACIENTE

Zaira Bittencourt *
Aracy Viazoli dos Santos **
Maria Helena de Oliveira Marques ***

I — INTRODUÇÃO

Para melhor compreensão da importância do planejamento dos cuidados de enfermagem na assistência ao enfermo, é necessário fazermos antes algumas considerações sobre a enfermagem e suas atividades na época atual. Para tanto, necessário se torna voltarmos um pouco ao passado.

A proporção que amadurecemos e ganhamos experiência, compreendemos que o conhecimento do passado favorece-nos a comparação, alerta-nos para as necessidades atuais, facilita-nos a adaptação, as mudanças e leva-nos ainda a apreciar e prestigiar aqueles que nos precederam.

Uma revisão da história da enfermagem nos mostra que ela nasceu do espírito humanitário que nos leva a servir o nosso semelhante. Temos portanto o **espírito de servir** como primeiro elemento básico da enfermagem, elemento este que permaneceu por muito tempo como único.

O segundo elemento básico a surgir foi a **arte**, que foi se formando aos poucos com o aperfeiçoamento das técnicas empregadas no cuidado do paciente. Muitos anos depois surgiu a ciência que forneceu à enfermagem fundamentos científicos.

O aparecimento não simultâneo desses três elementos determinou um desenvolvimento lento da enfermagem; na atualidade encontramos definições de enfermagem baseadas nos citados ele-

* Professora de Enfermagem Médica dos cursos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Professora da cadeira de Enfermagem Médica do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

*** Instrutora da cadeira de Enfermagem Médica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

mentos. Como exemplo temos a definição de Eugênia Kennedy Spalding: "Enfermagem é uma arte e ciência dominada por um ideal de servir". Esta definição nos leva a concluir que enfermagem não implica tão somente em habilidade técnica. Ela requer também conhecimentos científicos e ideal.

A revisão da história nos lembra também o fato de que a enfermagem está inteiramente ligada à medicina. Nos últimos 50 anos o desenvolvimento da ciência médica foi muito grande. Novos meios de diagnósticos e métodos de tratamento são hoje empregados.

No tocante à cirurgia, à radiologia, à física, à química e à farmacologia o desenvolvimento foi mais marcante. A cirurgia cardiovascular bem como a cerebral têm salvo muitos pacientes da morte prematura. Por outro lado, o desenvolvimento da anestesia, patologia e radiologia, constitui atualmente um fator de segurança para o paciente.

Assim também a medicina passou a encarar o paciente sob o aspecto psico-somático. Com todo esse progresso da medicina, a enfermagem não poderia permanecer estática. Ela tem, portanto, sua filosofia enriquecida através de estudos e modificações dos seus conceitos. Em suas atividades, abrange um campo muito mais vasto. Antigamente as atividades da enfermagem eram dirigidas tão somente no sentido de prestar cuidados ao indivíduo enfermo. Hoje, a enfermagem ocupa-se do cuidado do doente, da prevenção da doença e conservação da saúde.

Segundo Sister M. Olivia, enfermeira norte-americana de renome, "A enfermagem em suas atividades visa o indivíduo sã e o doente, dá assistência sanitária à família e à comunidade, através da aplicação de princípios científicos e de técnica, num trabalho harmonioso entre seus profissionais, o médico e demais profissionais responsáveis pela saúde da comunidade.

Enfermagem é um processo dinâmico e inteligente. Não é e não pode ser um conglomerado de rotinas e tarefas ou atividades isoladas. Enfermagem, na atualidade, é um processo sistemático de diagnóstico e análise de problemas, de desenvolvimento de um plano de cuidados e contínua aplicação desse plano. Não um plano geral e rotineiro, mas um plano individual baseado em princípios científicos e conceitos já estabelecidos com o objetivo de satisfazer as necessidades do paciente como um todo.

A formulação e aplicação do plano estão condicionados ao desenvolvimento e utilização da capacidade intelectual e técnica da enfermeira e à sua liderança junto a equipe de enfermagem.

Virginia Henderson (1) tão bem diz que: "A função peculiar

(1) Henderson, Virginia — Princípios básicos sobre Cuidado de Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem, 1962 p. 14.

da enfermeira é dar assistência ao indivíduo são ou doente desempenhando atividades que contribuam para manter a saúde, ou recuperá-la, ou para ajudá-lo a ter uma morte serena, atividades essas que êle desempenharia por si só, caso tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. Essa atuação deverá ser feita de modo a ajudar o paciente a se tornar independente o mais rápido possível.

2. PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIOS A UM PACIENTE

Planejar os cuidados de enfermagem é determinar as atividades de enfermagem que irão satisfazer as necessidades do paciente. Para tanto levamos em consideração suas necessidades básicas, suas reações, bem como as de sua família, em face do problema da doença.

2. 1. Objetivo do plano

O objetivo do plano é individualizar o cuidado de enfermagem, melhorando conseqüentemente a qualidade da assistência.

2. 2. Vantagens que o plano de cuidados oferece

Além de individualizar o cuidado, melhorando a qualidade, o plano oferece outras vantagens tais como:

- a — obriga a pessoa que o faz, a ter conhecimento das necessidades do paciente;
- b — evita cuidados baseados apenas em rotinas e ordens médicas;
- c — dá seqüência ao cuidado durante as vinte e quatro horas do dia;
- d — informa e orienta os membros da equipe de enfermagem;
- e — oferece oportunidades educacionais aos estudantes de enfermagem e membros da equipe;
- f — oferece, aos membros da equipe, oportunidade de participação no planejamento.

2. 3. Características do plano

O plano de cuidados deve ter as seguintes características:

- a — ser iniciado logo após a admissão do paciente estendendo-se até a alta;
- b — abranger as vinte e quatro horas do dia;
- c — basear-se nas necessidades do paciente;
- d — ser elaborado de acôrdo com a capacidade da equipe;

- c — ser revisto e modificado de acôrdo com as necessidades; (essa modificação poderá ser diária, semanal ou quinzenal dependendo do estado do paciente e da sua reação face ao plano terapêutico geral);
- f — ser colocado ao alcance de tôda a equipe.

Poderá ocorrer a alguém a seguinte pergunta: como iniciar o plano logo após a admissão se não conhecemos o paciente? Sim, não conhecemos o paciente integralmente, nem suas necessidades totais. Entretanto sabemos, por exemplo, que se um paciente foi acometido de um enfarte do miocárdio há uma hora atrás, êsse paciente necessita repouso e poderemos indicar as atividades de enfermagem, poderemos observar o seu estado de espírito, se apresenta uma hemiplegia, se está consciente ou inconsciente, etc., e determinarmos as atividades de enfermagem necessárias.

Em relação à necessidade de modificação do plano, podemos exemplificar com o caso de um paciente que durante três dias apresentou hematemese e que há dois dias esta desapareceu. Deverá haver modificação da dieta e de outros cuidados de enfermagem determinados anteriormente, como, por exemplo, da freqüência de tomada da pressão arterial. Estas são algumas das razões que levam à modificação do plano.

2. 4. Dados necessários para a elaboração do plano

Para traçar o plano é necessário:

- a — identificar o paciente;
- b — obter dados iniciais sôbre o mesmo;
- c — conhecer o diagnóstico e o plano terapêutico;
- d — identificar os problemas do paciente;
- e — observar suas reações e interpretá-las;
- f — reconhecer as necessidades do paciente.

Para identificar o paciente o enfermeiro pode valer-se de sua ficha, feita no registro. Quando há pessoas que o acompanham é fácil obterem-se dados simples tais como: hábitos de higiene, de alimentação, preferências, etc. Quando não há acompanhantes, conforme o seu estado êle próprio pode fornecer alguns dados.

Para conhecer o diagnóstico e o plano terapêutico, vale-se o enfermeiro do médico responsável pelo paciente.

Através de observação do paciente e comunicação com êste, a enfermeira identifica problemas, observa e interpreta reações, reconhece necessidades.

2. 5. Conteúdo do plano

O plano inclui: identificação, diagnóstico, objetivos do cuidado de enfermagem, problemas e atividades de enfermagem necessárias para satisfazer as necessidades de determinado paciente.

As atividades de enfermagem compreendem: cuidados básicos de enfermagem e cuidados específicos àquele paciente.

Virginia Henderson (2) diz tão bem que as atividades que constituem a enfermagem básica se fundamentam nas necessidades universais do ser humano, frizando ser indispensável uma contínua interpretação, por parte do enfermeiro, do modo pelo qual são manifestadas essas necessidades, e de suas variações, conforme o estado de saúde do indivíduo.

Interpretar essas reações constitui o chamado "diagnóstico de enfermagem".

No plano, portanto, devem ser incluídas as atividades de enfermagem necessárias para prestar êsses cuidados básicos comuns a todos e aquelas que satisfaçam as necessidades específicas de cada paciente.

Sòmente o enfermeiro está capacitado a fazer o diagnóstico de enfermagem, cabendo-lhe pois a tarefa de traçar o plano de cuidados e orientar aquêles que irão executá-lo.

2. 6. Cuidados básicos de enfermagem

Como cuidados básicos de enfermagem citamos:

- a — observação dos sinais vitais;
- b — observação de sinais e sintomas gerais;
- c — alimentação;
- d — eliminação;
- e — posição;
- f — atividade e repouso;
- g — vestuário;
- h — higiene;
- i — comunicação;
- j — recreação;
- k — aprendizado;
- l — medicação e tratamento;
- m — orientação à família e visitas;
- n — plano de educação sanitária e preparo para a alta.

(2) Ora citada, p. 11

Convém esclarecer que se não houver nada específico em relação aos sinais vitais, alimentação, posição, etc. não haverá necessidade de se colocar no plano e seguir-se-á a rotina do hospital.

2. 7. Cuidados específicos

Por cuidados específicos entendemos as atividades de enfermagem destinadas a satisfazer as necessidades específicas de determinado paciente. Por necessidades específicas entendemos: problemas apresentados pelo paciente, reações, preferências, posições, tratamentos e medicações específicas.

Para maior esclarecimento quanto às necessidades específicas, juntamos a este trabalho um plano de cuidado, onde estão em evidência tais necessidades..

2. 8. Avaliação do Plano

Uma vez traçado, êle deve ser aplicado e depois avaliado. A avaliação permite uma análise e obriga à atualização daquilo que foi planejado.

Para avaliar o plano o enfermeiro vale-se de:

- a) informações sobre o paciente fornecidas por aqueles que deram os cuidados diretos;
- b) observação contínua do paciente, por parte do enfermeiro, e da interpretação das suas reações;
- c) avaliação da reação do paciente e família em relação ao plano terapêutico total, bem como de sua participação nesse plano. Uma vez feita a avaliação, devem ser feitas as modificações necessárias.

O plano de cuidados deve ser discutido com toda a equipe de enfermagem a fim de que haja continuidade no cuidado. Essa participação de toda a equipe estimula e orienta o pessoal.

2. 9. Roteiro para organização do plano

Damos, de maneira esquemática, os passos que devem ser seguidos para organização do plano de cuidado de enfermagem:

- a — identificar o paciente;
- b — conhecer as suas necessidades;
- c — estabelecer os objetivos dos cuidados de enfermagem;
- d — traçar o plano, indicando os cuidados básicos de enfermagem, especificando particularidades; indicar medicação e tratamento específicos; indicar problemas específicos e medidas que devem ser tomadas para ajudar a solucionar os problemas, baseando-se em razões científicas.

- e — executar;
- f — avaliar;
- f — modificar, de acôrdo com as necessidades.

3. CONCLUSÕES

As conclusões a que chegamos são as seguintes:

3. 1. A enfermagem atualmente vê o paciente como um todo e como centro de suas atividades.
3. 2. A enfermagem não é apenas um conglomerado de rotinas.
3. 3. O bom cuidado de enfermagem implica em diagnóstico das necessidades do paciente, análise de problemas e desenvolvimento de um plano individual de cuidados.
3. 4. Para a boa execução do plano é necessário o trabalho em equipe.

4. RECOMENDAÇÃO

4. 1. Considerando que o cuidado de enfermagem só é realmente bom quando individualizado e planejado, recomendamos que as escolas de enfermagem incluam o plano individual de cuidados como uma das atividades obrigatórias da estudante nas disciplinas de enfermagem.
4. 2. Considerando ainda que o hospital é o campo onde os alunos aplicam os conhecimentos adquiridos na escola, recomendamos que os serviços de enfermagem dos hospitais estudem a possibilidade de adotar o sistema de prestar cuidados de enfermagem baseados num plano individual.
4. 3. Considerando que para a boa execução do plano é necessário o trabalho em equipe, recomendamos que os serviços de enfermagem dos hospitais adotem o sistema de trabalho em equipe. Sabemos que nem sempre é possível contarmos com a colaboração do médico, da dietista, do assistente social e demais componentes da equipe hospitalar, para um verdadeiro trabalho desse gênero. Entretanto podemos contar com o pessoal do serviço de enfermagem e com este trabalharmos em equipe planejando o cuidado do paciente e melhorando assim a assistência que a êle damos. Talvez seja êste um meio de, lentamente, trazermos para a nossa equipe os outros profissionais que trabalham junto ao paciente.

5. BIBLIOGRAFIA

1. CLARK, Constantia Sister and Schroetzer, Arlene. — Implementation of Clinical Instruction in Medical and Surgical Nursing. The Catolic University Washington D. C. 1956.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

ORIENTAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
<p>1) Comunicação Paciente pouco comunicativa</p>	<p>1) Tratá-la com muito tato. Explicar-lhe sempre o que vai ser feito, antes de começar o trabalho. Aproveitar tôdas as oportunidades para orientá-la.</p>
<p>2) Contrôle T. P. R. e P. A. Horário: 6, 12, 20</p>	<p>2) Verificar e lançar no gráfico Se houver elevação da temperatura acima de 37⁵, notificar enfermeira chefe e na ausência da mesma comunicar ao médico plantonista.</p>
<p>3) Banho Pode ir ao conjunto sanitário</p>	<p>3) Acompanhá-la ao banheiro e ajudá-la. Orientá-la para não deixar molhar o curativo da incisão mediana</p>
<p>4) Repouso É relativo</p>	<p>4) Preparar o ambiente da paciente para repousar, após as refeições. Pode andar, mas antes colocar uma faixa de crepe na região abdominal, para dar-lhe mais segurança.</p>
<p>5) Laborterapia Precisa de alguma atividade Mostra desejo de aprender o tricot</p>	<p>5) Foi pedido material à família Ensiná-la, tão logo chegue o material.</p>

6) Dieta**a) situação hospitalar**

No momento é semi-líquida

b) situação domiciliar e social

A paciente deve receber, antes da alta, instruções a respeito da dieta. Assim também sua mãe, pois é quem prepara os alimentos para a família.

6) Verificar sempre o tipo de dieta na papeleta, pois esta irá variar de acôrdo com o período pós-operatório.

Em casos de dúvida consultar a dieta da paciente afixada na copa.

Preparar o ambiente para a refeição.

Estimulá-la a tomar refeições na sala de refeições.

Observar e anotar a quantidade e qualidade de alimento aceito.

Levar ao conhecimento da nutricionista pedidos ou reclamações da paciente em relação a dieta.

Estimular a paciente a observar a relação

da dieta e a eliminação intestinal (por exemplo, quando as fézes forem diarréicas ou acompanhadas de cólicas ou ainda, quando tiverem resíduos alimentares ou forem endurecidas).

Solicitar da Assistente Social o comparecimento da mãe da paciente, a fim de participar da orientação que lhe será dada.

b) Informar a paciente de que a dieta atual sofrerá inúmeras modificações com o correr dos dias até se aproximar bastante de uma dieta comum. Nela serão introduzidos, sucessivamente, outros alimentos.

Verificar se a paciente e a mãe estão seguras, em relação às instruções dadas pela nutricionista.

<p>7) Eliminações</p> <p>a) fezes — a eliminação é constante, pela colostomia</p> <p>b) urina — nada há de anormal</p>	<p>Orientá-las, caso estejam inseguras. Orientar a paciente em relação a situações extradomiciliares. Fornecer instrução por escrito.</p> <p>7) Observar e anotar características das fezes. Diurese: observar características e anotar caso haja anormalidade.</p>
<p>8) Vestuário</p> <p>A paciente usa bolsa de colostomia e quando esta não é bem colocada pode haver extravazamento para a roupa, prejudicando o seu bem estar.</p>	<p>8) Verificar sempre o estado da camisola e da cama da paciente. Trocar sempre que necessário. Usar desodorantes existentes na clínica.</p>
<p>9) Medicação</p> <p>1) Wycillin 400 000 U, intramuscular às 10 h. A paciente apresenta nódulos nos deltoides</p> <p>2) Gardenal 0,10 via oral às 21 horas</p> <p>3) Soro glicosado a 5%, 1 000 ml. + vitamina C, 1 ampôla + Complexo B, 1 ampôla via endovenosa às 13 horas.</p>	<p>1) Fazer o rodízio na aplicação Usar compressas quentes no deltoide</p> <p>2) Se estiver dormindo, não dar neste horário; reservá-lo para o caso de insônia.</p> <p>3) Escolher local de aplicação que não interfira com suas atividades habituais. Verificar gotejamento e extravazamento, não ultrapassando de 30 gôtas por minuto.</p>

CUIDADO SESPECÍFICOS DE ENFERMAGEM

ORIENTAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
<p>1) Os problemas levantados pela enfermeira são os seguintes:</p>	

- | | |
|---|---|
| <p>a) a paciente ignora que a colostomia será permanente;</p> <p>b) a paciente está deprimida e pouco comunicativa.</p> | <p>a) preparar psicologicamente a paciente para ser informada e aceitar a situação de uma colostomia permanente;</p> <p>b) entrar em entendimento com o médico, informando-o sobre o estado psicológico da paciente e discutindo atitude a ser tomada;</p> <p>c) abordar vagarosamente o assunto com a paciente, através de palestras freqüentes;</p> <p>d) orientar os demais membros da equipe de enfermagem sobre atitudes</p> <p>e) entrar em entendimento com o capelão que poderá prestar grande ajuda à paciente;</p> <p>f) através da assistente social estabelecer contato com o empregador, para orientá-lo e levá-lo a aceitar novamente a paciente com as possíveis restrições que ela irá ter.</p> |
|---|---|

2) Tratamento específico

- | | |
|---|---|
| <p>a) Curativo da incisão abdominal mediana, 2 vezes ao dia pelo médico plantonista;</p> <p>b) lavagem da colostomia com 500 ml. de água + 20 ml. de glicerina: 10 horas;</p> <p>c) limpeza da colostomia com solução usada no hospital e troca da bolsa.</p> | <p>a) preparar a paciente e o material e ajudar o médico;</p> <p>b) isolar a incisão mediana antes de iniciar a lavagem, e colocar a bolsa de colostomia corretamente;</p> <p>c) limpar e trocar pela manhã, à tarde e à noite.
Repetir mais vezes se houver necessidade.
Proteger a pele com pasta de alumínio antes de colocar a bolsa.</p> |
|---|---|
-

<p>3) Educação da paciente e família</p> <p>Orientação da paciente na lavagem e limpeza da colostomia, a fim de que possa ser independente.</p>	<p>3) Demonstrar, à paciente, a técnica de lavagem e limpeza da colostomia com o material que irá usar em casa. Verificar se a paciente aprendeu, fazendo-a devolver a técnica. Fazê-la repetir até que se sinta segura.</p>
<p>4) Orientação da paciente e família quanto ao material que usará após alta.</p>	<p>4) Orientar a paciente e a mãe sobre a escolha e aquisição de bolsa de colostomia e outro material necessário.</p>
<p>5) Orientação quanto ao vestuário para facilitar a reintegração da paciente no meio social.</p>	<p>5) Mostrar a vantagem do uso de cinta. Sugerir modelos de trajes que possam esconder o volume da colostomia.</p>
<p>6) Orientação quanto a volta ao ambulatório após alta.</p>	<p>6) Palestra da enfermeira com a paciente e família sobre a importância de um controle médico periódico.</p>

O ENSINO DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NOS CURSOS DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM *

Maria Aparecida Minzoni * *

Numa publicação da OMS para o dia Mundial da Saúde em abril de 1959, lemos o seguinte: "as enfermidades mentais são os maiores problemas sanitários da época atual. Sôzinhas ,ocupam mais leitos de hospital que a tuberculose, as doenças cardíacas e o câncer combinados". Esta citação leva-nos a pensar imediatamente no pessoal necessário para a assistência a êstes en-fêrmos, tanto em relação ao seu número como ao seu preparo.

Encontramos no Relatório do Levantamento de Recursos e Ne-cessidades de Enfermagem, realizado pela ABEn, em 1955-1956, nas partes referentes aos hospitais que: "Os hospitais psiquiátricos achavam-se em último lugar; 37,3% possuíam serviços de enfermagem, dos quais apenas 13,2 com enfermeiros na chefia". Êstes dados nos mostram as deficiências numéricas de pessoal qua-lificado nos hospitais, porém, quando falamos em qualidade, isto não é tão simples de ser demonstrado. Entretanto, através de in-formações de familiares, médicos e outros profissionais, e informa-ções diretas obtidos nas visitas e estágios em hospitais psiquiátricos, sabemos que uma boa parte do pessoal que neles trabalha é egresso. Observações feitas em alguns hospitais psiquiátricos indicam que a situação é bastante precária, principalmente no setor da enfer-magem, quer em quantidade quer em qualidade.

Como todos nós conhecemos a insuficiência de enfermeiras para atender às necessidades brasileiras, voltamos então nossas vistas para o pessoal de enfermagem de nível médio, ou seja, o auxiliãr de en-fermagem que por existir em maior número e ser mais econômico para os hospitais, é o mais indicado, no momento, para suprir al-gumas deficiências na assistência de enfermagem.

Recorrendo às leis, verificamos que a Lei Federal n.º 775 de agôsto de 1949, e a Portaria n.º 106 do M. E. C., de abril de 1965

* Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Rio de Janeiro, GB, 1965.

* * Instrutora junto à cadeira de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, da Universidade de São Paulo.

que regulamenta o curso de auxiliar de enfermagem, ambas não incluem a enfermagem psiquiátrica como matéria obrigatória do currículo. Sabendo da existência de alguns cursos de auxiliares de enfermagem que ensinam aos seus alunos noções dessa disciplina, resolvemos realizar este trabalho com o objetivo de: a) verificar se a enfermagem psiquiátrica é ensinada em todos os cursos de auxiliares de enfermagem e b) conhecer as condições em que este ensino é feito.

MÉTODO E MATERIAL USADO

O método usado para a coleta dos dados foi o de questionário, enviado pelo correio (Apenso I).

Através do questionário, procuramos obter informações sobre o tipo de curso, o ensino e o preparo especializado do docente que o ministra, visando atingir os objetivos formulados.

Supondo que nem todas as escolas de auxiliares de enfermagem proporcionam o ensino da enfermagem psiquiátrica, colocamos no item onze seis questões que visam esclarecer as razões da situação prevalente na escola.

O questionário foi enviado a 39 escolas de enfermagem e 65 cursos de auxiliares de enfermagem em fins de fevereiro e esperamos as respostas até 31 de março dando, portanto, um prazo de 2 meses para a devolução.

Dos 65 questionários enviados aos cursos de auxiliares de enfermagem, recebemos 50 respostas ou seja 77%. Julgamos esse número de respostas (77%) bastante expressivo, visto que o prazo para devolução foi curto e que a correspondência nem sempre chega a seu destino.

Antes de passarmos para a análise dos dados queremos esclarecer que:

- 1) Enviamos o questionário, também para as escolas de enfermagem, no entanto, neste trabalho, só nos ocupamos dos cursos de auxiliares de enfermagem.

- 2) Foram eliminados os itens 3 e 7 do questionário porque não foi possível coordenar as respostas, dadas as falhas existentes na elaboração das perguntas.

- 3) Utilizamos uma única denominação para as escolas e ou cursos de auxiliares de enfermagem, que foi a de **CURSOS**.

Os cursos de auxiliar de enfermagem antes da Portaria Ministerial n.º 106/65 eram realizados em 18 meses, considerados em três semestres.

ANÁLISE DOS DADOS

Dos 65 questionários enviados 50, ou seja 77%, foram respondidos.

A Tabela I mostra a relação entre as entidades mantenedoras dos cursos e a inclusão ou não da enfermagem psiquiátrica nos seus currículos.

TABELA I

Cursos de Auxiliares de Enfermagem no Brasil, em 1965, segundo as entidades mantenedoras e a inclusão ou não da enfermagem psiquiátrica nos respectivos currículos.

Entidades mantenedoras Inclusão da Enfermagem Psiquiátrica	Governamentais	Particulares	Não Especificados	Totais	
				Abso- luto	%
SIM	8	11	1	20	40
NÃO	4	14	11	29	58
Sem resposta	—	—	1	1	2
TOTAL Absoluto	12	25	13	50	100
%	24	50	26	100	100

Entre os vinte (20) cursos que responderam afirmativamente, três (3) na realidade não ministram esta disciplina sendo que um (1) destes a inclui no programa de enfermagem médico-cirúrgica. Entre os vinte e nove (29) cursos que responderam negativamente, um (1) oferece ensino teórico-prático de quinze dias, estando a teoria a cargo de uma enfermeira e a prática supervisionada por uma auxiliar de enfermagem; dois (2) proporcionam uma visita a um sanatório de doenças mentais com uma explicação feita pelo médico, e três (3) dão algumas noções de enfermagem psiquiátrica no programa de enfermagem médico-cirúrgica.

TABELA II

Cursos de auxiliar de enfermagem no Brasil, em 1965, que oferecem programas de enfermagem psiquiátrica, segundo os tipos de ensino, localização em semestre e duração do estágio (em porcentagens).

Duração do estágio em semanas	Localização no Currículo em semestre												Total
	Tipo de ensino												
	Teórico %				Prático %				Teórico-prático %				
	1.º	2.º	3.º	SR	1.º	2.º	3.º	SR	1.º	2.º	3.º	SR	
1	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	12
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	18
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	28	—	40
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6
Sem resposta	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	18
TOTAL	—	12	6	—	—	—	—	—	—	12	64	6	100

NOTA: a) S. R. — significa sem resposta.

b) Tabela feita com as respostas aos itens 2,5 e 6 do questionário.

Segundo as respostas ao item 2, entre os dezessete (17) cursos que ministram o ensino da enfermagem psiquiátrica no currículo temos as seguintes localizações:

no 2.º semestre	4-24%
no 3.º semestre	12-70%
sem resposta	1-6%

Está claro nestes resultados que a maioria prefere incluir esta disciplina no 3.º semestre, quando o estudante já passou pelos estágios que chamamos básicos, isto é, enfermagem médico-cirúrgica.

Entre os cursos que oferecem o ensino da enfermagem psiquiá-

trica, em 88% dos casos (15 cursos) a responsabilidade é da enfermeira; em 6% (1 curso) o ensino é feito por médicos e enfermeiras; e um (curso) deixou o item sem resposta.

A tabela II mostra que nos 17 cursos com programas de enfermagem psiquátrica o ensino é:

Teórico-prático em 14 ou 82% dos casos; é apenas teórico em 3 ou 18% dos casos (item 5).

Dos 14 cursos que ministram o ensino teórico-prático, em um (1) a prática é ocasional.

Quanto à duração do estágio, item 6, varia de 1 a 8 semanas assim distribuídas:

8 semanas	—	1 curso
6 semanas	—	1 curso
4 semanas	—	7 cursos
2 semanas	—	3 cursos
1 semana	—	2 cursos

Não responderam ao item, 3 cursos

Esclarecemos que o curso que proporciona 8 semanas para o ensino dessa especialidade o faz por necessidade, pois, está ligado diretamente a uma instituição que se dedica à assistência aos psicopatas e seus estudantes são, na maioria, atendentes daquele Departamento.

Nos demais verificamos que a maior parte (7) dá preferência a um estágio de 4 semanas (o que nos faz crer ser este tempo considerado suficiente para o auxiliar de enfermagem poder prestar alguma assistência ao doente mental).

Na tabela II temos uma visão global do ensino da enfermagem psiquátrica dado nos cursos de auxiliar de enfermagem. Observamos que a maioria dos programas é do tipo teórico-prático, res- a preferência (28%) para sua localização no 3.º semestre com a duração de 4 semanas.

Nas respostas aos itens 8 e 9 encontramos que a supervisão do estágio entre os 17 cursos (item 2) é feita por enfermeira-professora em 14 cursos (82%) e o tempo de experiência da enfermeira, nesse campo, varia entre 0 à 20 anos, sendo que o maior contingente (41%) se encontra entre 0 à 5 anos.

Quanto à formação da enfermeira-professora, item 10, encontramos os seguintes resultados:

Com curso pós-graduação	7	—	41%
Sem curso de pós-graduação	7	—	41%
Sem resposta	3	—	18%

Entre as que tem curso de pós-graduação no Brasil ou no estrangeiro verificamos o seguinte:

Em Enfermagem Psiquiátrica	3
Em Enfermagem Obstétrica	3
Em Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem	1
Não definido	2

CURRÍCULO SEM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Considerando-se que a grande maioria dos cursos não inclui a enfermagem psiquiátrica no seu currículo, embora alguns sintam a necessidade de dar ao auxiliar de enfermagem noções sobre a matéria e a incluam no programa de enfermagem médico-cirúrgica; que este ensino não é obrigatório nos cursos de auxiliar de enfermagem, pelas leis do ensino; que é de alta importância o preparo do pessoal de enfermagem para a assistência psiquiátrica não só pelas razões expostas na introdução deste trabalho, mas também pelo abandono em que o setor se encontra discutiremos com mais detalhes o item 11, primeiro tópico, do questionário.

As razões apontadas para não proporcionarem o ensino da enfermagem psiquiátrica, ou ministrarem apenas teoricamente, foram por nós agrupadas, notando-se a seguinte escala, segundo a frequência da resposta:

- 1 — É uma disciplina que não faz parte do currículo;
- 2 — Os cursos de auxiliar de enfermagem contam com um número reduzido de enfermeiras e o currículo já é bastante apertado;
- 3 — Não há campo para estágio, por duas razões principais:
 - a) as condições do campo são desfavoráveis;
 - b) dificuldades materiais para estágios em hospital especializado;
- 4 — Falta de motivação para proporcionar este ensino, porque é muito especializado;
- 5 — O auxiliar não está apto para acompanhar as aulas e a matéria não desperta o interesse dos mesmos.

Este trabalho apenas procura mostrar àquelas interessadas na matéria, como o problema do preparo do auxiliar de enfermagem em enfermagem psiquiátrica está sendo visto e tratado pelos educadores; não pretendemos fazer considerações profundas a respeito das respostas. Entretanto, como especialista no campo da enfermagem psiquiátrica gostaríamos de oferecer nossa experiência e discutir sobre alguns pontos: as dificuldades de campo e a motivação e capacidade do auxiliar de enfermagem.

DIFICULDADES DE CAMPO

Parece que realmente a enfermagem psiquiátrica é uma das especialidades, dentro da enfermagem, que apresenta mais dificuldades, quanto ao campo, para a prática por falta de enfermeiras nesse setor e pelas condições mesmas dos hospitais psiquiátricos.

Da nossa experiência em Ribeirão Preto podemos dizer alguma coisa. Quando iniciamos nosso trabalho em enfermagem psiquiátrica, a Faculdade de Medicina ainda não havia organizado seu campo de ensino psiquiátrico. Tínhamos então duas alternativas: ou o hospital do Estado, com 1 200 pacientes mas com capacidade apenas para 700, ou um hospital particular com 70 leitos., porque contava com um médico que já conhecíamos e entre o pessoal dito de enfermagem não havia egressos.

No período de quase quatro anos, durante os quais levamos alunas de enfermagem e auxiliar de enfermagem para lá fazerem estágio, conseguimos:

- a) realizar três cursinhos breves de orientação para os atendentes;
- b) organizar um pôsto de enfermagem;
- c) organizar rotinas e regulamentos para o hospital e definir as funções de cada atendente;
- d) despertar nos seus diretores o desejo de manter uma enfermeira na chefia.

Mais tarde a Faculdade de Medicina abriu um campo, organizando um hospital-diurno. Entretanto, como êste sômente não proporcionava meios para atingirmos todos os objetivos traçados para o curso de enfermagem psiquiátrica, tivemos de procurar outros institutos. Entramos em entendimentos com um hospital psiquiátrico cuja capacidade é de 40 leitos e que conta com um médico muito interessado em melhorar a situação do hospital. Neste as condições do pessoal de enfermagem são muito precárias. Os atendentes são em número muito reduzido e a maioria constituída por egressos. Nossa experiência nesse campo não vai além de dois meses, porém conseguimos:

- a) incentivar o médico-clínico a contratar pessoal especializado; (parece que seu interêsse está voltado mais para os Auxiliares de Enfermagem, por não estar o hospital atualmente em condições financeiras para o contrato de enfermeiras);
- b) despertar no pessoal um pouco mais de interêsse pelos doentes;
- c) melhorar o preparo dos atendentes pelo ensino de técnicas de tratamento tais como insulina e eletrochoque. A pedido do médico, fizemos uma planta de um pôsto de enfermagem com todo material necessário, para ser construído breve e ainda dei-

xamos com êle, a seu pedido, uma apostila com aulas sôbre cuidados de enfermagem aos doentes mentais.

Estas experiências levam-nos a crer que a enfermeira-professora, com suas alunas, pode conseguir alguma coisa no campo de trabalho, embora conte com dificuldades múltiplas.

MOTIVAÇÃO E CAPACIDADE DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Quanto à motivação e ao interesse do estudante para o aprendizado de determinada matéria, creio que é um problema de didática que pode e deve ser resolvido pelo professor.

Quanto à capacidade do auxiliar para compreender a matéria vejamos um exemplo. Utilizamos, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, uma fôlha de avaliação que é distribuída tanto aos alunos do curso de graduação em enfermagem como aos de auxiliar de enfermagem, no fim de cada estágio. Esta fôlha consta de cinco itens:

1. Acha que o ensino defoi-lhe útil?
2. Em caso afirmativo, dê exemplo dessa utilidade.
3. Quais os assuntos que mais contribuíram para o desenvolvimento de sua capacidade profissional?
4. Acha satisfatória a maneira como foi ministrado o curso?
Os dados mais concretos que dispomos correspondem aos anos de 1963 e 1965.
 1. Os estudantes que passaram pelo estágio de enfermagem psiquiátrica nestes anos citados, todos (100%) acharam que o curso foi útil.
 2. Como exemplo dessa utilidade citaremos:
 - o curso ensinou a compreender melhor a si mesmos e aos outros — 100%.
 - aprenderam a dar cuidados ao doente mental — 100%.
 3. Entre os assuntos que mais contribuíram para o desenvolvimento de sua capacidade profissional citaram:
 - a) O estudo da personalidade (são dadas algumas noções sôbre personalidade durante este curso);
 - b) As aulas sôbre relações inter-pessoais, necessidades humanas e sinais e sintomas de doença mental.
 4. Entre as sugestões para melhorar o curso todos, ou seja 100% dos estudantes, pediram para aumentar o número de semanas de estágios (4 semanas, entre nós).
Acreditamos que as respostas dadas e as sugestões propostas mostram que os estudantes tem a capacidade necessária para a compreensão da matéria. Além disso, pela nossa observação do

ensino de enfermagem psiquiátrica para os auxiliares de enfermagem, que tem sido por nós realizado desde 1960, verificamos que, de um modo geral, esta matéria tem contribuído para ajudar o estudante a compreender o comportamento do doente em clínica geral. O estudante depois que volta à clínica geral sente que é capaz de ser mais paciente, compreensivo e atencioso para com os doentes.

CONCLUSÕES

Da análise dos dados fornecidos pelo questionário chegamos às seguintes conclusões:

1. Dos 50 cursos de auxiliares de enfermagem que responderam o questionário apenas 17 (34%) incluem enfermagem psiquiátrica com orientação aparentemente satisfatória.
2. A maioria, constituída por vinte e nove cursos de auxiliares de enfermagem representando 58%, não inclui enfermagem psiquiátrica em seu currículo embora alguns cursos, em número de três, sintam a necessidade de dar aos seus alunos algumas noções sobre a matéria.
3. Os responsáveis pelos cursos de auxiliares de enfermagem ainda não sentiram que o ensino de enfermagem psiquiátrica é importante para ajudar o estudante a desenvolver melhor a compreensão do paciente e de si mesmo.

SUGESTÕES

Diante dos resultados obtidos por este trabalho sugerimos às diretoras dos cursos de auxiliares de enfermagem:

1. que considerem a importância da enfermagem psiquiátrica na formação do auxiliar de enfermagem e estudem a possibilidade de sua inclusão no currículo, apesar dos obstáculos.
2. que procurem sanar as dificuldades existentes utilizando-se dos meios ao alcance, entre os quais a filiação com outros cursos que ministram o ensino e mantem o campo de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Enfermagem — Relatório do Levantamento dos Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil. Mimeografia 1957, partes II e IV.
2. ARRUDA, Joy — Considerações sobre Enfermagem Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro 1 (2): 80-70, abril de 1948.

3. BARCELLOS, Elizabeth — Enfermagem Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 4 (1): 86-89, janeiro 1951.
4. BITTENCOURT, Zaira — Estudo sôbre o currículo do curso de Auxiliar de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 17 (1 e 2): 21, fevereiro, 1946.
5. FORJAZ, Marina de Vergueiro — Funções do Auxiliar de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro 4 (1): 124-128, janeiro 1951.
6. GOODE, W. J. e Hatt, P. K. — **Métodos em Pesquisa Social**. Nacional, São Paulo, 1960, capítulo 12.
7. Organização Mundial de Saúde — Notas e Números sôbre Saúde Mental — Publicações do Dia Mundial da Saúde de 7 de Abril de 1959.
8. ROBINSON, Alice — **The Psychiatric Aide**. 2.^a edição, J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1954.
9. SESP — **Enfermagem — Leis, Decretos e Portarias**. — Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1959.

QUESTIONARIO

Basta assinalar com um X no traço ao lado da resposta ou respostas que correspondem a sua situação; em algumas questões basta escrever o número que corresponde à resposta certa.

A identificação é apenas para uso do autor do trabalho. Não será publicada.

(Nome da Escola)

(Cidade)

(Estado)

Tipo da escola: Religiosa _____
 leiga _____
 anexa à Faculdade de Medicina _____
 instituto universitário _____
 particular _____

1 — Enfermagem psiquiátrica é uma disciplina que faz parte do currículo da Escola?

Sim _____ Não _____

2 — Esta disciplina é ministrada:

Auxiliares de Enfermagem:	Enfermagem: _____
no 1.º Semestre _____	no 1.º ano _____
no 2.º Semestre _____	no 2.º ano _____
no 3.º Semestre _____	no 3.º ano _____
em nenhum Semestre _____	em nenhum ano _____

- 3 — Desde..... anos ou..... meses a Enfermagem Psiquiátrica é ensinada nesta escola.
- 4 — O ensino de Enfermagem Psiquiátrica é feito por:
Enfermeira —
Médico —
Estudante de Medicina —
Não é feito —
- 5 — O curso de Enfermagem Psiquiátrica é:
Apenas teórico —
Apenas prático —
Teórico e prático —
- 6 — O estágio de Enfermagem Psiquiátrica é de:
..... meses
..... semanas
..... dias
- 7 — O estágio é feito em um hospital ou clínica de..... leitos. O hospital é:
do Estado —
Uma clínica da Universidade —
ambulatorio —
hospital-dia —
internação —
- 8 — O estágio é orientado por:
enfermeira-professora —
enfermeira-chefe —
médico —
- 9 — A enfermeira professora tem..... anos ou..... meses de experiência nesse campo.
- 10 — A enfermeira-professora tem curso de pós-graduação:
no Brasil —
no estrangeiro —
não tem curso de pós-graduação —
em enfermagem psiquiátrica —
em qualquer outra especialidade — especifique qual
- 11 — Se algumas das situações abaixo discriminadas existem em sua Escola, explique detalhadamente quais suas causas respondendo as seguintes questões:

- a) Por que a Escola não proporciona o ensino de Enfermagem Psiquiátrica?
- b) Por que o curso de Enfermagem Psiquiátrica não é dado por enfermeira professora.
- c) Por que o médico é responsável pelo ensino do curso de enfermagem psiquiátrica?
- d) Por que o curso de enfermagem psiquiátrica é subdividido em parte clínica e parte de enfermagem, sendo ensinado respectivamente por médico e enfermeira?
- e) Por que a Escola não proporciona estágio de enfermagem psiquiátrica?
- f) Por que é a enfermeira chefe ou outro profissional quem orienta as alunas durante o estágio de enfermagem psiquiátrica?

CARGA HORÁRIA *

*Maria Dolores Lins de Andrade **

INTRODUÇÃO

Enquanto, na história de alguns países, a responsabilidade do povo pela Educação foi, desde seu início, uma constante, na História do Brasil, nem sempre isso se verificou como traço das aspirações do Homem, em busca do seu “completo bem-estar físico, mental e social”.

Quando, em outros países, ao redor de 1870, já os cargos oficiais no setor da Educação, eram entregues a educadores da clareza de John Eaton, que usavam o seu mandato para “promover a causa da educação, mantendo a convicção de que o governo nacional não deveria tomar qualquer decisão calculada a fim de reduzir o esforço local ou individual para a Educação”, por ser ela “do indivíduo e pelo indivíduo, sendo também para todos os homens”, aqui no Brasil, ainda no presente, o problema da Educação é considerado por alguns, como de responsabilidade exclusiva dos poderes públicos, o que, além do seu significado econômico, representa uma devolução dos direitos e liberdades democráticas em matéria de profundo interesse dos indivíduos e das coletividades nacionais.

É verdade que se identificam, no passado e no presente, algumas vigorosas iniciativas descentralizantes, tanto no ensino primário, quanto no médio e no superior.

Mas essas conquistas só se tornaram definitivas com a Lei de Diretrizes e Bases, cujo espírito é essencialmente, o da livre iniciativa dentro das normas nela fixadas. Longe estamos porém, de poder assumir como indivíduos e como povo a determinação dos nossos próprios problemas educacionais, face às nossas necessidades, recursos e aspirações.

Longe estamos de nos capacitar, como população, a equacionar todo os nossos problemas educacionais e oferecê-los como um roteiro para solução aos poderes públicos.

* Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Pedagogia e Didática aplicada a Enfermagem realizado na Guanabara em 1965.

** Professora de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, da Escola Ana Neri da Universidade do Brasil.

Esta seria, parece-nos, a fórmula que melhor poderia assegurar ao país um sistema de educação que atendesse as suas necessidades reais, seus recursos e às apirações sociais.

É, pois, com entusiasmo que participamos dêste Congresso cujo temário representa uma tentativa de equacionamento de alguns problemas de enfermagem por educadoras de enfermagem, enfermeiras e pelas demais pssoas ligadas à profissão, conhecedoras portanto, em extensão e profundidade, dêsses problemas.

CARGA HORÁRIA

O estudo da carga horária não pode ser apenas um cálculo ou um fato isolado, como não corresponde unicamente à determinação matemática do "quantum" a ser atribuído a um curso superior, a determinada cadeia ou disciplina.

Envolve problemas e valores de alto significado pedagógico, no seu mais amplo sentido, destacando-se, por merecido, o da conceituação dos valores morais na formação do educando.

Envolve, como oportunamente opinou o Conselheiro Durmeval Trigueiro no seu comentário ao Parecer 52/65, "princípios de natureza psicológica e sociológica e evidencia os condicionamentos sócio-econômicos da aprendizagem, os quais não podem ser ignorados sem corremos o risco de alterar nossos objetivos e o objetivo mesmo da Educação — o educando".

Berelson, falando sôbre ensino graduado nos Estados Unidos, incluía os seus maiores problemas num dos quatro grandes tópicos: Objetivos, Instituições, Estudantes e Programas.

Podemos afirmar que o estudo da Carga Horária interrelaciona-se com cada um deles.

Eis porque, face à complexidade dos elementos envolvidos e a insuficiente informação estatística, pedagógica específica, e estrutural curricular, tornou-se certamente obra de vulto o trabalho, altamente louvável como estudo pioneiro, da fixação da duração dos cursos superiores do Brasil.

Agiu judiciosamente o Egrégio Conselho Federal da Educação, optando pela iniciativa de determinar a duração dos cursos superiores em horas-aula, como base para a revisão, reorganização e em alguns casos, verdadeira dinamização dos cursos superiores no Brasil.

Partiu de uma situação "de fato", que não permitiria em tempo, maiores investigações e ausculta às instituições interessadas, para lhes oferecer uma fórmula de rever — ou quem sabe, de acabar de uma vez por tôdas — uma estrutura curricular que nem sempre cor-

respondia às necessidades do país, sequer às do educando, servindo talvez apenas, às conveniências de alguns membros do corpo docente.

Inspirou-se nos currículos mínimos aprovados segundo a Lei de Diretrizes e Bases, critério que, sabemos, em relação aos cursos de enfermagem pelo menos, é pouco significativo. Afortunadamente, a vigilância da Associação Brasileira de Enfermagem, pela assiduidade de algumas de suas representantes ao Conselho, permitiu o aumento da Carga Horária para os cursos de enfermagem (3 anos) no estudo inicial. Não logrou porém, uma consideração especial ao problema dos estágios supervisionados do curso, que são elevados em número de horas, ricos em experiências de aprendizagem e indispensáveis como elemento de formação profissional.

Considerados à parte alguns dos seus aspectos, a Portaria Ministerial n.º 159/65, no seu todo, representa valioso instrumento para a reestruturação dos cursos superiores, e que, se cumprida fielmente, será capaz de realizar uma modificação pela qual aspira a maioria dos educadores: a da mobilização total das instituições educacionais, tendo em vista seus objetivos e programas, em prol do educando.

Vejamos como funciona, em relação ao curso de enfermagem, o sistema aprovado:

QUADRO N.º 1

CURSO DE ENFERMAGEM (Geral)

RELAÇÃO ENTRE A INTEGRALIZAÇÃO ANUAL E A DURAÇÃO EM ANOS *

(De acôrdo com o Quadro a que se refere o art. 1.º,
parágrafo único, da Portaria Ministerial n.º 159/65)

Intensidade do Currículo	DURAÇÃO — HORAS		DURAÇÃO EM ANOS
	Tempo	Integralização	Duração em anos
	útil	anual	Tempo útil integralização
Limite mínimo	2 430	486	5
TÉRMO MÉDIO	2 430	810	3
Limite máximo	2 430	972	2,5

* Cortezia da Professôra Nalva Pereira Caldas.

Para os que lidam com o planejamento de currículo do curso de enfermagem, é evidente que a alternativa oferecida pelo limite máximo (2,5 anos) não é aplicável, mesmo em se tratando de aluno excepcional.

Senão vejamos:

QUADRO N.º 2

CARGA HORÁRIA DIÁRIA E SEMANAL

(De acordo com o Quadro a que se refere o art. 1.º —
parágrafo único da Portaria Ministerial n.º 159/65)

Duração em Anos	Integralização anual	Dias de trabalho escolar	Duração em semanas (6 dias)	Carga Horária diária	Carga horária semanal
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
5	486	180	30	2 h 40'	16 h 15'
3	810	180	30	4 h 50'	27 h
2,5	972	180	30	5 h 25'	32 h 25'

Agora vejamos o cálculo de dedução dos estágios, de acordo com a integralização anual.

QUADRO N.º 3

CÁLCULO DE DEDUÇÃO DOS ESTÁGIOS, DE ACÓRDO COM A INTEGRALIZAÇÃO ANUAL

H O R A S — A U L A

Tempo útil	Integralização anual	Estágios a 10% da integralização
2 430	486	48
2 430	810	81
2 430	972	97

e a seguir, a integralização anual de acordo com algumas escolas.

QUADRO N.º 4

INTEGRALIZAÇÃO ANUAL DE ACÓRDO COM ALGUMAS ESCOLAS

H O R A S — A U L A			
Escolas	Térmo Médio Previsto em Portaria	Ensino Teórico Prático	Estágios
A	810	483	563
B	810	536	528
C	810	403	413
D	810	840	822
E	810	843	770

Apresentamos agora o Quadro dos estágios supervisionados, que podem ser computados para integralização do tempo útil.

QUADRO N.º 5

ESTAGIOS SUPERVISIONADOS, COMPUTADOS PARA
INTEGRALIZAÇÃO DO TEMPO ÚTIL

Integralização anual	Carga horária semanal	Horas aulas por semana	Horas de estágios por semana 10% de (b)
(a)	(b)	(c)	(d)
486	16 h 15'	14 h 35'	1 h 40'
810	27 h	24 h 20'	2 h 40'
972	32 h 25'	29 h 10'	3 h 15'

É em relação aos estágios supervisionados que se estabeleceu a maior desigualdade de tratamento do problema, na portaria ora aprovada. Enquanto para alguns cursos foram computados, para efeito de cálculo do Tempo Útil, trabalhos executados em campos de estágio, período de preparo do trabalho de conclusão de curso e outros que as escolas insistem em manter, aos estágios supervisionados, será creditado apenas 1 décimo do número de horas fixado pelo curso.

Isso parece-nos desastroso para a enfermagem.

O capítulo 13 do livro "Curriculum para Escolas de Enfermagem" de Amy Frances Brown, inicia-se com a citação de uma conferência proferida em 1867 por Oliver Wendell Holmes, que julgamos oportuno transcrever: "A parte mais essencial da instrução da estudante se obtém... não nas salas de conferências, porém junto ao leito dos enfermos. Nada do que ali se observa se perde; o ritmo das enfermidades se aprende mediante a repetição constante; sua improvisabilidade fica marcada indelêvelmente na memória. Antes que a jovem se aperceba do que há adquirido, terá aprendido os aspectos e as causas e o provável desenlace das enfermidades que há visto ao lado de sua instrutora, assim como o modo adequado de tratá-las".

E o que diz a própria Amy Brown?

"No plano de estudos clínicos, devem sobrepor-se aquelas experiências educativas que incluem conhecimentos, destrezas, hábitos, atitudes e interesses de ampla aplicação.

As experiências diretas e concretas que têm as estudantes no cuidado dos pacientes, podem ter grande importância para a compreensão e destreza em solucionar problemas que surgem no cuidado aos enfermos...

A filosofia educativa que aceita que todo o indivíduo é responsável pelo progresso das condições sociais, procurará desenvolver na estudante a capacidade de pensamento crítico e a de enfrentar problemas novos".

E reconhece: "Os propósitos e fins do programa educativo se determinam pela orientação da escola respeito a:

- a) os valores materiais e
- b) os valores espirituais.

Essa mesma especialista em currículo de enfermagem, delimita

as três fases em que deve ser desenvolvido o programa de instrução clínica:

- 1) Instrução organizada em classe.
- 2) Instrução organizada nas divisões do hospital.
- 3) Supervisão das alunas designadas para o cuidado de pacientes, selecionados especialmente em relação aos progressos das estudantes.

Note-se que nem uma vez foi usado simplesmente o termo "estágio", mesmo que este etimologicamente queira dizer "Aprendizado, tirocinio (do advogado, médico, etc), situação transitória, de preparação; aprendizado de especialização que faz alguém" ¹.

A idéia básica é portanto de considerar tempo útil, todo o período dedicado à aplicação prática nos campos de estágio.

Como fazer face, então, à realidade da determinação expressa na Portaria?

Pedimos desculpas por lembrar aqui algumas formas de solução que nos parecem óbvias:

- 1) Cumprir rigorosamente o Programa de Instrução Clínica, delineado segundo o espírito de UNIFICAR as experiências de instrução em salas de aula, instrução no hospital e prática sob supervisão.
- 2) Registrar rigorosamente essas experiências para fins de cômputo na integralização anual e Tempo Útil.

Voltando à integralização anual das horas-aula, de acordo com algumas escolas, nota-se certa divergência entre o número de aulas teórico-práticas e a instrução clínica que têm seus limites mínimos na escola C (403 horas) e máximo na escola E (843 horas) (Quadro n.º 4).

Seria um ponto a investigar, como está sendo feito o Registro da Instrução Clínica nos campos de estágio, especialmente sabendo-se *da deficiência numérica e dos encargos administrativos de Instrutoras, Assistentes, ou Professôras que fazem a supervisão das alunas.*

Passamos ao Quadro n.º 6, que representa o cálculo percentual (aproximado), das horas atribuídas pelas escolas de enfermagem às *cadeiras do Ciclo Profissional (disciplinas específicas de enfermagem).*

1 — Pequeno dicionário brasileiro de língua portuguesa. — Página 505, I.

QUADRO N.º 6

**CÁLCULO PERCENTUAL EM HORAS (APROXIMADO) ATRIBUÍDO
PELAS ESCOLAS AS DISCIPLINAS DE ENFERMAGEM**

(Ensino teórico-prático, Instrução clínica e estágios supervisionados)

Disciplinas	E S C O L A S					MÉ- DIO
	A	B	C	D	E	
Fundamentos de Enferma- gem	7,8	14,3	11,	16,3	13,	12,5
Enfermagem Médica	2,0	14,3	12,	8,2	8,	12,5
Enfermagem Cirúrgica	1,6	14,8	17,6	8,2	8,	12,9
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	8,	6,	4,	8,2	8,	6,8
Enfermagem Psiquiátrica	6,9	5,6	6,	5,2	7,	6,1
Enfermagem Pediátrica	8,	6,	4,	7,8	7,	6,6
Enfermagem Saúde Pública	5,7	5,	6,	7,9	4,5	5,8

Note-se a variação percentual no que se refere a Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médica e Enfermagem Cirúrgica. Há uma pequena variação no percentual atribuído a Enfermagem em Saúde Pública e quase equivalência nos demais.

Algumas idéias poderão surgir das ponderações aqui expendidas. O que mais importa é que seja atingido o fim colimado — a formação de enfermeiros de alta capacidade e que correspondam às necessidades do país.

Nossa intenção foi a de despertar vosso interesse para êsse estudo.

Hoje, ao nos reunirmos para as discussões em grupo surgirão as recomendações para equacionarmos o problema.

Se assim o fizermos, estarão atendidos os objetivos dêste Congresso.

CONCLUSÃO

A duração do curso de enfermagem envolve aspectos de ordem psico-pedagógica e sócio-econômica bem como da hierarquia dos valores morais e espirituais que repercutem no tipo de profissional a ser formado.

Dáí recomendar-se que as escolas de enfermagem ao revisar os seus currículos de acôrdo com a portaria 159/65, o façam UNIFICANDO-O num todo orgânico perfeitamente integrado nos três aspectos:

do ensino teórico-prático
da instrução clínica e
do estágio supervisionado

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BERELSON(Bernard — Graduate Education in the United States Neex York 1960, Mac Graw-Hill Book Co. 346 p.
- 2 — BROWN, Amy Frances. Curriculum para Escuelas de Enferme-ria, Méximo, 1964 Editorial Interamericana, 525 p.
- 3 — HEALTH, Robert W. New Currícula — New York 1964, Har- per and Row Publishers 292 p.
- 4 — RAGAN, William, Modern Elementary Curriculum — New York 1963, Helt, Rinehartand Winston, Inc. 505 p.

PERIÓDICOS

- 1 — Conselho Federal de Educação — Documenta n.º 34, Fevereiro de 1965.
- 2 — Conselho Federal de Educação — Documenta n.º 38, junho de 1965.

SERVIÇO

ASPECTOS DE ENFERMAGEM NA DIÁLISE PERITORIAL *

Brigitta Pfeiffer * *

Beatriz Branda Arroyo * * *

Berenice Miranda Martinez * * * *

I — INTRODUÇÃO

As novas medidas e técnicas terapêuticas utilizadas na medicina têm tornado mais complexo o trabalho do médico e como consequência o da enfermeira, que a cada dia que passa recebe, por delegação, maiores responsabilidades no tratamento dos pacientes. Assim, na diálise peritoneal, medida médico-terapêutica mais ou menos recente, a enfermeira assume parte da responsabilidade na orientação do paciente e família, no preparo do paciente, na manutenção do ambiente terapêutico, no controle do pessoal e no preparo do material.

Neste estudo abordaremos o método da diálise peritoneal nos aspectos de enfermagem, de acordo com as experiências na 2.^a Clínica Médica, Serviço do Professor Luiz Venére Décourt, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

II — FENÔMENO DA DIÁLISE

É importante lembrar que no fenômeno da diálise é que se apoia a aplicação da diálise peritoneal. Este fenômeno se baseia nos princípios de osmose e difusão. As substâncias, em solução, que podem

* Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, do Rio de Janeiro, GB, 65.

* * Instrutora da Cadeira de Enfermagem Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

* * * Enfermeira Chefe da 2.^a Clínica Médica-Serviço do Prof. Décourt da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

* * * * Supervisora das Unidades Médicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

passar por uma membrana semi-permeável irão difundir-se, do lado em que estão em maior concentração para o lado em que se encontram em menor concentração, até que o equilíbrio seja conseguido. Toda substância irá difundir-se de acordo com seu gradiente de concentração nas soluções separadas pela membrana semi-permeável. As substâncias, cujas moléculas forem muito grandes para passarem pelos poros da membrana, ficarão retidas. Podemos então definir a diálise como sendo "a difusão de moléculas em solução verdadeira (cristalóides) através de uma membrana que não permite a passagem de moléculas em estado coloidal".

III — DIÁLISE PERITONIAL: INDICAÇÕES, OBJETIVOS E MÉTODOS

A diálise peritoneal se baseia na utilização do peritônio, membrana viva, semi-permeável, muito vascularizada e que constitui uma área de filtração comparável à dos glomérulos, isto é, de aproximadamente 22 000 m². Ela permite a livre difusão de eletrólitos, uréia, creatinina, glicose e outras substâncias, (bártitúricos, salicilatos, etc), mas é impermeável a proteínas e outras moléculas grandes.

Catabólitos e outras substâncias podem ser removidos da circulação e o volume e constituição dos líquidos do organismo, conseqüentemente alterados, pela instilação de solução apropriada na cavidade peritoneal (fig. 1).

VALORES DA SOLUÇÃO DIALIZADORA

Lactato de Na	— 45 mEq/1 (45,0 m)
Na	— 141 mEq/1 (140 mOsm/1)
Cl	— 101 mEq/1 (101 mOsm/1)
Mg	— 1,5 mEq/1 (1,0 mOsm/1)
Ca	— 4 mEq/1 (2,0 mOsm/1)
Dextrose	— 15 grs.
Tonicidade de solução: 300 mOsm/1	

Fig. 1

A — INDICAÇÕES

A diálise peritoneal tem sido indicada na insuficiência renal aguda, (I. R. A.) em substituição à hemodiálise, com a vantagem de ser um processo menos traumatizante, pois permite uma alimentação adequada não sujeitando o paciente a uma dieta de fome e sede.

Pacientes com insuficiência renal crônica em fase aguda ou progressiva, podem ter melhora temporária com a diálise peritoneal e seu emprêgo dependerá do critério clínico. A aplicação nestes casos é paliativa, pois ainda não se conseguiu adiar indefinidamente as alterações metabólicas determinadas por uma condição irrecuperável. Coexistem, nesses casos, lesões vasculares impossíveis de serem corrigidas e que podem levar à necrose cortical irreversível do rim, mesmo quando as alterações metabólicas são temporariamente compensadas. Várias experiências mostraram que a diálise peritoneal pode ser usada com objetivo de retirar grande quantidade de líquido do organismo em casos de hiperhidratação, como por exemplo, nos grandes edemas da insuficiência cardíaca congestiva, da síndrome nefrótica, etc...

Os resultados da diálise peritoneal são mais lentos do que os obtidos pela hemodiálise, por isso há desvantagem do seu emprêgo em certos estados de catabolismo muito acentuado; nestes casos a diálise peritoneal será indicada, se houver:

- 1) hemorragia interna;
- 2) hemorragia provocada pela heparinização durante a hemodiálise;
- 3) choque ou hipotensão, quando a P. A. do paciente é menor do que a requerida para manter o fluxo sanguíneo adequado ao funcionamento do aparelho de hemodiálise.

Contra indicações da diálise peritoneal são:

- 1) ferimentos abdominais recentes (24 hs.), cirúrgicos ou traumáticos;
- 2) cirurgias que comprometem o reto-peritônio: colectomia, etc., pois geralmente êle fica dilacerado;
- 3) condições especiais: gravidez, distensão abdominal grande (ileo paralítico).

Nas intoxicações agudas é utilizado o rim artificial, 4-6 vezes mais eficiente em relação ao tempo.

B — OBJETIVOS

Os objetivos da diálise peritoneal são:

- 1) remoção de produtos tóxicos, habitualmente excretados pelos rins;
- 2) correção do desequilíbrio osmótico e ácido-básico através da troca de sais;
- 3) remoção de grande quantidade de líquido do organismo.

C — MÉTODO

O método usado na diálise peritoneal é a irrigação peritoneal, atendendo ao princípio da sifonagem.

- 1) Instalação do catéter:
 - a — incisão da pele com bisturi e perfuração do peritônio com trocater no terço superior da linha média do abdome, entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica;
 - b — introdução do catéter peritoneal e fixação na pele com pontos de algodão.

- 2) Infusão de 2 litros de solução dializadora, morna, no espaço peritoneal através de tubos, conexões e catéter:
 - a — o banho dializador é feito com a solução apresentada comercialmente; quando se propõe a retirar líquido do organismo torna-se a solução hipertônica, adicionando glicose a 50% em quantidades que permitam uma concentração glicosada de 2, 3, 4, ou mesmo 7%. Para cada 2 litros de solução dializadora acrescentam-se: antibióticos para profilaxia de infecções (acromicina 25 mg) e anticoagulante (heparina) a fim de prevenir a formação de fibrina, que constitui um excelente meio de cultura para germens patogênicos, além de formar rólhas que podem obstruir a cápsula peritoneal. O tempo médio de duração da perfusão é de 10'.

 - b — o controle eletrolítico é feito através de testes de laboratório e orienta o médico quanto à composição do banho. A frequência deste controle varia de acordo com as condições do paciente.

3) Drenagem

A drenagem é feita por sifonagem, após 1 hora de irrigação peritoneal, realizando-se, em média, em 20'. A diálise peritoneal é feita durante 24 ou 48 horas consecutivas; após esse tempo o processo pode ser interrompido por 12 horas e reiniciado com aplicações intermitentes.

IV — CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem no tratamento da insuficiência renal aguda, pela diálise peritoneal, são prestados nas três fases: antes, durante e após a diálise.

A — Assistência da enfermagem antes da diálise

- 1) Preparo psicológico e assistência ao paciente e família.
O êxito de todo o tratamento médico depende, em grande parte, da aceitação e participação do paciente no tratamento, dependendo isto, por seu lado, do preparo que a enfermagem fizer. A enfermeira deve colaborar preparando o paciente e sua família, a fim de conseguir sua participação em todos os aspectos do tratamento. Salientamos entre estes os que consideramos mais importantes:
 - a — orientação quanto aos objetivos e desenvolvimento do tratamento;
 - b — necessidade de isolamento com a conseqüente limitação de visitas de familiares ou amigos;
 - c — necessidade de contróle rigoroso de líquidos ingeridos e eliminados;
 - d — importância da dietoterapia;
 - e — necessidade de movimentação no leito;
 - f — comunicação sempre que sentir dor a fim de ser convenientemente medicado.

- 2) Preparo da sala de rim.
A técnica deste preparo deve ser assética, com os procedimentos próprios de uma sala de operação.
Material e equipamento necessários para diálise peritoneal:
 - a — bandeja de diálise contendo:
 - gases
 - bisturi
 - trocáter de paracentese
 - agulhas
 - fios de algodão
 - porta-agulhas
 - pinça anatômica
 - respiros para frascos da solução dializadora
 - b — pacote para anestesia e antissepsia local contendo:
 - gases
 - cuba redonda
 - seringa de 10cc
 - agulhas 25 x 6
 - pinça de Cheron
 - c — soluções anestésicas
 - d — solução dializadora
 - e — luvas
 - f — campos médios esterilizados

- g — aventais, gorros, máscaras, botas
- h — provetas graduadas
- i — duas pinças de Kocher (não esterilizadas)
- j — equipo completo para diálise peritoneal (apresentação comercial)
- k — suporte duplo para soro

B — Assistência de enfermagem durante a diálise

Os cuidados de enfermagem são intensivos durante o tratamento, desde a instalação da diálise até o seu término.

- 1) O preparo físico para a instalação da diálise peritoneal é igual ao que se faz para qualquer pequena cirurgia:
 - higiene corporal com especial limpeza da região abdominal;
 - tricotomia da região infra-umbelical;
 - controle dos sinais vitais;
 - cateterismo vesical a fim de prevenir perfuração da bexiga.
- 2) Na instalação da diálise, os cuidados de enfermagem devem compreender:
 - observação de sinais vitais e intercorrências;
 - assistência ao médico;
 - conforto físico e psíquico do paciente.
- 3) Durante o processo dializador, o cuidado de enfermagem diz respeito a:
 - a — cuidados gerais, como o controle da pressão arterial (P. A.) mudando de decúbito, posição no leito, higiene oral e curativo abdominal.

O controle de P. A. deve ser feito de hora em hora, como medida preventiva. Nos pacientes politraumatizados, operados ou em mau estado geral, a inatividade pode levar a sérios problemas. Daí a importância da movimentação no leito para afastar complicações pulmonares, circulatórias, renais e tróficas. Para aliviar o desconforto ocasionado pela pressão do líquido intraperitoneal, a posição semi-sentado é às vezes aconselhável. A higiene oral deve ser feita várias vezes ao dia com solução antisséptica. Recomenda-se o uso de lubrificantes (manteiga de cacau) para os lábios nos casos de rachaduras ou sangramento. Curativo seco, deve ser feito diariamente com técnica asséptica; se houver perda de líquido ou hemorragia através da incisão, o médico deverá ser notificado.

- b — Os cuidados específicos compreendem: contrôle hídrico e pêso.

O contrôle hídrico é necessário à orientação terapêutica. Um balanço hídrico incorreto poderá levar a uma prescrição indevida de líquido e como conseqüência um quadro de hipo ou hiperidratação. As anotações devem ser feitas em impresso próprio, onde são registrados: aspecto, cheiro e volume dos líquidos eliminados (vômitos, urina, sondas gástricas ou drenos); volumes totais de líquidos ingeridos ou injetados por via parenteral ou outras vias. É interessantes assinalar as variações de diurese observadas na evolução da necrose tubular aguda (uma das causas renais da I. R. A.). Na fase oligúrica, que varia de 8 a 31 dias, a anúria quase nunca é total, estabelecendo-se uma média diária de eliminação de 50 a 100 ml. Embroa a urina seja de coloração escura, devido aos detritos celulares, observa-se uma isostenúria, isto é, sua densidade em torno de 1 010. Nesta fase é comum ocorrer um quadro de hiperidratação, não somente devido ao aumento inadvertido da ingestão de água, bem como ao excesso de formação de água endógena conseqüente ao catobolismo exagerado das proteínas e gorduras. A fase diurética caracteriza-se pela eliminação da urina cujos volumes ultrapassam os índices normais atingindo, às vezes, 2 a 3 litros em 24 horas. É a fase de grandes riscos, podendo haver graves desequilíbrios eletrolíticos pela espoliação, sobretudo, de elementos como o sódio e o potássio. Na fase pós diurética o volume começa a normalizar-se e a densidade aumenta progressivamente. Neste caso a necessidade de rigor no contrôle hídrico é ainda maior, dadas as possibilidades de variação do quadro de diurese. A quantidade de líquido drenado deve ser aproximadamente a mesma do líquido infundido. No caso do uso de solução hidertônica para resolver o problema de hiperidratação, o volume drenado será maior que o infundido e seu contrôle deve ser também rigoroso. Quando a drenagem for lenta ou interrompida sem causa aparente deve-se verificar se há obstrução do catéter peritonial, o que pode ser resolvido com a mudança de posição do paciente, pequena pressão no baixo ventre, ou ainda injeção de 10 a 15 ml de soro fisiológico, através do catéter. Caso estas práticas não resolvam, o médico deverá ser notificado. O paciente pode acusar dor no fim da drenagem, geralmente transitória. Se a dor persistir ou aumentar de intensidade, o médico deve ser avisado.

O contrôle de pêso é um importante meio de controlar a hidratação do paciente, quer na fase de anúria, quer na fase de poliúria. Se as condições do paciente não permitirem a pesagem em balança comum, será utilizada a cama metabólica (balança-maca).

C — Assistência de enfermagem após diálise

Nesta fase, os controles de líquidos ingeridos e eliminados, do pêso e sinais vitais devem ser feitos com o mesmo rigor das fases anteriores. Após a retirada do catéter, a ferida operatória deve ser observada e cuidada, a fim de ser evitada a contaminação. O curativo deve ser trocado diariamente, uma ou mais vêzes, se necessário. No caso de pontos, sua retirada deve ser feita segundo critério médico. A função importante da enfermeira nesta fase é o preparo do paciente e família para a alta. Este preparo inclui orientação sobre os vários aspectos da moléstia, esquema terapêutico e dietético, seguimento no ambulatório.

D — Dietoterapia

Não podemos deixar de dar ênfase ao problema da dieta durante todo o desenvolvimento do quadro de insuficiência renal aguda. A importância e o rigor na sua administração levam a enfermeira a considerar certos princípios.

1) Na fase oligúrica:

a — Balanço hídrico

Devemos considerar dois fatos: que o indivíduo adulto, à temperatura ambiente de 30°C, perde pela pele e respiração uma média de 700 ml. de água, e que do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas resulta, para o indivíduo adulto, a formação de 300 ml de água em média diária. Portanto a necessidade real do paciente, na fase oligúrica, em que se deve evitar uma hiperhidratação e sobrecarga renal, deve ser 400 ml de líquido, ou seja, (700 ml — 300 ml = 400 ml). Estes 400 ml devem ser ministrados por via oral, em parcelas, ou por via venosa. Se o paciente apresentar vômitos ou diarreia, tais perdas devem ser calculadas para a devida reposição. Os sucos de frutas são evitados devido ao seu alto teor em potássio.

b — Balanço calórico

O fornecimento de calorías é, de preferência, feito por via endovenosa pela necessidade de jejum por parte do paciente na fase pré diálise (fase de expectativa, com terapêutica conservadora). Administra-se hidrato de car-

bono sob a forma de glicose hipertônica, fornecendo-se uma média de 500 calorias diárias. É necessário atentar para o fato da glicose endovenosa ser muito irritante para os vasos, o que restringe esta aplicação a 200 ml. de glicose a 50% acrescidos à glicose a 5 ou 10%. Quando as condições do paciente permitem, a complementação calórica é feita por meio da dieta hipoproteica ou mesmo aprotéica. A restrição de proteínas vai prevenir os riscos de acidose.

2) Na fase poliúrica ou diurética:

A administração de líquidos deve ser orientada pelo estado geral do paciente e pela concentração eletrolítica do plasma sanguíneo. A dieta nesta fase deve ser rica em sódio e potássio para compensar a espoliação que o paciente sofre pelo aumento da diurese e que pode levá-lo a uma hipopotassemia ou hiponatremia.

3) Na fase pós diurética:

O paciente entra, progressivamente, na normalidade e seu programa dietético varia com suas necessidades de hidratação, seu grau de anemia, suas carências vitamínicas, etc.

E — Intercorrências

A enfermeira deve estar atenta para as várias manifestações que podem decorrer do quadro de insuficiência renal aguda. Entre as que merecem referências especiais podemos destacar: uremia (com suas manifestações para o lado do sistema nervoso, aparelhos digestivo, circulatório e respiratório), hipopotassemia, desidratação, hiperidratação e quadro febril por infecções, sobretudo peritonias.

V — Organização de uma unidade de diálise

Pelos padrões americanos a sala de diálise e hemodiálise deve obedecer aos princípios da técnica assética, igualando-se seus requisitos aos exigidos para salas de cirurgias, quer no preparo do material, quer na realização das diálises.

Infelizmente nossas condições nos dão apenas possibilidades de nos aproximarmos desses padrões, mas é necessário que mesmo um mínimo seja estabelecido, para maior proteção do paciente.

A — Facilidades físicas, equipamento e material

Como padrões mínimos são recomendados para a unidade, três

elementos: ante sala, sala de diálise ou "sala de rim" e sala de recuperação.

- 1) Nossa experiência nos levou a considerar a necessidade de uma ante-sala com instalações e equipamento que permitam centralizar tôdas as atividades auxiliares do tratamento, bem como o cuidado e guarda do material, afastando da sala de diálise, atividades prejudiciais às condições de assepsia necessárias. Para corresponder a êsse objetivo, a ante-sala deve manter facilidades, tais como: lavatórios, pias, armários e sistema de escoamento (nos casos de hemodiálise). Além das instalações já citadas deve haver centralização de todo o material necessário à diálise, como: soluções antissépticas, soluções para diálise, medicamentos de emergências e outros, aparelho elétrico para Banho Maria, suportes para sôro, instrumental, equípe para diálise, sôro, sangue, etc...
- 2) A sala de diálise deve ter dimensões adequadas que permitam circulação fácil, aeração e iluminação suficientes. Paredes e pisos devem ser laváveis para facilitar a limpeza, problema fundamental na manutenção de condições de assepsia. A sala de rim deve ter o equipamento estritamente necessário à realização das diálises peritoniais ou hemodiálises. São essenciais: aparelho de rim artificial, instalações de oxigênio, mesa auxiliar, quadro de anotações e aparelho de aspiração de secreção brônquica.
- 3) A sala de recuperação deve ser instalada como um quarto de paciente (cama, criado-mudo, instalações para oxigênio, etc...). Preconiza-se hoje o uso de quartos individuais para evitar o perigo das infecções cruzadas, sobretudo peritoniais.

B — Seleção e preparo de pessoal

A seleção do pessoal tem como objetivo dar maior segurança ao grupo no desempenho de suas atividades, bem como proporcionar aos pacientes um bom padrão de cuidados de enfermagem. O número de funcionários deve atender à média de ocupação da unidade de diálise.

O cuidado de enfermagem aos pacientes dialisados é muito especializado e requer pessoal profissional (enfermeira e auxiliares de enfermagem). Na unidade de diálise da 2.^a Clínica Médica, Serviço do Professor Luiz Décourt, contamos com uma equipe de enfermagem constituída por seis auxiliares de enfermagem, trabalhando

em regime de 8 horas diárias, além de uma enfermeira que planeja, coordena e supervisiona tôdas as atividades de enfermagem.

Para o preparo desta equipe foram elaborados programas de orientação específica incluindo noções de anátomo-patologia e de enfermagem nas doenças renais, esterilização, tratamento e preparo de material, técnica de atendimento de sala de operações e de sala de diálise.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ABBOT, W. E.; SHEA, P. — The treatment of temporary renal insufficiency by peritoneal lavage. *The American Journal of the Medical Sciences*, 211 (3): 312-319, march 1946.
- 2 — BALCELLS, C. A. — La clinica y el laboratorio. Barcelona, Manuel Martin, 1961.
- 3 — HARMER, B, HENDERSON, V. — Tratado de Enfermeria Teorica y Pratica. 2.^a ed. Mexico, La prensa médica mexicana.
- 4 — LAMBERTSEN, E. G. — Equipe de Enfermagem — Organização e funcionamento. SESP, Brasil.
- 5 — LANDMANN, J., BEDRAN, Y, ARDUINO, E. e col.. — O tratamento da insuficiência renal pela diálise peritoneal. *Medicina-Cirurgia e Farmácia* (298): 91-107, jan-fev., 1962.
- 6 — LANDMANN, J.; BEDRAN, Y.; LEAL, L. G.; KAC, L. B.; ALBUQUERQUE, M. A. — Métodos de duração extra-renal. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 6 (5): 686-716, set. 1962.
- 7 — MATTOS, Leda Kober — Física aplicada à enfermagem. Publicação da ABEn.
- 8 — MAXWELL, M. H. and others — Peritoneal dialysis. *J. A. M. A.*, 170: 917-924, june 20, 1959.
- 9 — MENISSADHIAN, A; NOGUEIRA, A.; RODRIGUES, A. — Diálise peritoneal no tratamento da intoxicação por meprobrato. *Revista Paulista de Medicina*, 63 (3): 1557-160, set. 1963.
- 10 — ODEL, H. M.; FERRIS, D. O.; POWER, M. — Peritoneal lavage as an effective method of external excretion. *American Journal of Medicine*, 9 (1): 63-77, july 1950.
- 11 — ROMEIRO, J. V. — Tratado de Patologia Médica. 3.^a ed. Rio de Janeiro, GB, 1952.
- 12 — SUDERMAN, W. A. — Fisiopatologia Clínica. México, Intera-mericana, 1952.
- 13 — TWISS, M. R.; MAXWELL, N. H. — Peritoneal Dialysis. *The American Journal of Nursing*, 59 (11): 1560-1563, nov. 1959.

EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

María Mercedes Martínez de Martínez *

I INTRODUCCION

Al ubicarnos dentro de un hospital debemos recordar las palabras que sobre él dijo el Dr. Malcom MacEachern: "es la expresión del inalienable derecho del hombre de estar sano y el reconocimiento formal de la comunidad de su responsabilidad de proveer los medios de mantenerlo sano ó de restaurar sua salud perdida"; por lo cual la importancia de la institución se adquiere en lo objetivos que debe cumplir; para ello es necesario entonces que el hospital sea considerado como una estructura formal, compleja en donde el Director deba aplicar la delegación de funciones, para el logro de los citados objetivos por medio del esfuerzo común de todos los integrantes de los grupos de trabajo que lo componen.

De esta delegación de funciones surge la departamentalización en el hospital.

Los departamentos como Servicio Social, Farmacia, Alimentación, Enfermería, por ejemplo, son unidades administrativas mediante las cuales se realizan los propósitos del hospital en zonas funcionales específicas.

II EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Es la unidad de servicio profesional general del hospital, en el cual se delega por medio de su jefe, la responsabilidad de la organización y administración del servicio de enfermería del hospital.

El Departamento de Enfermería tiene pues, dentro del marco de sus funciones, deberes, responsabilidades, actividades específicas e irremplazables en lo que se refiere a la atención de los enfermos y a los requerimientos técnicos, administrativos y éticos que demanda el ejercicio de su función.

El American College of Surgeons ha establecido que para

* Professôra da Escola Nacional de Enfermagem — B. Aires — Argentina.

considerar el hospital como aceptable en su estructura formal, debe tener un standard mínimo para enfermería dado por:

1. La existencia de un departamento organizado de enfermería en el hospital, bajo competente supervisión y dirección, con eficiente rendimiento del servicio de enfermería.
2. El personal debe ser adecuado en número y competentemente entrenado.
3. Debe tener facilidades adecuadas, convenientes y modernas, de fácil y pronto aprovechamiento para dar un rápido y eficiente servicio de enfermería.
4. Debe tener organizado un sistema de informes clínicos de enfermería, incluyendo todos los pertinentes al cuidado de enfermería del paciente, a la observación de signos y síntomas, ordenes ejecutadas por médicos, servicios de enfermería rendidos y otras informaciones pertinentes tal como el cuadro de condición del paciente y su respuesta frente al tratamiento.
5. La existencia de un plan de reuniones semanales para analizar y revisar el servicio de enfermería.
6. Debe existir una relación con el paciente, ejercitada todo el tiempo para asegurar un cuidado eficiente a través de asignación apropiada de turnos y adecuada distribución de enfermera-paciente.

De esto surge entonces claramente la importancia que toma pues el departamento en el funcionamiento del hospital, ya que contribuirá al logro de los objetivos del hospital ampliando con los suyos al mismo tiempo.

III OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

El objetivo esencial es dar a los enfermos y su familia el mayor de los cuidados ya que éstos son la razón de ser del hospital y el centro de interés del Departamento.

También son sus objetivos:

Prevenir la enfermedad

Promover la salud

Colaborar en programas de educación

Investigar

IV CARACTERÍSTICAS DEL DEPARTAMENTO

A través de todo este análisis comprobamos entonces que este organismo adquiere forma dentro de la estructura del hospital.

tal, forma que está dada por ciertas características que lo destacan:

- a) Es uno de los departamentos más grandes del hospital, 45 a 50% de todo el personal del hospital está constituido por personal de enfermería.
- b) Es un servicio especializado que mantiene su trabajo las 24 horas del día, los 365 días del año y que tiene necesidades muy variables de personal.
- c) Es un departamento que bien organizado permite la mejor utilización de los demás servicios del hospital.
- d) El departamento de enfermería es uno de los servicios de suma importancia en la reducción de los costos de la atención médica en una comunidad.

V REQUISITOS DE ORGANIZACION

En éste como en cualquier otro departamento, se deben considerar los principios de administración.

Se observan en él los requisitos fundamentales de:

- Jerarquía y ubicación administrativa.
- Definición de autoridad.
- Responsabilidades bien definidas.
- Funciones claramente establecidas.

Pero no se debe olvidar que para su organización debe enfrentarse generalmente con tres serios problemas a tener en cuenta:

- Funciones que requieren personal adecuadamente adiestrado.
- Necesidad de coordinación con otros servicios.
- Demanda de trabajo variable en diversos niveles, y servicios directos.

VI FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Estas están claramente definidas y consisten:

- 1) Planificación para proporcionar atención total de enfermería al paciente.
- 2) Selección de personal y asignación de sus actividades.
- 3) Supervisión general del personal.
- 4) Preparación continua del personal de enfermería.
- 5) Mantener relaciones constantes con otros departamentos y servicios.
- 6) Planificación para la enseñanza al paciente y a la familia en los aspectos y atención en el hogar después de su alta.

- 7) Relaciones públicas.
- 8) Organización de las actividades de Secretaría de los servicios de enfermería.
- 9) Evaluar la eficacia de los cuidados a través de la evaluación de programa y personal.

VII EL TRABAJO DE ENFERMERIA

El Departamento de Enfermería realiza funciones específicas mediante la programación de cuidados de enfermería de los pacientes que pueden ser de tipo directo o indirecto.

El cuidado de enfermería a los pacientes es una actividad continua y permanente y se basa en un conjunto de actividades técnicas y administrables que tienen por objetivo dar al paciente una atención cálida, humana, de acuerdo a sus necesidades y a las técnicas y prácticas correspondientes a la profesión.

Esta atención cada vez más compleja tiene por fin, no sólo cooperar a la recuperación de la salud del paciente, sino que va más allá del período de recuperación, hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

La enfermera, es sin duda alguna, uno de los miembros del equipo de salud que vive más cerca de las personas y que puede, a través de sus actividades influenciar en gran medida la actitud de la comunidad hacia los programas de salud y educados en los aspectos de atención de la misma.

La gran diferencia entre las funciones y papel de las enfermeras y la de otros profesionales que atienden al enfermo, estriba en que la enfermera permanece junto al enfermo casi permanentemente, mientras el resto de los profesionales de otras disciplinas no lo realiza así.

Estas características de continuidad y permanencia de la atención del enfermo es proyectada al funcionamiento del Departamento de Enfermería, dándole por lo tanto la importancia que asume y que debe asumir en el hospital, que tiene así la obligación de crearlo, mantenerlo bien organizado en el aspecto técnico y administrativo.

Pero para que ésto se cumpla en un alto nivel es necesario que se tenga en cuenta:

- que la jerarquía de éste Departamento sea la misma que la de otros Departamentos.
- que su jefe goce de los mismos derechos que los jefes de los demás Departamentos.
- que la responsabilidad asignada al Departamento de En-

fermería para el desarrollo de sus actividades sea compatible con la autoridad indispensable para realizar el trabajo eficiente.

VIII CONCLUSIONES

De lo expuesto brevemente y dada la organización en un hospital, concluimos que:

- que es indispensable la existencia del Departamento de Enfermería.
- que es menestar que sea dada en él, la delegación de funciones basada en la confianza y el respeto a las integrantes del mismo.
- por lo tanto es necesario la selección de ese plantel para tener la seguridad de su preparación y de su cultura general.
- proveer todo lo necesario en facilidades físicas, material y equipos para que el trabajo del Departamento de Enfermería sea eficaz con el aprovechamiento de los recursos humanos seleccionados.

Sólo así, mediante la comprensión por parte de los señores médicos, se logrará la eficacia en la organización de un servicio hospitalario, para que como un engranaje armónico, cumpla con su meta que es: proporcionar asistencia, prevenir la enfermedad, promover la salud, educar e investigar.

IX BIBLIOGRAFIA

- 1) ASOCIACION AMERICANA DE HOSPITALES — Manual del Servicio de Enfermería Hospitalaria — Washington, 1965.
- 2) GODDARD, H. A. — Principios de Administración Aplicados a los Servicios de Enfermería — OMS, Ginebra — 1959.
- 3) BIRNFELD, Celina — El Departamento de Enfermería — Trabajo presentado en Seminario Administración Hospitalaria — Tucumán — 1963.
- 4) IBARBURU, Dora — El Departamento de Enfermería — Clases dadas al Curso Administración, Enseñanza y Supervisión — 1964.
- 5) LOZIER, Hilda — Departamento de Enfermería en Hospitales. Apuntes — 1960.
- 6) MARTINEZ, María Mercedes — Administración en Enfermería — Recopilación de Apuntes — 1962.
- 7) OWEN, Joseph — Conceptos Modernos sobre Administración de Hospitales — Interamericana — México — 1963.
- 8) AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS — Manual of Hospital Standardization — Chicago — 1957.

VISITA AO OPERÁRIO NO LOCAL DE TRABALHO (VOLT)

*Delzuite de Sousa Cordeiro **

INTRODUÇÃO

O estudo apresentado é baseado no trabalho de Enfermagem de Saúde Pública que vem sendo desenvolvido pelo Departamento de Saúde da ICOMINAS S/A — Empresa de Mineração. Essa Empresa opera a extração de minério de ferro, em diversas localidades do interior de Minas Gerais.

Reconhecendo a necessidade de dar assistência à seus operários, contratou técnicos em Saúde Pública, que após estudarem o problema *in loco*, elaboraram um plano para ser desenvolvido nas suas áreas de mineração, situadas em zona rural.

Na base desses estudos foi planejado um órgão de saúde, que dentro da organização da Empresa, tem o nível Departamental e conta com as seguintes seções básicas: Saneamento, Medicina, Enfermagem e Odontologia.

A sede desse Departamento é em Belo Horizonte, mantendo êle em funcionamento nas minerações, Unidades de Saúde responsáveis pelo desenvolvimento, no campo, de todos os aspectos e fases do programa de saúde pública.

Esse programa é assessorado por Consultor Médico e administrado localmente por médico com experiência em saúde pública, ambos sanitaristas.

A Seção de Saneamento está sob a responsabilidade de engenheiro sanitarista, e a Seção de Enfermagem a cargo de enfermeira.

Para desempenho de suas atividades essas seções contam, respectivamente, com inspetores sanitários e enfermeiras supervisoras.

O Departamento de Saúde mantém, fixos nas Unidades de Saúde, pessoal técnico-auxiliar de enfermagem com nível de instrução média e recrutado nas próprias áreas onde o trabalho é realizado. Esses pessoal, depois de selecionado recebe, no Departamento de Saúde, o necessário adiestramento para bem desempenhar as ativi-

* Chefe da Seção de Enfermagem do Departamento de Saúde da ICOMINAS S/A.

dades de enfermagem de saúde pública desenvolvidas pelas Unidades de Saúde.

VISITA DOMICILIÁRIA

Ao pessoal auxiliar cabe desenvolver, entre outras, as técnicas de visita domiciliária.

Dada a formação recebida, julgamos que esses elementos de enfermagem estão capacitados para interpretar, junto à família, os seus problemas, orientá-la a proteger e melhorar a saúde de seus componentes e promover sua recuperação.

Esse trabalho é orientado no campo por enfermeiras supervisoras, com experiência em saúde pública. No decorrer dessa supervisão sentiu-se que, embora a visita domiciliária estivesse sendo conduzida dentro de normas técnicas satisfatórias, seu rendimento não vinha alcançando os resultados esperados. Essa observação nos levou a medir a eficiência dessas visitas, com o fito de esclarecer se realmente existiam fatores que estivessem interferindo em certos casos, para que essa atividade não fosse produtiva.

AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA

Sabendo-se que a Visita Domiciliária é uma das melhores armas com que conta a enfermagem de saúde pública para desenvolver a educação sanitária da família e da comunidade, iniciou-se a avaliação, observando-se a frequência com que os diversos membros da família vinham sendo alcançados pelo serviço de enfermagem.

Nas nossas áreas de trabalho, essa atividade junto à família atinge a esposa e outros membros e muito raramente o chefe. Isto, porque a necessidade de conseguir sustento para si e para seus familiares afasta o esposo do lar durante longos períodos do dia.

Praticamente o serviço de enfermagem não conhecia o esposo, pois o mesmo só era encontrado no domicílio à noite, após o trabalho, nos dias de folga e feriados, quando doente ou em férias.

Quanto ao contato com o mesmo em outras atividades nas Unidades de Saúde, restringia-se a 3 ou 4 ocasiões durante o ano, isto é, na revisão médica anual, nas vacinações, quando doente ou acidentado.

Essas ocasiões não eram suficientes nem oportunas para que esse serviço planejasse e desenvolvesse um roteiro educativo para o operário.

Isso nos advertiu que o empregado, por força do seu trabalho, vinha escapando à ação educadora da enfermagem.

QUADRO I**Chefes de família atingidos ou não por ocasião da Visita Domiciliária**

Chefes de Famílias	N.º observado	%
Presentes	15	12,5
Ausentes	105	87,5
Total de famílias visitadas	120	—

A análise do quadro I mostra que de 120 famílias visitadas no domicílio, apenas em 15 (12,5%) os chefes estavam presentes por ocasião da visita domiciliária e 105 (87,5%) estavam ausente.

Partindo do princípio, que em geral a esposa não tem inteira autoridade para solucionar todos os problemas da família, julgou-se que a ausência do esposo fôsse fator determinante do desequilíbrio na remoção dos problemas mais graves, como veremos no quadro a seguir.

QUADRO II**Problemas de saúde removidos ou não pela Visitação Domiciliária**

Problemas de saúde	N.º observado	%
Removidos	450	35
Não removidos	837	65
Total de problemas	1 287	—

A análise do quadro II nos mostra que de 1 287 problemas de saúde abordados, somente 450 (35%) foram removidos pela visita domiciliária, sendo que 837 (65%) não o foram.

QUADRO III

Problemas de saúde	Chefe ausente	%	Chefe presente	%
Removidos	445	35,0	5	16,7
Não removidos	812	65,0	25	83,3
Total de problemas	1 257	—	30	—

O quadro III confirma que a ausência do chefe impediu a remoção de 812 (65,0%) dos problemas abordados por ocasião da Visita Domiciliária. Os problemas removidos, 445 (35,0%) na sua ausência foram da exclusiva decisão da esposa, sem nenhuma participação do outro conjugue. Este fato talvez esteja ligado ao reduzido contato da enfermagem com o chefe da família. Quando este estava presente, portanto afastado do serviço, nem sempre tinha condições emocionais suficientes para receber ensinamentos da enfermagem.

No caso do esposo ausente por ocasião da visita, este era informado no regresso do trabalho, pela esposa, sobre os problemas equacionados pela enfermagem, bem como das recomendações feitas, e ficava a seu critério aceitar ou não as orientações e autorizar a sua execução. É provável que a mesma não alcançasse o ponto de vista do serviço de saúde ou o interpretasse a seu modo, ao marido, aumentando as possibilidades de negativas.

Forçosamente, a falta de oportunidade e de técnica para a abordagem desses problemas pela esposa, não eram favoráveis, pois o momento escolhido era no retorno do trabalho, quando o esposo estava cansado, aborrecido, preocupado com outras atividades e portanto pouco receptível.

Selecionou-se, então, os problemas mais graves e estudou-se um meio que possibilitasse maior contato do pessoal de enfermagem com os empregados.

EXPERIÊNCIA

Como resultante desse estudo, chegou-se a conclusão de que no domicilio era impossível atingir o operário, visto ele achar-se na maioria das vezes ausente deste, sendo portanto mais fácil visitá-lo

no próprio local de trabalho, onde êle permanece durante oito horas por dia.

A efetivação desse tipo de visita envolvia problemas administrativos originados da necessidade de suspender por algum tempo o trabalho do operário. Para afastar essas dificuldades procedeu-se a entendimentos com administradores das minerações no sentido de que êstes verificassem se a prática proposta traria prejuízos ou transtornos à produção.

Considerando o problema, concluiu-se que essa visita poderia ser feita sem alteração significativa do ritmo de trabalho do operário, ficando o pessoal de enfermagem autorizado à procedê-la com o conhecimento do capataz ou encarregado da turma.

Estariamos, portanto, em condições de proceder ao estudo da técnica da Visita ao Operário no Local de Trabalho, ficando esta visita designada pela sigla VOLT.

Foram então estabelecidas normas técnicas e gerais para êsse tipo de visita, conforme segue:

TÉCNICA

I) SELEÇÃO

- Observar e anotar, durante a Visita Domiciliária, os problemas individuais do operário ou os referentes à tôda a família, que ainda não foram solucionados, porque dependem da permissão do espôso.
- Anotar no cartão "Agendamento de Visita Domiciliária" arquivado na Unidade de Saúde, a sigla "VOLT", com tinta vermelha. Esta anotação indica que o caso foi selecionado para receber a "VOLT".
- Determinar a data em que deverá ser realizada a "VOLT", levando em consideração a repercussão dos problemas existentes sôbre a saúde da família ou do indivíduo.
- Colocar o cartão, assim anotado, na data aprazada para a "VOLT".

II) PLANO

- a) Para fazer o "plano escrito" da VOLT a ser realizada, observar o seguinte:
 - Retirar do fichário os cartões agendados para o dia e, por êles, solicitar a ficha da família e todos os prontuários individuais dessas pessoas.

- Verificar, nessas fichas e prontuários, as observações e recomendações da última visita domiciliária.
 - Observar, nas anotações do prontuário posteriores à visita, se já foi atendida alguma determinação feita pela enfermagem ou por outros membros da equipe de saúde.
 - Anotar na caderneta de visitas, dados necessários à entrevista com o operário. Esses dados constituem o "plano escrito" da VOLT.
- b) Para uniformizar as anotações a serem feitas na caderneta, seguir a indicação abaixo:

Falta de atendimento das recomendações:

1) **Referentes ao operário:**

Revisão médica anual
Tratamento dentário
Exame de fezes
Tratamento de verminose
Vacinas
Atendimento para encaminhamento à serviços especializados
Comparecimento à reuniões de Pais e Mestres.

2) **Referentes a toda a família:**

Saúde (incluindo higiene individual)
Alimentação
Saneamento do meio (incluindo higiene da habitação)
Socials

III) PLANEJAMENTO DO ITINERÁRIO

Existindo várias frentes de trabalho em cada mineração, a primeira providência é saber onde os operários a serem entrevistados estão desenvolvendo suas atividades nesse dia. De posse dos dados, planejar o itinerário de maneira racional, evitando-se desperdício de tempo com idas e vindas aos mesmos locais.

IV) EFETIVAÇÃO DA VOLT

- Dirigir-se ao capataz e comunicar os nomes dos operários a serem entrevistados.
- Entrevistar cada operário de per si, na própria frente de

trabalho, em local que permita abordar os assuntos sem que haja quebra do sigilo profissional.

- Proceder às anotações devidas na caderneta, escrevendo o mínimo possível.
- Envidar esforços para realizar a entrevista dentro de 10 a 15 minutos.
- Ter sempre em vista que o objetivo da VOLT é a educação sanitária do indivíduo.

V) ANOTAÇÕES

Após a realização da VOLT, já na Unidade de Saúde, proceder do seguinte modo:

- Anotar no cartão "Agendamento de Visita Domiciliária", a data da VOLT realizada.
- Retornar o cartão ao Fichário, colocando-o na data prevista para a próxima atividade (Visita Domiciliária ou Visita ao Operário no Local de Trabalho).
- Anotar no prontuário médico individual do operário, de modo sucinto, os problemas analisados e orientações feitas durante a VOLT.
- Anotar na Ficha de Família a realização da VOLT.
- Colocar o prontuário no local designado para a apuração de dados estatísticos.

VI) QUADRO DEMONSTRATIVO

Cada Unidade terá um quadro demonstrativo onde serão assinalados os resultados positivos ou negativos alcançados através da VOLT, durante o ano em curso.

AVALIAÇÃO DA VISITA AO OPERÁRIO NO LOCAL DE TRABALHO (VOLT)

Quando se tem problema definido, ou quando o indivíduo não está bem entrosado no objetivo do grupo, o meio de alcançá-lo é a **entrevista**.

Assim, a base da Visita ao Operário no Local de Trabalho, repousa neste princípio de comunicação.

Com os problemas previamente definidos e sabendo-se de antemão que o operário não estava sendo suficientemente trabalhado pelo serviço de enfermagem, como nos mostra o quadro I, o pessoal de enfermagem foi treinado, orientado e executou com êxito as "Visitas à Operários no Local de Trabalho", como demonstra o quadro a seguir,

QUADRO IV

Problemas de saúde removidos ou não pela Visita ao Operário no Local de Trabalho (VOLT).

Problemas de saúde	N.º observado	%
Removidos	146	74,5
Não removidos	50	25,5
Total de problemas	196	—

Dos 196 problemas de saúde selecionados por serem mais graves, e por não terem sido removidos nas visitas domiciliares, 146 (74,5%) foram removidos pela Visita ao Operário no Local de Trabalho.

A fim de avaliar a eficiência das entrevistas realizadas, decidimos analisar separadamente os resultados da primeira, segunda e demais abordagens da Visita ao Operário no Local de Trabalho.

QUADRO V

Problemas de saúde removidos na 1.ª, 2.ª e demais abordagens na Visita ao Operário no Local de Trabalho (VOLT).

Problemas de saúde	Removidos	%
1.ª abordagem	139	95,2
2.ª abordagem	6	4,1
Demais abordagens	1	0,7

A análise do quadro V mostra que 139 (95,2%) dos problemas foram removidos na 1.ª abordagem, 6 (4,1%) na 2.ª abordagem e 1 (0,7%) nas demais abordagens.

Estas cifras indicam que somente a 1.^a abordagem foi suficiente para remoção da quase totalidade dos problemas, sendo de pouca significação as demais abordagens.

Com o intuito de comparar a eficiência da VOLT e da Visita Domiciliária, vamos estudar os resultados obtidos nestes dois tipos de entrevista.

QUADRO VI

Problemas de saúde removidos nas diversas abordagens da Visita Domiciliária e da "VOLT".

Problemas de saúde	Visitação domiciliar	%	VOLT	%
1. ^a abordagem	180	40,0	139	95,2
2. ^a abordagem	90	20,0	6	4,1
Demais abordagens	180	40,0	1	0,7
Total	450	—	146	—

Enquanto na VOLT foram removidos 95% dos problemas na primeira abordagem, na Visita Domiciliária apenas 40% tiveram solução.

Na Visita Domiciliária, tanto a 1.^a como a 3.^a e demais abordagens (40%) têm a mesma eficiência, sendo a 2.^a abordagem a de menor valia.

Na VOLT, a 1.^a abordagem removeu praticamente todos os problemas.

Deve-se levar em consideração que os problemas selecionados para serem removidos pela VOLT eram mais difíceis e portanto de maior valor, sob o ponto de vista da saúde, e envolviam tanto o operário como a saúde de toda a família.

O espaço de tempo utilizado para a avaliação foi de dezoito meses, para as Visitas Domiciliárias e doze meses para a Visita ao Operário no Local de Trabalho.

Em ambas as técnicas, a população observada foi a de 4 minerações, cujas comunidades residem em acampamentos da Com-

panhia. Sente-se que outro resultado importante é que o operário, distingüido com a atenção que o pessoal de enfermagem dá aos seus problemas e de sua família, passa a colaborar e a conhecer melhor o serviço de saúde e por intermédio dêste, o interêsse que a Empresa tem de dar assistência à seus empregados.

CONCLUSÕES

- 1 — Que nas Visitas Domiciliárias, os problemas removidos, em geral, são os que não dependem de autorização do espôso.
- 2 — Que para o operário colaborar com o serviço de saúde torna-se necessário entrevistá-lo nas frentes de trabalho, onde êle permanece durante 8 horas por dia.
- 3 — Que nas Visitas Domiciliárias foram resolvidos cêrca de 1/3 dos problemas existentes, enquanto que nas Visitas ao Operário no Local de Trabalho, foram removidos praticamente todos os problemas apresentados.
- 4 — A VOLT é uma técnica de eficiência comprovada, quando pela Visita Domiciliária torna-se difícil atingir o chefe da família.
- 5 — A VOLT complementa satisfatoriamente a Visita Domiciliária.

RECOMENDAÇÕES

Que os Serviços de Saúde, com atuação na área rural, adotem a "VOLT", como complementação à Visitação Domiciliária de Enfermagem, a fim de obter participação e simpatia ao programa, melhor rendimento nas atividades de educação sanitária, de fomento e melhoria da saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. CORDEIRO, Delzuite de Souza, CASTRO, Wilma Pinto e DIAS, Lenira Cabral — Manual de Enfermagem, 1964, Departamento de Saúde, Icominas, Belo Horizonte, Minas Gerais.
2. FERREIRA, Maria Luiza de Souza e VERAS, José de Freitas Cardoso e outras — Manual de Enfermagem, 1963, Divisão de Saúde, ICOMI T. F., Amapá.
3. WEST, Marion M. — A Handbook for Occupational Health Nurses. Third Edition, London, 1962.

MÉTODOS USADOS NA PROFILAXIA DAS INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NAS CIRURGIAS INTRA-OCULARES *

Clara Wolfovitch * *

INTRODUÇÃO

Neste trabalho procuraremos expor os recursos empregados na profilaxia das infecções pós operatórias das cirurgias intra-oculares, na clínica Oftalmológica do Hospital Prof. Edgar Santos, da Universidade da Bahia, Serviço do Prof. Heitor Marback, salientando aqueles em que a enfermeira tem maior responsabilidade.

IMPORTANCIA

As infecções no pós operatório das cirurgias intra-oculares podem ser raras, porém, quando existentes trazem complicações seríssimas para o paciente. No planejamento de cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório é importante considerar as conseqüências de ordem psicológica e ou social que as complicações por infecções poder vir a causar. A assistência de enfermagem depende grandemente da consideração dos fatores de ordem técnica para prevenção de infecções e o rigor nas técnicas de assepsia, como medida preventiva, é uma condição para o bem estar dos pacientes.

Razões que justificam o temor das infecções operatórias:

- 1) as afecções intra-oculares que necessitam de cirurgia, quase sempre estão presentes em pacientes idosos. De modo geral, os pacientes idosos têm diminuição de resistência, dificultando a cicatrização e, por conseguinte, são propensos às infecções;
- 2) uma infecção de parede abdominal, mesmo com conseqüências gerais, pode ser sustada ou mesmo cicatrizada por segunda intenção. Porém no ólho o problema se agrava muito mais, pois a quase toda infecção sobrevem a perda de visão;
- 3) a perda de visão devido a uma infecção pós-operatória, desencadeia no paciente um "stress" emocional muito grande. É pre-

* Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem Rio, GB.

* * Professora Enfermagem Cirúrgica da E. E. da Universidade da Bahia. — Enfermeira Chefe da Clínica Oftalmológica do Hospital Prof. Edgar Santos, Universidade da Bahia.

ciso que todos adquiram a noção de que o hospital não é uma fábrica, e que nêle não se trabalha com matéria inerte mas sim com seres humanos que sofrem;

- 4) em se tratando de pacientes com potencialidade de visão em um só olho a situação ainda é mais grave, tanto pela deficiência de vascularização dos meios transparentes, favorecendo as infecções, como pelo uso indiscriminado de antibióticos e quimioterápias.

Não obstante todos estes fatores que favorecem as infecções e as afirmativas de autores de que há realmente uma incidência muio grande de infecções pós operatórias, no nosso serviço o índice de infecções, pode se dizer, é negativo. Nos anos de 1962, 1963 e 1964, entre os 189 pacientes operados foi constatado somente um caso de infecção causada por fungos.

Tudo leva a crer que os métodos usados na clínica, os quais passaremos a mencionar adiante, têm uma grande eficácia na profilaxia das infecções.

Chamaremos particular atenção aos cuidados com os colírios, uma vez que pouca referência existe na literatura a respeito.

TIPOS DE INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS ENCONTRADAS EM OFTALMOLOGIA

Em Oftalmologia podemos considerar dois tipos de infecções pós-operatórias: Bacterianas e Micóticas.

Infecções bacterianas — instalam-se mais precocemente, logo nos primeiros dias de pós-operatórios. São agudas e começam com o edema das pálpebras, dor, queimose, invadindo a câmara anterior e vítreo. Os meios transparentes são ótimos meios de cultura e então vem a Panoftalmia e o final é a **evisceração** ou enucleação.

Infecções Micóticas — são mais tardias. O paciente volta dias ou semanas após alta com a sintomatologia de infecção, isto é, dor e congestão do globo ocular. Trata-se de uma infecção de evolução lenta e progressiva. Começando com iridociclite com hipopio. Enquanto não atinge o vítreo o paciente ainda tem visão. Mas quando o atinge há opacificação, por conseguinte, perda da visão.

Existem dois tipos de infecções por fungos:

- a) quando só atinge o segmento anterior (câmara anterior e íris); nestes casos, o tratamento pode ser feito e a visão recuperada;
- b) quando atinge o vítreo, formando micro-abscessos.

As infecções podem ser de origem **exógena** e **endógena**. Exógena — quando a contaminação se verifica durante ou após a operação. Endógma quando o paciente é portador de uma infecção intra-ocular latente e não se tinha conhecido dela.

Fatores que favorecem a proliferação microbiana:

- a) temperatura;
- b) uso do córtico esteróides que agem sobre as células gigantes e epitelióides paralisando a sua proliferação, diminuindo assim a fagocitose;
- c) uso de antibióticos — os antibióticos desfazem o antagonismo bacteria-cogumelo, tornando os cogumelos “oportunistas”, já também sob a ação dos córtico-esteróides.

PREPARO DO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

1. Observação geral e local

- a) Os pacientes cardíacos, idosos, sub-nutridos, com perturbações respiratórias agudas (gripes, etc.), infecções focais (amigdalites, focos dentários, etc) infecções da pele (furunculose, erisipela) e, sobretudo, os pacientes diabéticos, devem ser tratados e compensados para serem submetidos à cirurgia. Exigem, portanto, uma boa observação por parte da enfermagem.
- b) As pálpebras, vias lacrimais e conjuntivas devem estar íntegras. Qualquer hiperemia da conjuntiva deve ser observada. Nestes casos usamos o “penso de prova”. Pedimos ao paciente que lave o rosto e colocamos em seguida um penso oclusivo e esterilizado, durante 24 horas. Depois retiramos o penso e caso haja depósito de secreção pedimos cultura no laboratório. Tratando-se de uma conjuntivite, usa-se a medicação específica, e o paciente é isolado. Em se tratando de pacientes que só têm um olho, o uso do penso de prova torna-se rotina mesmo que nenhuma reação local tenha sido observada. O penso de prova pode ser substituído pela coleta de material no saco conjuntival.

2). Preparo do local a ser operado

- a) Tricotomia dos cílios e supercílios feita sempre na véspera da cirurgia. Usa-se sempre uma tesoura de ponta romba com o cuidado de não provocar solução de continuidade. É contra indicado o uso da gilete. Esta tricotomia é de grande importância, pois, além de favorecer a antissepsia, evita que num corte acidental dos cílios, durante a cirurgia venham eles agir como corpo estranho.
- b) Cuidados higiênicos: Na véspera da operação à noite, mandamos lavar o rosto várias vezes com água e sabão ou com um detergente à base do hexaclorofeno, pois, as lavagens repetidas diminuem a quantidade de bactérias existentes na pele.

No dia da cirurgia a limpeza do rosto poderá ser feita de duas maneiras:

- b. 1) com água e sabão comum, usando-se depois o eter para retirar a gordura depositada na pele;
- b. 2) com um sabão à base de hexaclorofeno, para retirar, além das gorduras, a camada de germes que existe no folículo piloso.
- c) Irrigação ocular: — com a finalidade de preparar o campo operatório usa-se o colírio de argirol que tem por finalidade coagular tôda a mucosidade. Esta mucosidade é removida com irrigação de água boricada a 4%. Todo o material usado é esterilizado, tendo-se o cuidado de proteger o olho do paciente com um penso.

Convém sempre fazer a irrigação ocular trinta minutos antes do paciente ir para a S. O., a fim de assegurar um campo operatório livre de mucosidades.

TRANS-OPERATÓRIO

O preparo do material esterilizado, a antisepsia do local a ser operado, a técnica do uso de luvas, o cuidado com o instrumental durante a cirurgia e as normas sobre as entradas e saídas na sala são pontos essenciais, rigorosamente observados, no centro cirúrgico do Hospital Prof. Edgard Santos, pela equipe cirúrgica da clínica oftalmológica. Os testes bacteriológicos levados a efeito, durante as cirurgias, evidenciam o baixo índice de contaminação das nossas salas. É importante frisar que o talco das luvas e as partículas que se fixam no instrumental em uso podem funcionar como corpos estranhos, e poderão vir a causar reação granulomatosa no tecido ocular. Recomendamos a lavagem das mãos enluvadas em soro fisiológico esterilizado e a limpeza constante dos instrumentos, durante a cirurgia.

PÓS-OPERATÓRIO

Se no pré-operatório os cuidados de higiene são tão importantes, no pós-operatório tornam-se muito mais, pois o paciente está com uma ferida cirúrgica que poderá servir como porta de entrada a uma infecção endocular. Obedecemos com rigor a limpeza da unidade do paciente, sala de material, e outras dependências da clínica.

1) Observação de sintomas

- a) A dor é o sintoma mais importante de uma infecção pós-operatória. Normalmente o paciente não sente dor intensa, ela é suportável no pós-operatório inicial. Porém após 24 horas, uma dor intensa que poderá vir acompanhada de estado febril, deve despertar atenção e nestes casos, retira-se o penso oclusivo para observação.

- 2) Dieta — costumamos sempre fazer uma complementação dietética para ajudar a cicatrização. Acrescentamos à dieta normal dois copos de laranjada albuminosa.
- 3) Curativos: — têm como finalidade não só observar a evolução cirúrgica, como proceder à limpeza da área operada, e dar maior conforto ao paciente. A enfermeira observa a evolução e faz o seu plano de assistência de acordo com o estado ocular.
- 4) Retirada de pontos: — na oportunidade deve-se ter o cuidado de esterilização do material. Depois da retirada dos pontos, quando se suspeita que houve desepitelização da córnea no local de sutura, costuma-se usar um penso oclusivo para proteger contra a entrada de infecções.
- 5) Alta hospitalar: os pacientes são orientados quanto aos cuidados de higiene, uso de colírios e plano para assistência médica durante 30 dias de pós-operatório, para observação da eficácia do resultado da operação como também para detectar uma infecção tardia.

USO DOS COLÍRIOS

Propositadamente deixamos para nos referir ao uso dos colírios no final de todas as considerações, para que possamos nos deter um pouco mais, pois, um dos maiores problemas nas clínicas de olhos é o uso das soluções oftálmicas. Podem ser a maior fonte de infecção, quando não usadas com os cuidados requeridos.

É importante que as soluções oftálmicas usadas em olhos inflamados, traumatizados e sobretudo pós-operados, sejam não somente esterilizadas como também preparadas em recipientes para doses únicas.

A presença de organismos potencialmente patogênicos em soluções oftálmicas constitui um grande perigo para quem as usa, sobretudo a de *Pseudomona aruvinsosa* (bacilo piocianico) que pode causar úlceras de córnea, levando à cegueira.

Em alguns países, exige-se que as soluções oftálmicas sejam preparadas no momento da compra. Porém, vários problemas podem surgir, tais como:

- a) necessidade de local apropriado no laboratório para o preparo do colírio (proteção de vidro, raios ultravioletas e menor contaminação possível do ar do ambiente);
- b) muitas substâncias não podem ser esterilizadas no momento, e várias são destruídas pelo calor. Por isto requerem um preparo mais demorado.

Dois grandes causas podem ser atribuídas à contaminação das soluções oftálmicas:

- 1) preparo no laboratório: — métodos de esterilização quando não usados devidamente;
- 2) contaminação pelo paciente, pelo médico ou pelas enfermeiras na instilação dos colírios.

Nem todos os micro-organismos que contaminam uma solução oftálmica são patogênicos. Mas, como não podemos identificar a natureza do agente infectante, devemos considerar que todos o são. Os germes que são encontrados nas inflamações oculares são: *Hemophilus conjunctivae*, *Hemophilus*, *Influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli*, etc. porém, os de especial importância, porque são encontrados nas soluções oculares, são os bacilos piocianicos, *Micrococcus pyogenes*, *aureus*, *Diplococcus pneumoniae* etc.

Embora frequentemente se encontre fungos nas soluções oftálmicas, muito poucos são patogênicos. A única espécie que se supõe ser prejudicial para o olho é o *Aspergillus fumigatus*. Outras espécies causam a rápida decomposição de substâncias, tais como a atropina. Isto facilita a observação. Daí a contra indicação do uso de colírios com depósito.

Na realidade, o problema mais sério para os oftalmologistas e para os farmacêuticos é a presença do *Pseudomonas aeruginosa* (bacilo piocianico); este é bastante resistente aos medicamentos e além do mais é difícil encontrar um preservativo apropriado.

Muitos trabalhos, na literatura farmacêutica, têm sido elaborados para demonstrar a eficácia de alguns agentes químicos como preservativos das soluções oftálmicas. É conveniente, pois, enumerar certos critérios para que um preservativo seja considerado bom:

- 1) deve ser quimicamente compatível com a droga oftálmica;
- 2) não deve produzir efeito sobre a atividade farmacológica da droga;
- 3) deve possuir uma ampla atividade bacteriostática (fungistática) e preferentemente bactericida (fungicida);
- 4) deve ser facilmente solúvel em água destilada e em certas soluções inibidoras;
- 5) não deve alterar significativamente o pH da solução oftálmica;
- 6) não deve ser tóxico nem irritante para os tecidos oculares;
- 7) deve permanecer ativo e estável.

Embora não haja nenhum agente químico que satisfaça todos os requisitos, existem algumas substâncias que são indicadas por alguns investigadores para serem usadas como preservativos: nitrato fenil mercúrio, cloreto de benzalconio, álcool fenüstílico, clorobutanol, sulfato de polimixina B, etc. O preservativo porém, que parece merecer maior confiança é o Sulfato de polimixina B associado ao Cloreto de benzalcônio.

Em vista de não poderem ser esterilizados pelo autoclave, necessitam de um cuidado especial. Não contando com um preservati-

vo de segurança para manutenção da esterilização dos colírios no nosso serviço seguimos, com rigor, a técnica de instilação ocular.

Outras precauções são tomadas, tais como:

- 1) colírios para uso exclusivo dos curativos cirúrgicos;
- 2) substituição de colírios cada 3 dias de uso(tempo mais seguro para que o preservativo conserve a sua ação);
- 3) colírios para uso exclusivo de pacientes de ambulatório;
- 4) colírios para uso exclusivo de pacientes com processos infecciosos oculares;
- 5) observação da existência de precipitados;
- 6) proteção contra luz;
- 7) conservação da limpeza do local onde são guardados os colírios;
- 8) observação para que todos, no serviço executem a técnica exigida;
- 9) criar um bom padrão moral para que todos tenham a lealdade de, no caso de contaminar o colírio, notificar ou desprezá-lo.

Para confirmação de que os cuidados tomados influem na conservação da assepsia do colírio, fizemos um teste para determinar a presença de fungos e bactérias nos colírios usados no nosso serviço e obtivemos o seguinte resultado: (Vide pág. 132).

CONCLUSÕES

Apesar do perigo mencionado na literatura a respeito das infecções pós-operatórias nas cirurgias intra-oculares, na Clínica Oftalmológica do Hospital Prof. Edgard Santos — Serviço do Prof. Heitor Marback o índice de infecção é nulo.

A profilaxia das infecções não é feita somente no ato cirúrgico nem tão pouco com o uso de antibióticos, uma vez que estes só podem exercer efeito através da iontoforese ou injeções subconjuntivais; a profilaxia depende muito da atenção que a enfermeira dá no pré-operatório, chamando-se particular atenção para o uso dos colírios.

Os testes bacteriológicos feitos nas soluções usadas na nossa clínica confirmam a eficiência da técnica seguida e os cuidados que temos com as soluções oftálmias.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, R — Prevention of infections in hospitals. *American Journal of Nursing*. 58: 344-348, mar. 58.
- ALLEN, H. F. e MANGIARACINE, A. B. — Bacterial endophtalmitis after cataract extraction. *Arch. Ophtral.* 72: 454, out. 64.
- ALMEIDA, A. — "Profilaxia e tratamento da infecção pós-operatória". In: Anais do Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Guanabara, 1964.

- BONATTI, W. D. et alii — Endogenous fungal endophthalmitis. **Arch Ophthal** 70: 772, dez. 63.
- CARVALHO, L. F. — Contrôlo de infecções no hospital. **Rev. Paul Hosp.** 11: 18-19 abr. 64.
- As infecções estafilocócicas no hospital **Revista Paulista Hospitais** 11. 23-27, dez. 64.
- CASWELL, H. T. — How to maintain an infection control program. **Modern Hospital** 97: 128-132, set. 61.
- GAULIN, R. P. — How to keep infection out the air. **Mod. Hosp.** 100: 93-98, mar. 63.
- GINSBERG, F. — These precautions will contain respiratory infections. **Modern Hospital** 100: 120.
- GONÇALVES, P. — Manual de Oftalmologia. Rio, Atheneu, 1960. 2 vols. ilus.
- HARDER, H. I. e PANUSKA M. — A Program to control staphylococcal infections. **American Journal of Nursing.** 58: 349-351, mar. 58.
- LASKOWSKI, L. F. — Hospital cross infection. **Hospital Progress,** 41: 119-124, out. 64.
- NEW YORK MANHATTAN EYE, EAR AND THROAT HOSPITAL — Nursing in diseases of the eye, ear, nose and throat. From the Manhattan Eye, Ear, Throat Hospital — 9 th. ed. Philadelphia, Saunders, 1953, 317 p.
- TICE, L. F. — Problemas de las pseudomona sen las soluciones oftálmicas. **El Farmac,** 14-15, mar. 57.
- Soluciones Oftálmicas. **El Farmac.:** 14-16, Ag. 53.
- TUPINAMBA, J. — “Antibióticos e córticoesteróides no pré e pós-operatório em cirurgia intra-ocular”. In Anais do Congresso de Oftalmologia. Guanabara, 1964. pp. 119-126.
- VESLEY, D. & BRASK, M. — Environmental implications in the control of hospital acquired infection. **Nursing Outlook** 9: 742-745, dez. 61.
- WILLIAMS, R. E. e SHOOTER, R. A. ed. — Infection in hospitals; epidemiology and control. Oxford, Blackwell, 1963, 355 p.
- YOUNG, R. M. e PORTHER, A. — Air treatment helps filter out infection. **Modern Hospital,** 95: 95-98 nov. 60.

TESTES DE ESTERILIDADE DOS COLÍRIOS EM USO *

COLÍRIOS	MEIOS DE CULTURA					OBSERVAÇÕES
	POSITIVIDADE EM DIAS					
	Meio semi-fluído Hidrossulfito de Na	Meio fluído Tioglicolato de Na	Meio sólido A. Sabouraud			
	30°	37°	30°	37°	Temp. Ambiente	
Oftafrin	-	-	-	-	-	Incubação durante 20 dias
Tetracaína 0,5%	-	-	-	-	-	Idem
Decadron	-	-	-	-	-	Idem
Ofta Cortison	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	-	Presença de turvação na superfície dos meios

Ciclomidrin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Incubação durante 20 dias	
Tetracaina 0,5%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Idem	
Miosin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Idem	
COLÍRIOS NOVOS											
Oftafrin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Incubação durante 20 dias
Tetracaina 0,5%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Idem
Ofta Cortison	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	—	Presença de turvação na superfície dos meios

* Trabalho realizado por solicitação da autora à Professora Dirce Araújo e colaboradores. — Cátedra de Microbiologia — Faculdade da Universidade da Bahia, Junho de 1965.

LEGISLAÇÃO

LEI N.º 4881-A — de 6-12-1965

DISPÕE SÔBRE O ESTATUTO DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DO ESTATUTO E SEUS OBJETIVOS

Capítulo único

Art. 1.º — Esta Lei institui o regime jurídico do pessoal docente de nível superior, vinculado à administração federal.

Art. 2.º — Para os efeitos dêste Estatuto, entendem-se como atividades de magistério superior, aquelas que, pertinentes ao sistema indissociável do ensino e pesquisa, se exerçam nas universidades e estabelecimentos isolados em nível superior, para fins de transmissão e ampliação do saber.

Parágrafo único — Constituem, igualmente, atividades de magistério aquelas inerentes à administração escolar e universitária privativas de docentes de nível superior.

TÍTULO II

DO PESSOAL DOCENTE

Capítulo I

Do corpo docente

Art. 3.º — O corpo docente de cada unidade de ensino superior será constituído pelo pessoal que nela exerça atividades de magistério daquele grau.

Parágrafo único — Nas unidades, o pessoal docente será distribuído em sub-unidades didáticas ou de pesquisa, constituídas de cadeiras ou laboratórios de atividades afins, os quais passarão a caracterizar os respectivos cargos.

Art. 4.º — São atribuições dos membros do corpo docente as atividades de ensino superior, constantes dos planos de trabalho e programas da unidade em que estejam lotados.

§ 1.º — Atendendo às respectivas peculiaridades, os regimentos especificarão as atribuições do corpo docente, de acôrdo com a hierarquia dos cargos e funções.

§ 2.º — As universidades e estabelecimentos isolados de ensino superior organizarão seu funcionamento didático pelo princípio da coordenação das atividades docentes e da colaboração dos titulares de disciplinas afins.

Art. 5.º — O pessoal docente de nível superior se classifica pelas seguintes categorias:

- I — ocupante dos cargos das classes do magistério superior;
- II — professores contratados ;e
- III — auxiliares de ensino

Capítulo II

Da classificação dos cargos

Art. 6.º — Os cargos do magistério superior, compreendem-se nas seguintes classes:

- I — Professor Catedrático;
- II — Professor Adjunto; e
- III — Professor Assistente

Parágrafo único — VETADO

Art. 7.º — Constituem, igualmente, classes de magistério superior as seguintes:

- I — Pesquisador — Chefe;
- II — Pesquisador — Associado; e
- III — Pesquisador — Auxillar.

§ 1.º — Aplica-se às classes instituídas neste artigo a seguinte linha de acesso: Pesquisador-Auxillar, Pesquisador-Associado e Pesquisador-Chefe.

§ 2.º — As classes mencionadas neste artigo situam-se na mesma hierarquia em que se encontram os Professores Catedráticos, Adjunto e Assistente, respectivamente, e gozam as idênticas vantagens pecuniárias.

Art. 8.º — Os cargos das classes do magistério superior integrarão, em cada universidade ou estabelecimento isolado, o Quadro Único do Pessoal, a ser aprovado mediante decreto executivo.

§ 1.º — VETADO

§ 2.º — Dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação desta Lei, as universidades e estabelecimentos isolados de ensino superior, já constituídos em autarquia ou fundação, submeterão o seu Quadro Único de Pessoal, por intermédio do Ministério da Educação e Cultura, à aprovação, mediante decreto, do Presidente da República.

Art. 9.º — Nas universidades, o Conselho Universitário fixará a distribuição dos cargos de classes do magistério superior, integrantes do respectivo Quadro Único do Pessoal pelas unidades que as comportam.

Capítulo III**Do Provimto**

Art. 10. — O pessoal docente de nível superior será nomeado ou admitido, segundo as respectivas categorias e de acôrdo com as normas constantes dêste capítulo.

Art. 11 — Para a indicação nas atividades de ensino superior, serão admitidos auxiliares de ensino, em carater probatório, sujeitos à legislação trabalhista, atendidas as condições prescritas no regimento.

§ 1.º — A admissão de auxiliar de ensino sòmente poderá recair em graduado de curso de nível superior.

§ 2.º — A admissão dependerá da existência de recursos orçamentários próprios e se fará de acôrdo com o plano de trabalho aprovado pela congregação ou colegiado equivalente.

§ 3.º — A admissão será efetuada pelo prazo de 2 (dois) anos, que poderá ser renovado.

§ 4.º — A renovação da admissão de auxiliar de ensino, atendidos os requisitos de aproveitamento e adaptação às atividades do magistério superior, será feita mediante proposta dirigida à congregação ou colegiado equivalente.

Art. 12 — A admissão de Professor Contratado poderá recair em especialista brasileiro ou estrangeiro, regendo-se as respectivas relações de emprêgo pela legislação trabalhista.

Parágrafo único — O contrato, que não deverá exceder de 3 três) anos, poderá destinar-se ao desempenho das atribuições inerentes a cargo vago de Professor Catedrático ou Titular à cooperação com o ensino e a pesquisa, ou à realização de cursos especializados.

Art. 13 — O cago de Professor Assistente será promovido mediante concurso público de provas e títulos, realizado nos têrmos da presente Lei.

§ 1.º — Ocorrida a vaga de Professor Assistente, abrir-se-á no prazo de 30 (trinta) dias da sua ocorrência, inscrição ao concurso destinado ao seu provimento. O prazo de inscrição será de 3 (três) meses, devendo o concurso realizar-se dentro, no máximo, de um ano, contado do seu encerramento.

§ 2.º — As instruções fixarão os requisitos para a inscrição no concurso, atribuindo-se sempre, em igualdade de condições, ao auxiliar de ensino ou ao mais antigo dentre estes, a preferência para nomeação.

§ 3.º — O concurso será julgado por uma comissão constituída por 3 (três) professores catedráticos, titulares ou adjuntos, escolhidos pela congregação ou colegiado equivalente.

§ 4.º — O parecer da comissão, indicando o candidato a ser provido na vaga, será submetido à aprovação da congregação ou colegiado equivalente.

Art. 14 — Os cargos de Professor Adjunto serão promovidos, alternadamente, mediante concurso de títulos, dentre os ocupantes do cargo de Professor Assistente que sejam docentes-livres ou doutores em disciplina compreendida nas atividades da sub-unidade e mediante concurso público de títulos e provas, atendidas as condições prescritas nos respectivos regimentos.

Art. 15 — Ocorrida a vaga de Professor Adjunto, cujo provimento corresponder ao primeiro dos critérios enunciados no artigo anterior, será aberta inscrição no prazo de 30 (trinta) dias, procedendo-se ao julgamento do concurso, dentro dos 3 (três) meses seguintes, por uma comissão composta de 5 (cinco) professores catedráticos ou titulares, eleitos pela congregação ou órgão equivalente.

Art. 16 — Ao concurso público de títulos e provas para o provimento do cargo de Professor Adjunto, somente poderão concorrer os professores assistentes, os portadores de títulos de docente-livre ou de doutor em disciplina concorrida nas atividades da sub-unidade em que se integrar o cargo, ou graduados de nível superior, de notório saber, a critério da congregação ou colegiado equivalente.

§ 1.º — A inscrição para o concurso, previsto neste artigo será aberta dentro de 30 (trinta) dias, a contar da data da vacância do cargo.

§ 2.º — Será de um ano e meio o prazo de inscrição no concurso, o qual deverá ser realizado no decurso de um ano a contar do encerramento das inscrições.

§ 3.º — O julgamento do concurso caberá a uma comissão instituída pela congregação ou colegiado equivalente e composta de 5 (cinco) professores catedráticos ou titulares da mesma ou de disciplina afim, sendo 2 (dois) do corpo docente da unidade e os demais estranhos a ela, indicados pela sub-unidade interessada.

§ 4.º — No julgamento dos títulos e trabalhos, dar-se-á proeminência à qualidade dos trabalhos e sua correlação com a disciplina em concurso, aos elementos comprobatórios da capacidade didática do candidato, às fases construtivas de sua formação e às suas realizações de caráter profissional e educacional.

Art. 17 — O parecer final da comissão julgadora do concurso, indicando o candidato a ser nomeado, será submetido à congregação ou colegiado equivalente, e só poderá ser rejeitado pela maioria absoluta de seus membros.

Parágrafo único — Em caso de empate, será dada a preferência ao candidato mais antigo no cargo de Professor Assistente.

Art. 18 — VETADO

Parágrafo único — VETADO

Art. 19 — O provimento de cargo de Professor Catedrático será feito mediante concurso público de títulos e provas, em que somente poderão inscrever-se os professores adjuntos, os docentes-livres, os professores titulares e os catedráticos da mesma ou de disciplina afim, pertencentes aos quadros de universidades ou estabelecimentos isolados, oficiais ou reconhecidos, e, bem assim, os graduados de nível superior, de notório saber, a critério da congregação ou colegiado equivalente.

Parágrafo único — Aplicam-se ao provimento de Professor Catedrático as disposições constantes dos parágrafos do art. 16, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 12.

Art. 20 — Ultimando o concurso de que trata o artigo anterior, a comissão julgadora elaborará parecer conclusivo, que será submetido à congregação ou colegiado equivalente, indicando os candidatos habilitados e relacionando-os por ordem de classificação.

§ 1.º — Na hipótese de empate, a congregação ou colegiado equivalente desempatará a favor de um dos candidatos.

§ 2.º — A congregação ou colegiado equivalente só poderá rejeitar o parecer da comissão julgadora pelo voto de 2/3 (dois terços) da totalidade de seus membros.

§ 3.º — Da decisão da congregação ou colegiado equivalente caberá recurso de nulidade unicamente para o Conselho Federal de Educação, nos termos do art. 9.º, letra i, da Lei n.º 4024, de 20 de dezembro de 1961.

Art. 21 — Os concursos para provimento dos cargos do magistério superior federal se regerão pelas normas constantes desta Lei, do estatuto da universidade e do regimento da unidade ou estabelecimento respectivo.

Parágrafo único — VETADO

Art. 22 — Caberá, preferentemente, aos docentes-livres investidos nos cargos de professor-adjunto, a regência das disciplinas

em que poderão ser divididas as cadeiras, de acôrdo com os regimentos das respectivas unidades.

§ 1.º — A decisão sôbre a subdivisão de cadeiras, bem como a escolha dos respectivos regentes, ficarão a cargo das Congregações ou colegiados equivalentes.

§ 2.º — A homologação das decisões constantes do parágrafo anterior será feita pelo Conselho Universitário ou pelo Diretor do Ensino Superior, no caso de estabelecimento isolado.

Art. 23 — O ingresso no cargo de Pesquisador-Auxiliar far-se-á por concurso público de títulos e provas e nos de Pesquisador-Associado e Pesquisador-Chefe, mediante acesso, através de concurso de títulos.

Art. 24 — As nomeações relativas ao pessoal do Quadro referido no art 8.º e as admissões de contratados pela legislação trabalhista serão feitas por ato do Reitor, nas universidades, e dos Diretores, nos estabelecimentos isolados.

Art. 25 — O Conselho Federal de Educação, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação da presente Lei, conceituará os cursos de pós-graduação e fixará as respectivas características.

Parágrafo único — Os cursos a que se refere o presente artigo poderão ser suprimidos, para efeito do disposto nesta Lei, por cursos de características equivalentes realizados, no exterior, em instituições de reconhecida idoneidade.

Capítulo IV

Da Acumulação

Art. 26 — É permitida a acumulação de 2 (dois) cargos de magistério superior ou a um destes com um cargo técnico ou científico, desde que haja correlação das matérias e compatibilidade de horários, ou com um cargo de juiz, nos termos, respectivamente dos arts. 185 e 96, n.º1, da Constituição Federal.

§ 1.º — A correlação de matérias, para efeito deste artigo, será julgada por comissões de professores de disciplinas afins, instituídas pelo Reitor da universidade ou Diretor de estabelecimento isolado.

§ 2.º — Os professores em regime de tempo integral não poderão acumular.

§ 3.º — Não será permitida a acumulação de dois cargos de magistério, ou de um de magistério com outro técnico ou científico, na mesma unidade universitária ou estabelecimento isolado.

Capítulo V**Da Transferência e Remoção**

Art. 27 — A transferência de ocupante de cargo de magistério superior, poderá ser feita, entre unidades universitárias ou estabelecimentos isolados federais, para outro cargo da mesma classe.

Art. 28 — A transferência dependerá da iniciativa ou aquiescência do interessado, da existência de vaga no quadro da instituição de destino, e, nesta, de parecer favorável, aprovado por maioria absoluta, da respectiva congregação ou colegiado equivalente.

Parágrafo único — Tratando-se de transferência de professor catedrático, exigir-se-á o quorum de 2/3 (dois terços) para a aprovação do parecer e a homologação dêste pelo Conselho Universitário da universidade de destino, ou pelo Diretor do Ensino Superior, no caso de estabelecimento isolado.

Art. 29 — O ato da transferência de ocupante de cargo de magistério superior, caberá, conjuntamente às autoridades competentes, no caso, para nomear e admitir.

Art. 30 — A transferência poderá, também, ser processada por permuta, mediante requerimento de ambos os interessados, observadas as disposições dêste capítulo.

Art. 31 — A remoção de ocupante de cargo de magistério superior, se efetuará de uma para outra sub-unidade da mesma universidade ou do mesmo estabelecimento de ensino, de acôrdo com aquilo que, a respeito, dispuzer o respectivo estatuto ou regimento.

§ 1.º — Em qualquer dos casos a remoção ficará condicionada a pronunciamento favorável da congregação ou colegiado equivalente, do respectivo estabelecimento de ensino.

§ 2.º — O ato da remoção é da competência do Reitor nas universidades e do Diretor nos estabelecimentos isolados.

Art. 32 — Será de um (1) ano de efetivo exercício no cargo de Professor Assistente ou de Professor Adjunto o interstício para a transferência ou remoção.

Art. 33 — O ocupante de cargo de magistério superior, integrante do quadro de universidade ou estabelecimento isolado, poderá prestar colaboração temporária a outra universidade ou estabelecimento isolado de ensino superior federal.

§ 1.º — O afastamento previsto neste artigo será autorizado por prazo certo, só excepcionalmente superior a 2 (dois) anos, passando o professor a desempenhar as atividades de seu cargo na universidade ou no estabelecimento isolado requisitante.

§ 2.º — A requisição será proposta pelo Reitor da Universidade ou pelo Diretor do Estabelecimento isolado interessado e sua efe-

tivação dependerá da aquiescência do professor e da universidade ou do estabelecimento a cujo quadro o mesmo pertencer.

Art. 34 — As disposições dêste capítulo serão aplicáveis aos ocupantes do cargo de Pesquisador, observadas a classificação e a correspondência hierárquica estabelecidas no art. 7.º desta Lei.

Capítulo VI

Do Afastamento e da Substituição

Art. 35 — Além dos casos previstos em Lei, poderá ocorrer o afastamento dos ocupantes de cargo do magistério superior:

I — para aperfeiçoar-se em instituições nacionais ou estrangeiras ou para comparecer a congressos e reuniões relacionados à sua atividade docente;

II — para prestação de assistência técnica.

§ 1.º — VETADO

§ 2.º — VETADO

Art. 36 — Haverá substituição quando o ocupante de cargo do magistério superior estiver afastado legalmente do respectivo exercício.

§ 1.º — As substituições se farão de acôrdo com o disposto no estatuto das universidades e regimentos dos estabelecimentos de ensino, obedecida a hierarquia dos cargos.

§ 2.º — Quando a substituição perdurar por período superior a 30 (trinta) dias, o substituto perceberá a diferença existente entre o vencimento do seu cargo e o cargo do substituído.

Capítulo VII

Do Regime de Trabalho

Art. 37 — O pessoal docente de ensino superior, em regime normal, estará sujeito à prestação de 18 (dezoito) horas semanais de trabalho nelas compreendido o desempenho de tôdas as atividades ligadas ao ensino.

Art. 38 — A natureza da atividade e o período de trabalho do pessoal docente do ensino superior, serão fixados, no início de cada exercício letivo, pelas respectivas sub-unidades de lotação.

Parágrafo único — As universidades e os estabelecimentos isolados farão a publicação oficial dos horários semanais de trabalho elaborados pelas sub-unidades, bem como das modificações que ocorrerem durante o exercício.

Art. 39 — Considera-se regime de tempo integral o exercício da atividade funcional com dedicação exclusiva, em que o ocupante de cargo de magistério superior fica proibido de exercer, cumula-

tivamente, qualquer cargo, embora de magistério ou qualquer função ou atividade que tenha caráter de emprêgo.

§ 1.º — Não se compreendem na proibição dêste artigo:

I — o exercício em órgãos de deliberação coletiva, desde que relacionado com cargo;

II — as atividades culturais que, não tendo caráter de emprêgo, se destinem à difusão e aplicação de idéias e conhecimentos, ou visem a prestação de assistência a órgãos ou serviços técnicos ou científicos;

III — o exercício na sede da instituição, de atividades profissionais relacionadas com o cargo de magistério, desde que se limitem aos casos e condições previstos nos estatutos e regimentos.

§ 2.º — A prestação dos serviços indicados no parágrafo anterior poderá ser enumerada.

Art. 40 — Os estatutos e regimentos determinarão em que áreas será obrigatória a adoção de regime do tempo integral.

Parágrafo único — Os ocupantes dos cargos das classes de Pesquisador, exercerão a sua atividade em regime de tempo integral.

Art. 41 — A adoção do regime de tempo integral, para um ou mais professores,, em áreas nas quais não seja êste obrigatório, dependerá de proposta da sub-unidade interessada, na qual se demonstre a existência de instalações,, equipamentos e recursos para o aproveitamento intensivo das oportunidades de trabalho.

§ 1.º — Aprovada pela congregação ou colegiado equivalente, em votação secreta, a proposta será submetida ao Conselho Universitário da universidade ou à Diretoria do Ensino Superior, quando se tratar de estabelecimento isolado, sendo o ato baixado, respectivamente, pelo Reitor ou pelo Diretor.

§ 2.º — A concessão do regime de tempo integral dependerá da existência de recursos próprios da instituição, não podendo ultrapassar de 100% (cem por cento) sôbre o vencimento básico .

§ 3.º — O professor que, optando pelo regime de tempo integral, fôr obrigado a desacomular, terá como gratificação importância não inferior à do vencimento do cargo desacomulado.

§ 4.º — Se estável no cargo que se afastou, ser-lhe-á assegurado o direito à permanência no regime de tempo integral enquanto cumprir as disposições legais, estatutárias e regimentais que disciplinam o seu exercício.

Capítulo VIII

Das Atividades de Direção

Art. 42 — Os Reitores serão nomeados pelo Presidente da República, escolhidos dentre os Professores Catedráticos cujos nomes

figurem na lista triplíce organizada pelo respectivo Conselho Universitário, podendo ser reconduzidos até duas vezes.

Art. 44 — VETADO

Art. 45 — Os cargos de Reitor e Diretor são compatíveis com o exercício do cargo de magistério.

Capítulo IX

Da Participação em Órgãos Colegiados

Art. 46 — Todas as categorias de pessoal docente de nível superior da unidade terão representação, com direito a voto, na congregação ou colegiado equivalente.

§ 1.º — Os professores catedráticos e titulares são membros natos da congregação ou colegiado equivalente, com voto individual.

§ 2.º — Os estatutos das universidades e os regimentos das unidades disporão sobre a composição e o funcionamento da congregação ou colegiado equivalente, que poderá dividir-se em câmaras, em função de objetivos especiais de deliberação.

Art. 47 — Todo o pessoal docente, lotado em uma sub-unidade, participará de suas reuniões, na forma que fôr estabelecida no regimento da unidade respectiva.

Art. 48 — Os estabelecimentos ou unidades de ensino deverão assegurar, em seus regimentos, a chefia de órgãos colegiados e a maioria de votos a professores catedráticos ou titulares.

Capítulo X

Das Férias

Art. 49 — As férias do pessoal docente de ensino superior, terão a duração mínima de 30 (trinta) dias, devendo ter lugar no período de férias escolares, fixado no calendário de forma a atender às necessidades didáticas e administrativas do estabelecimento.

Capítulo XI

Da Vitaliciedade e da Estabilidade

Art. 50 — O Professor Catedrático tem direito à vitaliciedade nos termos da Constituição Federal.

Art. 51 — Será adquirida estabilidade após dois anos de exercício no cargo, consecutivos à nomeação em virtude de concurso.

Art. 52 — O professor perderá o cargo:

I — quando vitalício, somente em virtude de sentença judiciária transitada em julgado.

II — quando estável, no caso do inciso anterior, no de se extinguir o cargo ou no de ser demitido mediante processo administrativo, em que se lhe tenha assegurado ampla defesa.

Parágrafo único — Extinguindo-se o cargo, o professor estável ficará em disponibilidade remunerada até o seu obrigatório aproveitamento em outro cargo de vencimentos compatíveis com o que ocupava.

Capítulo XII

Da Aposentadoria

Art. 53 — O ocupante de cargo de magistério superior será aposentado:

I — Compulsoriamente ao completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade;

II — a pedido, quando contar 35 (trinta e cinco) anos de serviço público;

III — por invalidez.

§ 1.º — No caso de aposentadoria compulsória, a congregação ou colegiado equivalente, atendendo ao mérito do professor, por 2/3 (dois terços) de seus membros, em votação secreta, poderá mantê-lo no exercício do cargo até os 70 (setenta) anos de idade, ficando livre ao interessado aceitar ou não a prorrogação do exercício.

§ 2.º — O ocupante de cargo de magistério superior, quando invalidado em consequência de acidente no exercício de suas atribuições ou em virtude de doença profissional, bem como acometido de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia ou cardiopatia grave, será aposentado com proventos integrais.

§ 3.º — O provento de aposentadoria em cargo de magistério superior, será, também, integral, quando o funcionário contar 25 (vinte e cinco) anos de serviço público, dos quais, no mínimo 15 (quinze) no exercício de magistério, e proporcional, se não possuir aqueles limites de tempo, a razão de 1/25 (um vinte e cinco avos) por ano de serviço.

§ 4.º — VETADO

§ 5.º — O provento da inatividade será automaticamente reajustado, sempre que houver modificação, no valor do vencimento do cargo efetivo correspondente.

Capítulo XIII

Dos Deveres

Art. 55 — É dever primordial do ocupante de cargo de magistério superior, contribuir no limite de suas possibilidades para a ampliação e transmissão do saber, a formação integral da per-

sonalidade de seus alunos e para a autenticidade democrática da vida universitária.

§ 1.º — O professor que, sem motivo justificado, não cumprir 3/4 (três quartos) do programa ou plano a ser executado, ou deixar de comparecer a 25% (vinte e cinco por cento) das aulas, responderá a inquérito administrativo, para aplicação das penalidades previstas no estatuto ou regimento, assegurada ampla defesa.

§ 2.º — A reincidência na falta poderá importar na perda do cargo, sempre mediante inquérito ou ação judicial cabíveis.

§ 3.º — Responderá pelo crime previsto no art. 320 do Código Penal, a autoridade superior que, por ação ou omissão, deixar de levar ao conhecimento da congregação ou colegiado equivalente, a infração prevista no § 1.º d'êste artigo.

TÍTULO III

Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 56 — Os cargos de magistério superior e de pesquisa, bem como os de natureza técnica e administrativa, integrantes de quadro de pessoal da administração federal centralizada, lotados nas universidades ou nos estabelecimentos isolados de ensino superior, ficam automaticamente transferidos para o Quadro Único de Pessoal das respectivas instituições, previsto no art. 8.º desta Lei.

Art. 57 — No enquadramento dos atuais cargos de magistério superior, inclusive dos mencionados no artigo anterior, serão observadas as seguintes normas:

I — os de Professor Catedrático em outros de idêntica denominação;

II — os de Professor de Ensino Superior ou de Professor Adjunto, nos de Professor Adjunto;

III — os de Assistente de Ensino Superior, nos de Professor Assistente, ressalvado o disposto no § 1.º d'êste artigo, e

IV — os de Instrutor de Ensino Superior nos de Professor Assistente, ressalvado o disposto no § 4.º d'êste artigo.

§ 1.º — Os ocupantes, na data desta Lei, de cargo de Assistente de Ensino Superior, que possuam título de docente-livre ou que tenham mais de 10 (dez) anos de exercício de magistério, pesquisa ou técnica, serão enquadrados no cargo de Professor Adjunto.

§ 2.º — Os atuais professores, na regência, a qualquer título, de cadeira vaga, serão enquadrados no cargo de Professor Adjunto, se possuírem o título de docente-livre da disciplina em cujo exercício se encontram ou se contarem mais de 5 (cinco) anos nesse exercício, na data desta Lei.

§ 3.º — A proibição constante no § 3.º do art. 25, não se aplica às situações existentes na data da publicação desta Lei.

§ 4.º — Será enquadrado no cargo de Professor Adjunto o ocupante de cargo de Instrutor de Ensino Superior, que na data desta Lei possua título de docente-livre e tenha mais de 5 (cinco) anos de exercício de magistério.

§ 5.º — VETADO

§ 6.º — Será enquadrado no cargo de Professor Assistente o professor que, na data desta Lei, estiver substituindo, regularmente, por mais de 10 (dez) anos o respectivo catedrático ,afastado por qualquer motivo.

Art. 58 — Até que os estabelecimentos isolados de ensino superior, vinculados à administração federal se constituam em autarquia ou fundações ou se incorporem a universidades, os atos de provimento e vacância de cargos continuarão a ser da competência do Presidente da República.

Art. 59 — VETADO

Art. 60 — Os concursos de títulos e provas para os quais já existem candidatos inscritos na data da publicação desta Lei, continuarão a reger-se pela legislação anterior.

Parágrafo único — Os concursos a que se refere este artigo serão realizados de acôrdo com as instruções baixadas anteriormente à vigência desta Lei.

Art. 61 — Os estatutos das universidades e os regimentos de suas unidades e dos estabelecimentos isolados de ensino superior deverão adaptar-se dentro de 120 (cento e vinte) dias, contados da publicação desta Lei, aos preceitos nela estabelecidos.

Parágrafo único — Os estatutos e regimentos, cumprido o disposto neste artigo, serão submetidos à aprovação do Conselho Federal de Educação, que adotará medidas destinadas a assegurar a conformidade com a lei.

Art. 62 — Aos ocupantes de cargo de magistério superior e aos pesquisadores a eles assemelhados aplicam-se as disposições relativas ao funcionalismo federal, no que não colidirem com as da presente Lei.

Parágrafo único — O regime disciplinar será regulado pelas normas constantes dos estatutos e regimentos, ficando assegurada às congregações ou órgãos equivalentes a competência exclusiva para aplicação de sanções a professores.

Art. 63 — A incompatibilidade para o exercício da advocacia, prevista no art. 34, inciso VI, da Lei n.º 4 215, de 27 de abril de 1963, não se aplica aos ocupantes de cargos do magistério superior, cargos em comissão ou funções gratificadas, desde que ligados ao magistério.

Art. 64 — O mandato eletivo de natureza legislativa não impede, salvo quando houver incompatibilidade de horário, o exer-

cício do cargo de professor catedrático, cabendo à Casa a que pertencer o representante formalizar a medida autorizativa do exercício concomitante do mandato e do cargo do magistério.

Art. 65 Os preceitos desta Lei se aplicarão, exclusivamente às universidades e aos estabelecimentos isolados de ensino superior vinculados ao Ministério da Educação e Cultura e ao Ministério da Agricultura.

Art. 66 — As congregações que não dispuserem de quorum necessário para a realização de concurso poderão completá-lo com professores estranhos nos termos de que, a respeito, estabelecerem os estatutos ou regimentos.

Art. 67 — Ficam assegurados ao pessoal das universidades autárquicas ou estabelecimentos isolados transformados em fundação, enquanto não se vagarem os respectivos cargos, os mesmos direitos e vantagens que a lei federal conceder ao pessoal das demais universidades, integrantes do sistema federal de ensino.

Art. 68 — VETADO

Art. 69 — Nos estabelecimentos de ensino superior, que venham a ser criados, ou nos já existentes, a juízo, nestes, das respectivas congregações ou colegiados equivalentes, o concurso para o provimento de cargo de Professor Catedrático será realizado 5 (cinco anos) após a criação da cadeira respectiva.

Parágrafo único — O disposto neste artigo não impede o provimento da nova cadeira, mediante transferência, nos termos do disposto no capítulo V desta Lei.

Art. 70 — Os atuais “Professores de Ensino Superior”, referidos na Lei n.º 4495, de 25 de novembro de 1964, terão assegurados os direitos e vantagens que lhes foram conferidos, podendo exercer funções de Reitor e Diretor dos estabelecimentos a que pertencerem, segundo a forma dos respectivos estatutos e regimentos.

Art. 71 — Para o provimento dos cargos das classes de magistério de ensino superior, respeitado o disposto nesta Lei, dar-se-á preferência nos casos de concorrentes em absoluta igualdade de condições e empate nas decisões dos órgãos colegiados, aos ex-combatentes que estejam amparados por disposições da lei federal.

Art. 72 — Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação, mas as respectivas inovações, inclusive a nova classificação dos cargos de magistério, vigorarão a partir de 1.º de janeiro de 1966.

Art. 73 — Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 6 de dezembro de 1965; 144.º
da Independência, e 77.º da República

H. CASTELLO BRANCO

Ney Braga

Flávio Lacerda

INTERESSE GERAL

PROFISSÃO LIBERAL E ENFERMAGEM *

Haydée Guanais Dourado * *

1 — PROFISSÕES LIBERAIS

Denominam-se profissões liberais as ocupações cuja habilitação se faz mediante formação científica de nível universitário e cujo serviço pode ser prestado a uma livre clientela.

A Constituição da República menciona “profissões”, também “profissões técnico-científicas e liberais” e ainda “profissões liberais”, assim:

Art. 5.º — Compete à União :Item XV, legislar sôbre: letra n) condições de capacidade para o exercicio das profissões técnico-científicas e liberais;

Art. 161 — A lei regulará o exercicio das profissões liberais e a revalidação de diploma expedido por estabelecimento estrangeiro de ensino.

Art. 314 — É livre o exercicio de qualquer profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelece.

Pelo citado, confrontando-se os arts. 5.º e 161, as expressões “profissões liberais” e “técnico-científicas” equivalem-se.

Nos arts. 9.º e 70 da Lei n.º 4 024, de 20/12/61, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, encontram-se as seguintes disposições:

“Art. 9.º — Ao Conselho Federal de Educação, além de outras atribuições conferidas por lei, compete: e) estabelecer a duração e o currículo mínimo dos cursos de ensino superior”.

“Art. 70 — O currículo mínimo e a duração dos cursos que habilitem à obtenção de diploma capaz de assegurar privilégios para o

* Trabalho apresentado em simpósio no XVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, sob a coordenação do Prof. Thales de Azevedo, da Universidade da Bahia.

* * Enfermeira. Perito em Enfermagem da Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura.

exercício da profissão liberal... (vetado) serão fixados pelo Conselho Federal de Educação”.

Utilizou primeiramente o legislador a expressão “profissão liberal”, tendo acrescentado depois dela a que foi vetada: “ou admissão a cargos públicos”, com sentido de abranger tôdas as profissões técnico-científicas. Mostrou-se, assim, atento ao fato presente da desliberação das profissões, isto é, à crescente prática de os profissionais liberais trabalharem empregados em cargos públicos. O veto foi apostado e mantido. Foi oportuno o veto, para evitar o efeito, parecidos que não previsto pelo legislador, que seria o seguinte: “O serviço público exige uma gama tão ampla de modalidade de qualificação profissional que seria impossível ao Conselho Federal de Educação fixar currículos mínimos e períodos pré-determinados de duração de cursos para tôdas elas” (o trecho entre aspas constou como Razão do Veto do Presidente da República).

Resumindo: as três expressões citadas, profissão, profissão técnico científica e profissão liberal, principalmente as duas últimas, utilizam-se no sentido da caracterização de formação universitária e de seu exercício, que pode ser a uma livre clientela.

2 — O ENFERMEIRO DEFINIDO COMO PROFISSIONAL LIBERAL

Os enfermeiros são profissionais liberais. Isto resultou de processos sociais no decurso de muitos anos. Desde quando é profissão liberal de fato e de direito? A seguir daremos datas que são de interesse para conhecer-se a história do progresso da profissão nesse aspecto.

Houve na década de 1940, dois pareceres, ambos afirmativos, de que o enfermeiro exercia profissão liberal. São eles:

a) Parecer de 29/7/1943 do Consultor Geral da República, Dr. Hahnemann Guimarães, de n.º 255 N (Processo 33 807-43) exarado em consulta ao Ministro da Educação e Saúde, Dr. Gustavo Capanema; foi por êste posteriormente aprovado e saiu publicado no D. O. de 12-11-1945;

b) Parecer de 5/8/1946 do Consultor Geral da República, Dr. Seabra Fagundes, de n.º 11 P, exarado em consulta do Ministro da Educação e Saúde, Dr. Ernesto de Souza Campos; foi também por êste a seguir aprovado e saiu publicado no D. O. de 16-9-1946. O Parecer fôra dado antes da vigência da atual Constituição da República, que é de 18 de setembro de 1946.

Segundo a legislação em vigor, o Conselho Federal de Educação, em duas Resoluções, estabeleceu, de acôrdo com o artigo 70 da Lei n.º 4 024, de 1961, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o currículo mínimo e a duração de três modalidades de cursos que hoje habilitem à obtenção de diplomas que assegurem ao

enfermeiro privilégios para o exercício da profissão liberal de enfermagem. As duas Resoluções são decorrentes dos seus Pareceres n.º 271, de 1962, e 303, de 1963, ambos homologados pelo Ministro da Educação e Cultura. Baseou-se o C. F. E. em leis que dão tais privilégios aos enfermeiros, principalmente as Leis n.º 775, de 1949, e n.º 2 604, de 1955.

3 — O ENFERMEIRO NAS RELAÇÕES CONTRATUAIS DE TRABALHO E NA VIDA SINDICAL

Nos contratos de trabalho, dentro da relação de emprêgo, há a considerar as partes contratantes, que são de duas naturezas: a parte é empregado ou empregador. Consoante o art. 2.º, § 1.º, letra b, da Consolidação das Leis do Trabalho, os profissionais liberais são empregadores.

Além de serem os enfermeiros profissionais liberais, assim confirmados pela legislação citada (no item 2) linhas acima, o próprio Ministério do Trabalho e da Previdência Social tem providenciado a explicitação desse direito na legislação trabalhista. Assim é que por força do Decreto-lei n.º 2 381, de 9 de julho de 1940, o grupo "enfermeiros" integra a Confederação Nacional das Profissões Liberais.

Pela Portaria n.º 94 do Ministro do Trabalho e da Previdência Social, de 27 de março de 1962, publicada a fls. 6 322 do D. O. de 29 de março de 1962, foi restaurada a integração de grupo "enfermeiros" na Confederação Nacional das Profissões Liberais, uma vez que havia deixado de integrar à data da publicação do Quadro Anexo à Lei n.º 5452, de 1.º de maio de 1943, que aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho.

A supressão do grupo "enfermeiros" da Confederação Nacional das Profissões Liberais, que se deu em 1943, tem em sua origem as mesmas resistências às mudanças sociais que têm surgido nos numeroso grupo de trabalhadores de enfermagem representantes dos não diplomados, anteriores à denominada enfermagem moderna. São eles responsáveis pelo esforço que atualmente ainda empreendem, com êxito, a fim de não ser suprimida a denominação "de enfermeiros" de seus sindicatos nas respectivas cartas sindicais. A denominação citada continua a constar.

É evidente que isto cessará, em vista de não ter amparo legal para a sustentar.

Desde 1960 começaram a funcionar associações profissionais de enfermeiros na Bahia, Rio de Janeiro, Ceará, Distrito Federal, estendendo-se o movimento a outras unidades da Federação. Quando receberem suas cartas sindicais, têm a perspectiva de formar uma

federação nacional pela qual ingressarão na Confederação Nacional das Profissões Liberais. É lenta, mas segura a marcha desses acontecimentos, uma vez que há o interesse de muitos na vida associativa, que é importante para o progresso da enfermagem.

4 — O CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMEIRO NO PAÍS

O estado atual da educação de enfermagem, as condições do passado e as tendências mais novas que apresenta são o assunto da exposição que nos fará, neste simpósio, a Dra. Glete de Alcântara. Vários aspectos que caracterizam as profissões liberais são causa e, por sua vez, também efeito da educação do profissional liberal. Por exemplo, na prática, o requisito legal que está servindo para decidir-se, de imediato, se determinada profissão é técnico-científica no Brasil é a comprovação de que seu currículo mínimo e a duração do curso foram aprovados pelo Conselho Federal de Educação na forma do Art. 70 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Ora, para que o Conselho Federal de Educação assim delibere, a profissão terá que ter, por lei, seus privilégios definidos; isto está no texto do art. 70, citado. E, para que o legislador decida quais são as atividades que, em caráter de privilégio, são de determinada profissão e são para se exercerem liberalmente, é necessário que certos processos sociais já se tenham operado, tais como os que serão descritos a seguir.

5 — STATUS DA ENFERMAGEM

Em estudo penetrante, exposto, mediante convite, ao Conselho Internacional de Enfermeiros, a Dra. Marie Jahoda (1) afirma que os altos conhecimentos intelectuais, por si sós, não determinam o aparecimento de uma profissão. Caracteriza-a nos seguintes aspectos: "Profissão liberal é um organismo de grupo ocupacional, baseado na aplicação de um conhecimento especial; esse organismo estabelece suas próprias regras e padrões para proteção do público e dos profissionais. Sua ênfase está na qualidade da execução mais do que no interesse próprio de seus membros. A profissão liberal aparece graças à ação coletiva de seus membros, que é transformada nos sustentáculos da organização profissional" (o grifo é nosso).

a) Os enfermeiros vistos por si mesmos

O que tem acontecido, no tocante à definição de Jahoda, com respeito à enfermagem, serviço social, nutricionismo, sociologia, jor-

(1) JAHODA, MARIE — NURSING as a Profession, International Nursing Review 8 (3): 10 - 18 Mai - Jun 1961.

nalismo e outras profissões novas no Brasil? Quanto a nós, a Professora Maria Rosa S. Pinheiro nos ajudará, no presente simpósio, a ver-nos com objetividade. Seremos classificados como grupo que estabeleceu padrões de proteção ao público e a nós mesmos? Temos disciplina e preparo e orgulho de pertencermos a esta classe? Sobre normas para diretrizes e disciplina, cada um pode estudar o Código de Ética da ABEn e classificar-se. Sobre preparo científico, conheço o de umas trezentas enfermeiras, não sendo válido fazer disto generalização para seis mil. Temos orgulho de nossas realizações como profissão? Parece-nos que sim. Ethel Parsons, Edith de Magalhães Fraenkel, Lais Netto dos Reys são patrimônio comum. Orgulhamo-nos de ler trabalhos que nossas colegas contemporâneas fizeram ou ajudaram a fazer e sabemos-las lidos por enfermeiras e outros de campos afins no país e no mundo. Temos orgulho de nossa profissão? As filhas das enfermeiras que profissão, em maioria, seguem?

Até aqui cogitamos de atitudes na classe, sem termos podido, sem pesquisa, responder a todas as perguntas.

b) Os enfermeiros vistos por outros grupos

Reflitamos sobre atitudes a respeito de nós, vindas de ocupações vizinhas.

1) O que pensarão de nós os auxiliares de enfermagem, tanto em seu comportamento racional, dominado pela razão, quanto no emotivo, dominado pelos sentimentos? E os demais que exercem legalmente a enfermagem? Não se pode dar resposta a essas indagação sem pesquisa, que será de atitudes.

De atos coletivos dos auxiliares de enfermagem, organizados em associações, não temos conhecimentos de que tenham formado estereótipos desfavoráveis sobre os enfermeiros, como grupo de profissão. Quanto aos atendentes organizados, necessita-se examinar se têm ou não sobre esse grupo generalizações com as quais os enfermeiros, eles mesmos, não concordam.

2) Que idéia fazem dos enfermeiros os milhares de médicos, os engenheiros sanitaristas, farmacêuticos e outros de profissões que são afins e que são mais antigas? Que pensarão quanto ao **status** da profissão os da direção geral dos serviços de saúde? Um dos sinais de haver um julgamento favorável, isto é, de acharem que os enfermeiros, em seu trabalho, **aplicam um conhecimento especial** que não é do domínio de outras profissões, seria a decisão de admitirem enfermeiros para os serviços.

Isto é passível de mensuração. Poderemos pesquisar e conhecer o fato. Segundo um levantamento realizado por nós no Recife, apenas 25,3% dos estabelecimentos de saúde (hospitais, servi-

ços para-hospitalares e oficiais de saúde pública) tinham em 5 de dezembro de 1962, enfermeiro responsável pela assistência de enfermagem neles prestada. Na conjuntura econômica-social presente isto pode ser ou não considerado número razoável. Será que melhorará esta razão ao progredir o Nordeste no processo de desenvolvimento? É preciso medir-se progressivamente a expansão da enfermagem moderna para responde-se a essa indagação.

O conhecimento geral, no Brasil, sobre tôdas as profissões novas constitui uma verdadeira demora cultural. Na origem desse fato está a inexistência da organização física e funcional das Universidades em uma grande unidade que denominaremos de **campus** universitário, com um jornal, uma biblioteca e um auditório comum a tôdas as faculdades. Quando existir tal organização, todos conhecerão, na Universidade, os cursos existentes.

3) Os legisladores e outros, investidos do poder respectivo, avaliaram com senso de responsabilidade nacional e dão aos enfermeiros a classificação de profissão liberal. Isto passou a constar da legislação sucessivamente e desde muitos anos, no Brasil. Foi a seguinte a seqüência desses atos: 1) no período de origem, por volta de 1923 a 1932; 2) no período de crescimento, até ser profissão liberal, de 1932 até por volta de 1946; 3) no período de afirmação objetiva, isto é, com o advento da Lei n.º 3 780, de 1960, que reclassifica os cargos dos servidores civis do Poder Executivo da União e da Lei n.º 4 024, de 20 de dezembro de 1961, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. É fato, todavia, que as condições sócio-econômicas, durante os dois primeiros períodos, estavam aquém daquelas em que de fato a enfermagem moderna faz parte: da cultura.

6 — TEORIZAÇÕES

Daqui por diante desejamos situar, nas sociedades em geral, os fatos descritos, numa tentativa de contribuir para maior clareza do que ocorre entre nós.

Profissão é definida por cientistas sociais como atividade especializada, permanentemente exercida e institucionalizada, dependendo, quanto a funções e **status** social, do tipo de estratificação social e do grau de divisão do trabalho atingido por uma determinada sociedade. Chamam ainda a atenção os sociólogos para esse aspecto dinâmico: os padrões específicos da cultura e a posição relativa das diversas camadas que compõem a sociedade determinam as funções atribuídas a cada profissão. Queremos dar o exemplo da escola pública primária e secundária norte-americana como padrão de sua cultura, e dos cursos secundários no Brasil, quase sempre em escolas particulares. Estará isto constituindo fator de demora cultural que existe quanto à nossa profissão no campo da enfermagem de

saúde pública escolar? Tais padrões específicos da cultura e tal posição relativa das camadas sociais determinam também o **status** que a profissão ocupa na escala social. Alterações da estrutura social podem influir sobre o **status** das profissões. Compare-se por exemplo o ajustamento, no Brasil, das profissões liberais e ideologia que está ligada à sua estrutura social. Assim é que a divisão das profissões liberais, em três camadas hierárquicas por decreto de julho de 1964, seguiu o argumento que objetivamente é mencionado como duração de curso, mas na decisão de duração são sopesados os prestígios de mais de um aspecto, tais como grau de inteligência exigida, bem como serem os cursos longos frequentados por aqueles que, tendo mais recursos financeiros, podem ser mantidos estudando durante períodos de duração maior.

Demos outros exemplos de participação da sociedade na institucionalização de atividades, até que elas se transformem em profissões: as classes conservadoras, no Brasil, têm interesse em obter a cooperação das profissões que lidam com as ciências sociais para preencherem o papel de intérpretes de idéias junto a grandes grupos populacionais, tais como os de trabalho. Eis outro exemplo: a Igreja tem interesse no desenvolvimento dos programas de saúde, e assim tem sido uma força para a assimilação da enfermagem moderna.

A organização social existe sempre em todas as culturas. Todos os grupos humanos são organizados, uma vez que as pessoas não são seres isolados, mas sempre e comportam em interdependência umas das outras. Os elos que ligam as pessoas e os grupos determinam o tipo de sociedade.

A estrutura social evidencia a organização social. A estrutura social patenteia as relações dos homens não só entre si como com as coisas materiais que os cercam. Essas relações surgem historicamente das atividades sociais dos homens, por serem pessoas humanas com suas características e necessidades inerentes. Por serem criaturas biológicas, têm certas necessidades de nutrição, reprodução, abrigo e por serem pessoas humanas, suas necessidades biológicas se ligam intrinsecamente a idéias sociais, éticas e religiosas. Concordamos em que toda estrutura social tem por **base** uma forma de produção que atinge por processos (sociais) de interação; tem por **corpo** um sistema de estratificação social e por **cabeça** um conjunto de valores sociais nela cristalizados, que existem (preexistem e subsistem) para manter, como um todo, o sistema, na interdependência de suas partes. Base, corpo e cabeça são, pois, interdependentes.

Recorde-se que a estrutura social se apresenta como o estático na organização social. O dinâmico é a mudança social. A estrutura social envolve todas as interações essenciais, padroni-

zadas entre indivíduos do mesmo grupo e de seus sub-grupos. **Classificam-se** como relações sociais aquelas que implicam em deveres e direitos recíprocos, socialmente sancionados.

A soma total dos deveres e direitos assim sancionados determina o **status** que cada indivíduo tem nos diversos grupos em que é integrado e o que cada grupo mantém na sociedade a que pertence. O **status** da enfermagem moderna ou do grupo **enfermeiros** é exemplo desse segundo caso.

O conceito de estrutura social envolve **dominação e subordinação, estartificação social, poder, Estado, autoridade, camada social**, com seus processos e sistemas.

Nas estruturas sociais há uma característica comum: tôdas as suas partes estão em mudança. Isto - da natureza do homem e faz parte do universo. Deve ser de interesse para as profissões um aspecto dessa mudança, a saber, o seu ritmo não é uniforme entre as partes. Por exemplo, as idéias sobre **stautus** mudaram entre alguns subalternos das **Fôrças Armadas**; os da **Marinha** tomaram a si manifestá-las, em março de 1964, no Rio de Janeiro. Se essas manifestações fôsem seguindo, num ritmo muito acelerado, poderiam facilitar a estrutura atual de classes. Foram temidas suas implicações no plano institucional.

Voltemos a refletir no caso específico das profissões liberais. Nas sociedades que, como a brasileira, estão em processo recente e acelerado de desenvolvimento econômico, há a concomitância de duas mudanças: muda a própria estratificação social e mudam de posição os indivíduos nas camadas superpostas. No Brasil há uma escala velha, tradicional e uma escala nova da avaliação das ocupações. As contradições formam as problemáticas específicas. O que importa notar, para a enfermagem, é que ora somos tratados com os pontos de vista da escala nova, ora com a ideologia justificadora da escala velha. Por exemplo, na ocasião de calcular níveis de remuneração, surge a escala velha, pois favorece a diminuição das despesas. A Escola de enfermagem vem para a Universidade (exemplo de escala nova). Mas não tem cátedras, fica sem o prestígio, comum às faculdades tradicionais, de organizar-se com Diretor e Departamentos, ou com representação legítima no Conselho Universitário (exemplo da escala velha). As enfermeiras responsáveis pela formação das novas gerações são premidas entre esses dois mundos: é da problemática da enfermagem atual. Descreve a socióloga norte-americana, Esther Lucille Brown, como muitas delas perdem a saúde mental nesses conflitos da problemática da profissão. Entre nós, o sociólogo L. A. Costa Pinto afirma (2): "No Brasil estamos li-

(2) Costa Pinto, L. A., *Social Structure, Social Change and Human Relations in Brasil*. International, Conference on Human Relations, Holanda, 1956.

dando com um antigo padrão, que ainda existe mas não prevalece, e o nôvo padrão, que, embora presente, ainda não é dominante”.

Favorecem os padrões novos para a enfermagem fatos como os seguintes: o Brasil, com seu crescimento demográfico e econômico, com o atual desenvolvimento industrial e de urbanização, necessita, indubitavelmente e com urgência de profissionais liberais e outros técnicos. Se, no passado de nossa sociedade patriarcal — de que não saímos de todo — a educação liberal era entendida como coisa a ser dada não poucas vêzes como atributo (de continuação de prestígio) da classe social dominante, agora essa educação é um imperativo de nossas concepções de vida e de nosso desenvolvimento econômico e social. Temos que abrir oportunidades para ampliar o recrutamento de novos grupos para as novas e as antigas profissões. O esforço de acabar com o analfabetismo faz parte do mesmo propósito de aumentar os quadros profissionais. De igual modo, instituiu-se o ensino de duas séries ginasiais no curso de auxiliares de enfermagem, não só para melhorar seu preparo, mas também para facilitar aos que puderem e desejarem o acesso às profissões liberais, principalmente à de enfermeiro. As campanhas para ampliação das matrículas de engenharia, medicina e outras carreiras, o surto das novas profissões, por exemplo, de técnico de administração, estatístico e nutricionista tem as mesmas motivações gerais.

E assim vão se transformando as estruturas ocupacionais. As classes médias — celeiro das profissões liberais — estão sofrendo a ação de diversos fatores — econômicos uns, dos sistemas e das instituições, outros. Há a tendência a se tornarem cada vez mais assalariadas. Relações pessoais e contratuais entram em jôgo. É um dos resultados dos processos que estão operando em nossas sociedades, a burocratização progressiva dos atos dos profissionais, — isto é, — tornam-se sujeitos a regulamentos, há definição clara de atribuições entre a direção e a execução. Aparecem, assim, ocupações em grande número. Veja-se por exemplo, o funcionamento de um Centro de Saúde em comparação com o trabalho do Comissário Vacinador, médico itinerante do tempo do Império. Muitas ocupações se superpõem como verdadeiros degraus. Podem ser pontos de apoio para a mobilidade vertical. Veja-se a êste respeito, na educação nacional, o ensino industrial, comercial e agrícola.

Essas mudanças intercorrem ao lado das necessidades que surgem. Já foram referidos crescimento demográfico, industrialização e urbanização. Burocratização — esta compreendida como definição de posições intermediárias entre a direção e a execução dos serviços — inflação, imigração e migrações internas, reforma das dire-

trizes e bases do ensino, reforma agrária e secularização, tudo influência as estruturas ocupacionais.

É evidente que se torna complexo o estudo da estratificação social de hoje. Ocorrem as assimetrias, já referidas, em vista de diferentes partes de um complexo que mudaram em ritmos diversos. Assim é que restam traços residuais, ao lado de traços emergentes. A expressão "enfermeira da Ana Neri" servia para distinguir o traço emergente isto é, da enfermagem do padrão moderno do traço residual, — atendente, designado de "enfermeiro".

Por outro lado, aumenta a complexidade dos estudos sociais das profissões. Dentro de cada uma há sensíveis diferenças de status. Há também diferenciação e articulação de funções umas com as outras, daí a interdependência das partes integrantes das sociedades. Médicos, enfermeiros e atendentes por exemplo, articulam suas funções e assim por diante. O que, por um dado tempo, fica perpetrado em determinada organização social é o que resulta do consenso social e que sobrevive ao controle social. Dêsse modo atos arbitrários ou artificiais não têm muito efeito: a organização social resulta do que tiver sido funcional para uma certa sociedade em determinado tempo.

A enfermagem moderna, isto é, a profissão liberal, começou no Brasil tentativamente em 1923, assimilou-se na cultura cerca de vinte anos depois e continua a mudar. A mudança dirigida é o que mais interessa à Associação Brasileira de Enfermagem, — órgão cultural que lidera tal mudança.

Dentro de nossa organização social, de enfermeiros, nossa diretriz maior é guiar a profissão para servir bem e servir a maior porcentagem da população. Com êsses propósitos, colheremos para nós o respeito próprio e o das gerações do porvir.

RECOMENDAÇÕES DO II.º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDAGOGIA E DIDÁTICA APLICADA A ENFERMAGEM

Sub-comissão de Recomendações

Recomendações dos grupos de discussão sobre carga horária e currículos, às Escolas de Enfermagem e Comissão de Educação da ABEn.

Considerando

1. A necessidade de uma interpretação correta e homogênea do parecer 52/65 e da Portaria Ministerial n.º 159/65, dentro da realidade do ensino da Enfermagem,

Recomenda

1. a) **As Escolas**, o melhor aproveitamento das horas de estágios, ministrando ensino informal, e registrando toda atividade docente em favor de carga horária;

- b) que considerem como tempo útil as horas de serviço junto ao doente,
2. A diversidade de registro das horas de ensino no campo de estágio,
 3. A necessidade de um aproveitamento satisfatório do tempo útil estabelecido pela Portaria 159/65, sem contudo prejudicar o ensino prático,
 4. Que o ensino da enfermagem, visando a boa formação de profissionais, necessita tempo suficiente para formação de hábitos e atitudes além de conhecimentos científicos,
 5. A importância de conhecimentos de Saúde Pública no ensino integrado,
 6. A impossibilidade de se acrescentar especialidades ao curriculum mínimo dada a exiguidade do tempo,
2. A **ABEn**, apresentar sugestões para elaboração de uma ficha destinada ao registro das atividades de Ensino Clínico ou Teórico Prático.
 3. **As Escolas**, que dentro do curto prazo, seja feito o levantamento das atividades práticas das estudantes a fim de se verificar o tempo realmente necessário para a boa execução do curriculum,
 4. **Às Escolas**, que preferam a realização de curso de graduação de enfermagem geral, dentro do tempo médio,
 5. **A Escolas**, a inclusão de Enfermagem de Saúde Pública no Currículo Pleno, como cadeira de ciclo profissional,
 6. **As Escolas**, estimularem as alunas do curso de graduação em enfermagem geral, a fazerem o curso de graduação em enfermagem obstétrica e enfermagem de saúde pública.

Recomendações sobre Curso Técnico de Enfermagem às Escolas de Enfermagem e Comissão de Educação da ABEn.

Considerando

1. que as diferentes regiões do País apresentam condições que exigem determinados ti-

Recomenda

1. a) **A ABEn**, que seja solicitada com urgência, ao C.F.E., a regulamentação do Curso

pos de escolas de formação de pessoal para o exercício da enfermagem,

Colegial de Enfermagem no Sistema Federal de Educação.
b) Ao C. E. E. da Guanabara, a retirada da alínea b) do art. 9º do parecer n.º 85/64.

2. que vem sendo dado pareceres pelos Cs. Es. E. sem consulta à classe ou sem real conhecimento de causa e para que o mesmo não aconteça em relação ao Curso Colegial de Enfermagem,

A **ABEn**, que oriente as seções estaduais sobre os subsídios que deverão enviar aos Conselhos Estaduais de Educação em relação ao Curso Colegial de Enfermagem,

3. as características do ensino de enfermagem,

3. **As Escolas** que as disciplinas específicas de enfermagem em nível médio sejam lecionadas por enfermeiras,

4. a necessidade presente de definir atribuições dentro da profissão,

4. A **ABEn**, que promova uma revisão da lei do exercício profissional, definindo as atribuições dos diversos elementos que formam a equipe de enfermagem,

Recomendações das Diretoras de Escolas e Cursos de Auxiliares de Enfermagem à Comissão de Educação da **ABEn**.

Considerando

1. as necessidades sentidas pelos cursos de Auxiliares de Enfermagem, para adaptação de seu ensino à nova regulamentação baixada pela Portaria Ministerial n.º 106 de 10-5-65,

Recomenda

1. que estude o currículo do curso de Auxiliares de Enfermagem a fim de apresentar sugestões para seus programas,

2. que os Cursos de Auxiliares de Enfermagem do Sistema Federal de Ensino encontram dificuldades para o encaminhamento de pedidos relacionados à autorização para funcionamento, fiscalização, reconhecimento dos referidos cursos, bem como para o registro dos certificados,
2. que solicite ao Ministro da Educação o estabelecimento de um órgão competente para atender a tôdas as questões relacionadas aos Cursos de Auxiliares de Enfermagem.

**HISTÓRICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM "ANA NERI" —
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
(ANTIGA UNIVERSIDADE DO BRASIL)**

Lais, Maria Horta Barbosa *
Maria do Carmo Dantas * *

Da iniciativa do grande Sanitarista Professor CARLOS CHAGAS, de par com a benemérita Fundação Rockefeller, nasceu a Escola Ana Neri.

Foi a primeira Escola a ser fundada no Brasil, nas bases do sistema Nightingale.

Dessa "célula-mater" surgiram muitas das Escolas atualmente existentes no país.

O decreto n.º 16 300 de 31 de dezembro de 1923, criou oficialmente a Escola Ana Neri, — então Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública — já inaugurada em 19 de fevereiro do mesmo ano, com 13 alunas internas.

O internato foi instalado à Rua Visconde de Itaúna, 399, junto ao Hospital São Francisco de Assis, principal campo de experiência prática da nova Escola. Em pouco tempo excedeu a capacidade da pequena casa alugada ao lado do Hospital, tornando-se necessário uma outra, sendo escolhida a da rua Valparaíso, 40-A.

Pelo decreto n.º 14 268 de 31 de março de 1926, a Escola, com 3 anos de existência, passou a chamar-se "Ana Neri" em homenagem à heroína da Guerra do Paraguai. E a 7 de abril do mesmo ano o internato mudou-se para a Av. Rui Barbosa, 762, ex-hotel 7 de Setembro, pertencente ao Governo. No ano seguinte, em 28 de setembro de 1927, inaugurou-se o Pavilhão de Aulas à Rua Afonso Cavalcanti, 275, doado pela Fundação Rockefeller que também se comprometeu, com o Governo brasileiro, a fazer as adaptações necessárias ao prédio cedido para a residência das alunas. Em ambos os casos o Professor CARLOS CHAGAS, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública juntamente com o Ministro da Justiça, Dr. AFONSO PENNA JUNIOR, foram os intermediários junto à Presidência da República e à Fundação Rockefeller.

* Diplomada pela Escola Ana Neri, Professora de História e Legislação da Enfermagem Obstétrica (Curso de Enfermagem Obstétrica da mesma Escola) e de Ciências Biológicas nos cursos de Auxiliares e Colégio Técnico.

* * Diplomada pela Escola Ana Neri, Professora de Enfermagem Cirúrgica da mesma Escola nos cursos de graduação e pós-graduação.

Chegada dos Estados Unidos em fevereiro de 1922, foi a norte-americana Miss Clara Louise Kienninger a primeira diretora desta Escola, de 1922 a 1925.

Tendo terminado seu contrato, foi substituída por Miss Loraine G. Denhart, e esta, em 1928 por Miss Bertha Lucile Pullen.

A seu entusiasmo muito devem a Escola e a Enfermagem no Brasil.

A quarta Diretora foi Raquel Haddock Lôbo, primeira brasileira a ocupar esse cargo.

Nomeada em 1931 dedicou-se à Escola até o seu falecimento em 1933.

Voltou, então Miss Pullen que trabalhou entre nós até 1938, quando a legislação exigiu a entrega dos cargos de direção unicamente a brasileiras.

Em novembro de 1938 assumiu a direção a segunda enfermeira brasileira a ocupar esse cargo: D. Lais Netto dos Reys, da turma pioneira, uma das bolsistas da Fundação Rockefeller para estudos de pós-graduação nos Estados Unidos. Anteriormente havia D. Lais fundado a Escola de Enfermagem "Carlos Chagas" em Belo Horizonte, por ela dirigida de 1933 a 1938.

Durante sua gestão, a Escola, em pleno progresso, foi incorporada à Universidade do Brasil e incluída entre os estabelecimentos de Ensino Superior pelo decreto n.º 8 393 de 17/12/1945.

Anteriormente, em 6/7/1937, já havia sido incluída na "Universidade do Brasil" pela Lei n.º 452, como Instituto de Ensino Complementar.

Sempre procurando solucionar os problemas de enfermagem, promoveu D. Lais a colaboração das diversas Escolas, convocando suas Diretoras para que juntas os estudassem e pudessem chegar a resoluções favoráveis.

Iniciou os cursos de pós-graduação, de 2 anos, em regime de tempo parcial, que funcionaram de 1947 a 1950.

Iniciou a formação das "Auxiliares de Enfermagem", para melhorar o atendimento das necessidades dos pacientes, sob a supervisão das enfermeiras.

Sua idéia foi combatida a princípio, porém hoje é vitoriosa, consagrada por lei no nosso país e aceita como necessária por muitos outros.

As Semanas de Enfermagem, com as comemorações anuais do nascimento de Florence Nightingale (doze de maio) e morte de Ana Neri, (vinte de maio) são de sua iniciativa e constituem hoje, oficialmente, a Semana de Enfermagem.

Faleceu em julho de 1950, sendo substituída por D. Waleska Paixão que assumiu a direção a 3 de agosto do mesmo ano.

Durante sua gestão tem sido preocupação constante procurar dinamizar a Escola e integrá-la cada vez mais na vida Universitária.

Por sua iniciativa foi reestruturado o quadro de professores, privativos. Paralelamente batalhou pela reforma e aprovação do Regimento da Escola, o que ocorreu em 1958. Posteriormente obteve aprovação, pelo Conselho Universitário, de projeto de lei criando cátedras e adaptando os cargos docentes à estrutura universitária.

É também sua preocupação incessante o aperfeiçoamento do magistério da enfermagem, não só da Escola como de todo o Brasil. Assim, incentiva o professorado a frequentar cursos de pós-graduação no Brasil ou no estrangeiro, a apresentar trabalhos profissionais, a publicar livros, a participar ativamente na Associação de classe e nas Reuniões e Congressos Científicos.

Mantém, além do Curso de Graduação: Cursos de Pós-Graduação, Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica, Colegial Técnico, (iniciado em 1966) Auxiliar de Enfermagem (última turma).

Por sua iniciativa a Escola publicou três livros didáticos, já em 3.^a e 4.^a edições.

Estabeleceu reuniões periódicas das professoras privativas, que promovem estudos para desenvolvimento e atualização do ensino da enfermagem. Conhecedora das deficiências administrativas reformulou, no Regimento, a organização da Secretaria, Divisões de Ensino e de Estágios, Bibliotecas e Serviço de Saúde. Vem intensificando anualmente a campanha de recrutamento.

A Escola já diplomou 1 238 enfermeiras e conferiu certificado a 529 Auxiliares de Enfermagem.

COLABORAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES

1.^o — Com as fundadoras da ABED, hoje ABEN (quase todas ex-alunas desta Escola) mantendo ainda hoje, intensa colaboração.

2.^o — Com as fundadoras da Revista Brasileira de Enfermagem.

3.^o — Com membros de seu corpo docente na fundação e direção de várias Escolas de Enfermagem e de Auxiliares de Enfermagem. Chegou mesmo a ter, na mesma época, quatro enfermeiras comissionadas na direção das Escolas de Manaus, Niterói, Alfredo Pinto e Escola de Auxiliares de AVAN.

4.^o — Atendeu a vítimas de catástrofes em várias regiões do País e do estrangeiro, sempre que foi necessário.

5.^o — Colaborou com a FAB na 2.^a Guerra Mundial cedendo-lhe uma equipe de Enfermeiras, chefiadas por D. Izaura Barbosa Lima, uma de suas ilustres pioneiras.

6.º — Com a O. M. S., cedendo sua Diretora, Waleska Paixão, para colaborar na integração da Escola de Enfermagem de Costa Rica na Universidade daquele país.

7.º — Por ocasião do Centenário da Fundação da Escola do St Tomas'Hospital, organizou, com a colaboração do Conselho Britânico, as seguintes comemorações:

Inauguração, na galeria de personalidades célebres do Palácio da Universidade do Brasil, do medalhão Florence Nightingale, trabalho de Celita Vacconi, professora de Escultura da Escola Nacional de Belas Artes. Foi essa a primeira mulher incluída naquela galeria.

— Exposição comemorativa de Florence Nightingale e suas obras, bem como da difusão de Enfermagem em todo o mundo e especialmente no Brasil, sob a responsabilidade da professora Anna Jaguaribe da Silva Nava.

— Gravação de medalha comemorativa, trabalho de Leopoldo Campos, professor de gravura, da Escola Nacional de Belas Artes.

— Convite a Miss Evelyn Arnold Opie, do St Tomas'Hospital para visitar o Brasil e participar das comemorações.

8.º — Realizou, em colaboração com a O.P.A.S./O.M.S. e o Ministério da Saúde, um Seminário de Assistência Materno-Infantil (1965).

9.º — Realizou o 2.º Congresso Brasileiro de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, com a colaboração das Escolas Luiza de Marillac (PUC) e Raquel Haddock Lôbo (UEG).

PUBLICAÇÕES

Manual de Técnica de Enfermagem — pela Professora Elvira De Felice Souza — 4.ª edição.

Páginas de História da Enfermagem — Pela Professora Waleska Paixão — 3.ª edição.

Administração de Medicamentos e Preparo de Soluções — pela Professora Elvira De Felice Souza — 3.ª edição.

Trabalhos da 1.ª e 2.ª Semana da Enfermagem — 2 volumes.

Vários folhetos: aulas inaugurais, relatórios de congressos, oração de paraninfo. Durante algum tempo publicou a Revista "A Lâmpada", órgão do Diretório Acadêmico.

Material variado para recrutamento.

CONCLUSÃO

Apesar da importância da fundação da Escola Ana Neri, na renovação da Enfermagem, procuramos ser breves, dada a finalidade deste trabalho. Em outros documentos poderão os estudiosos do assunto encontrar maiores informações.

O que nos parece indispensável dizer, para encerrar esta resenha, é que: a visão de Carlos Chagas em relação à importância da Enfermagem na solução dos problemas de Saúde Pública; a contribuição generosa da Fundação Rockefeller; a competência e a dedicação da equipe de enfermeiras norte-americanas que iniciaram a Escola e lhe deram a primeira orientação, mudaram completamente o conceito de Enfermagem existente no Brasil.

Outras fontes contribuíram para essa reforma e a reforçaram. Mas nunca se enaltecera bastante o nome daqueles que tiveram a coragem de plantar no Brasil o marco da Enfermagem iniciada por Florence Nightingale, abrindo assim novas perspectivas para a promoção da saúde de nosso povo.

BIBLIOGRAFIA

Pioneiras — publicação comemorativa da graduação da 1.^a turma. Separata da Revista do Serviço Público — Ano VI — Vol. I — N.º 1 — Janeiro de 1943 — Rio de Janeiro.

Documentos de arquivos da Escola de Enfermagem “Ana Neri” da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

O Conselho Estadual de Educação do Paraná autorizou o funcionamento do Curso Técnico de Enfermagem, da Escola Técnica de Enfermagem “Catarina Labouré”, a partir do ano letivo de 1966.

As enfermeiras da Seção do Paraná, que trabalharam ativamente junto às autoridades, prestando esclarecimentos sobre as peculiaridades do ensino da enfermagem, põem todos os documentos relacionados com a criação da Escola à disposição dos interessados, para consulta.

Em se tratando de matéria de grande interesse, a RBen publica o PROJETO DE RESOLUÇÃO, homologado em março de 1966.

PROJETO DE RESOLUÇÃO

...**Organiza e autoriza o funcionamento de curso experimental de Técnico de Enfermagem**

O CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, usando de atribuição que lhe confere o artigo 74, letra 1, da Lei n.º 4978, de 5 de dezembro de 1964, e tendo em vista o disposto no artigo 1.º da referida Lei no artigo 104 da Lei Federal n.º 4024, de 20 de dezembro de 1961, resolve:

Art. 1.º — Fica autorizado a funcionar, a partir do ano letivo de 1966, como curso experimental, o curso de Técnico de Enfermagem, da Escola Técnica de Enfermagem “Catarina Labouré”, estabelecimento particular de ensino médio com sede em Curitiba e mantido pela Província Brasileira da Congregação das Irmãs (Filhas) de Caridade de São Vicente de Paulo.

§ 1.º — Para a manutenção da autorização concedida neste artigo, a Escola deverá apresentar anualmente ao Conselho Estadual de Educação, até o dia 31 de dezembro, relatório de suas atividades e, principalmente, dos resultados dos experimentos pedagógicos que contribuam para a integração definitiva dos cursos técnicos de enfermagem no Sistema Estadual de Ensino. ,

§ 2.º — O curso autorizado a funcionar pela presente Resolução é conceituado como curso técnico de grau médio de segundo ciclo e terá a sua organização e funcionamento regulados por êste ato e pelo Regimento da Escola.

Art. 3.º — A duração do Curso Técnico de Enfermagem será de três anos, de 180 dias no mínimo cada um, ficando a critério da Escola a fixação em regimento dos períodos letivos e das férias escolares.

Art. 4.º — Para a matrícula inicial no Curso Técnico de Enfermagem é exigida a apresentação de certificado de conclusão de um dos cursos de grau médio de 1.º ciclo (ginasial).

Art. 5.º — O currículo do curso abrangerá as seguintes disciplinas obrigatórias dos cursos de grau médio de segundo ciclo:

a) Português; b) Matemática; c) Biologia; d) Química; f) Inglês, constantes da Orientação B — Ciências Biológicas, das Bases Curriculares estabelecidas para o ciclo colegial pela Resolução n.º 26/65.

Parágrafo único — As disciplinas obrigatórias serão acrescentadas as duas seguintes disciplinas complementares: a) Filosofia e b) Estudos Sociais, constantes da relação de disciplinas operativas das Orientações (Ciências Sociais) e f) (Cultura Geral) das bases curriculares estabelecidas pela Resolução n.º 26/65.

Art. 6.º — São disciplinas específicas do Curso Técnico de Enfermagem:

- 1 — Fundamentos de Enfermagem
- 2 — História da Enfermagem
- 3 — Enfermagem Médico-cirúrgica
- 4 — Enfermagem Materno-infantil
- 5 — Enfermagem Psiquiátrica
- 6 — Enfermagem de Saúde Pública

Parágrafo único — As disciplinas específicas serão acrescentadas obrigatoriamente os seguintes estágios:

- 1 — Enfermagem Médica

- 2 — Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias
- 3 — Enfermagem Cirúrgica
- 4 — Enfermagem em Centro Cirúrgico
- 5 — Enfermagem Ginecológica
- 6 — Enfermagem Urológica
- 7 — Enfermagem Pediátrica
- 8 — Enfermagem Obstétrica e Puericultura
- 9 — Enfermagem Psiquiátrica
- 10 — Enfermagem em Saúde Pública
- 11 — Nutrição e Dietética

Art. 7.º — A escola Técnica poderá incluir, no currículo, até duas práticas educativas, dentre as relacionadas pela Resolução n.º 26/65 para o ciclo colegial.

Art. 8.º — As disciplinas obrigatórias e complementares e as práticas educativas deverão ser lecionadas por professores legalmente habilitados e devidamente registrados no Ministério da Educação e Cultura e as disciplinas específicas por enfermeiros diplomados em curso Superior de Enfermagem.

Parágrafo único — Os estágios obrigatórios deverão ser supervisionados por professor enfermeiro e realizados em unidades de enfermagem de hospitais e em unidades sanitárias.

Art. 9.º — A direção da Escola Técnica de Enfermagem deverá ser exercida por enfermeiro diplomado, nos termos do artigo 9.º, letra c, do Decreto Federal n.º 50 387, de 1961.

Art. 10.º — A organização administrativa da Escola Técnica de Enfermagem, o sistema de avaliação do aproveitamento escolar, e o regime didático, disciplinar, administrativo e financeiro a que ficará sujeita, serão estabelecidos no respectivo Regimento, a ser submetido à aprovação do Conselho Estadual de Educação dentro de 60 dias da data de vigência desta Resolução.

Parágrafo único — Na organização do ensino deverão ser observadas as normas constantes do artigo 130 da Lei n.º 4 978, de 1964.

Art. 11 — A Escola Técnica de Enfermagem Catarina Labouré expedirá o diploma de Técnico de Enfermagem aos alunos que concluírem o seu curso.

Parágrafo único — Para fins de validade e posterior registro de diploma, deverá ser comunicado ao Ministério da Educação e Cultura, por intermédio da Secretaria de Educação e Cultura, a instituição e autorização para funcionamento do Curso Técnico de Enfermagem de que trata a presente Resolução.

Art. 12 — O Conselho Estadual de Educação, com Bases nos resultados apresentados com o funcionamento do curso experimental autorizado por esta Resolução, encaminhará oportunamente à Secretaria de Educação e Cultura, nos termos do artigo 74, item 00

da Lei n.º 4978, ante-projeto de lei especial destinada à integração definitiva dos cursos técnicos de enfermagem no Sistema Estadual de Ensino.

Art. 13 — A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

CRIAÇÃO DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM

Para servir de subsídio à criação ou federalização de escolas de enfermagem esta Revista publica o projeto de lei que cria a Escola de Agronomia e Veterinária da Universidade Federal de Goiás.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República

Versa o anexo processo sobre a criação, por lei, da Escola de Agronomia e Veterinária da Universidade Federal de Goiás, instalada e em funcionamento desde 1963, consequência de autorização do Conselho Federal de Educação.

Realmente, o Conselho Federal de Educação, interpretando o artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases, entendeu caber à própria Universidade, pelos seus órgãos administrativos, criar novos institutos de ensino.

Considerando, porém, que no caso presente o surgimento da Escola acarreta a criação de cargos públicos para o seu normal funcionamento, e tendo em vista que a Lei n.º 1 354, de 1950, condiciona a incorporação de estabelecimentos ao sistema federal de educação à existência de lei especial, houve por bem o Serviço de Estudos e Orientação, da Diretoria do Ensino Superior, alicerçado em pronunciamento do Serviço de Jurisprudência do Conselho Federal de Educação, opinar pelo encaminhamento de projeto de lei ao Congresso Nacional, visando atender ao objetivo da Universidade Federal de Goiás e ratificar, para todos os efeitos, os atos praticados desde 1963, — pela direção daquela Escola.

Assim, estando de acordo com a proposta, tenho a honra de submeter o assunto à elevada consideração de Vossa Excelência fazendo anexar, desde já, para a hipótese de sua aquiescência projeto de lei acompanhado da respectiva mensagem.

Rspeitosamente,

FLAVIO SUPLICY DE LACERDA

PROJETO DE LEI

Cria a Escola de Agronomia e Veterinária da Universidade Federal de Goiás e dá outras providências.

**DO PODER EXECUTIVO
O CONGRESSO NACIONAL DECRETA**

Art. 1.º — É criada a Escola de Agronomia e Veterinária da Universidade Federal de Goiás.

Art. 2.º — Ficam ratificados os atos praticados pela Direção da Escola a partir de 1963, decorrentes da autorização para seu funcionamento, pelo Conselho Universitário.

Art. 3.º — Fica o Poder Executivo autorizado a criar no Quadro de Pessoal da Universidade Federal de Goiás os cargos necessários para o funcionamento da Escola, de que trata a presente Lei.

Art. 4.º — Dentro de 30 dias a partir da vigência desta Lei, o Conselho Universitário aprovará o Regimento da Escola ora criada, encaminhando-o ao Conselho Federal de Educação para os fins previstos no artigo 80, § 2.º, alínea a, da Lei n.º 4024, de 20 de dezembro de 1961.

Art. 5.º — É o Poder Executivo autorizado a abrir o crédito especial de Cr\$ 299 016 000 (duzentos e noventa e nove milhões e desesseis mil cruzeiros), para atender aos encargos decorrentes da execução da presente lei.

Art. 6.º — Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

..Brasília, em de de 1966

**A ABEn E A III REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS**

PÔRTO ALEGRE, R. S. — 24 a 30/10/1965

Generalidades:

A III Reunião da ABEn contou com a colaboração do MEC, e foi organizada em conjunto com o Congresso da AMB e I Seminário sobre o Ensino de Nutrição. Na apresentação de trabalhos houve a colaboração da OMS e da ABEn.

Participação da ABEn

O convite feito à Presidente da ABEn partiu do Prof. Dr. José Pedreira de Freitas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — U. S. P., para participar, como co-relator, do tema:

“Formação de Pessoal Para-Médico”

O trabalho teve como co-relator também o Prof. Dr. Rodolfo Mascarenhas da Faculdade de Higiene e Saúde Pública — USP. O trabalho foi impresso e distribuído e foi discutido em 5 grupos simultaneamente. As conclusões constam do Relatório final sobre o tema.

P R O G R A M A

Data	Horário	Programa	Sessão	Temário
24 Domingo	9-18 19	AMB-ABEM AMB-ABEM	Registro de participantes Instalação	CONGRESSO DA AMB REUNIÃO ANUAL DA ABEM
25 Segunda	10 16,30	ABEM ABEM OSP CNA WWF	Discussão em painel Instalação	DURAÇÃO DO CURRÍCULO MÉDICO Prof. Oscar Versiani Caldeira SEMINÁRIO SOBRE ENSINO DA NUTRIÇÃO
17,30	SEM. NUTR.	Conferência	"Situação atual do Ensino de Nutrição nas Escolas Médicas" nas Escolas Médicas" — Dr. S. K. Rau (Convidado especial)	
18,30 21	SEM. NUTR. AMB	Conferência Mesa Redonda	'Exame de estado' — Prof. Rubens Maciel	
data	hora	programa	sessão	temário
26 Terça	8	SEM. NUTR.	Plenária	"MODERNOS CONCEITOS DE NUTRIÇÃO E CURRÍCULO ADEQUADO BASEADO NÊSSES CONCEITOS" — Prof. Nelson Chaves

	SEM. NUTR.	Grupos de Trabalho	Discussão do TEMA I
9	SEM. NUTR.	Plenária	"O PAPEL DO MÉDICO NA APLICAÇÃO DESESSE CONCEITOS EM BENEFÍCIO DA POPULAÇÃO — Prof. Clementino Fraga Filho
14	SEM. NUTR.	Grupos de Trabalho	Discussão do TEMA II
15	SEM. NUTR.	Conferência	(Convidado especial)
18	AMB.	Mesa Redonda	"Novas Escolas de Medicina no Brasil" Prof. Dr. Eduardo Faraco
<hr/>			
27	SEM. NUTR.	Plenária	"METODOLOGIA DO ENSINO DA NUTRIÇÃO PARA ESTUDANTES DE MEDICINA" Prof. Dutra de Oliveira
Quarta	SEM. NUTR.	Grupos de Trabalho	Discussão do TEMA III
8	SEM. NUTR.	Grupos de Trabalho	Revisão dos relatórios parciais
9	SEM. NUTR.	Plenária	RELATÓRIO FINAL DE ENSINO DA NUTRIÇÃO
17	SEM. NUTR.		
19	SEM. NUTR.		

OBS — Estão incluídas neste programa as Sessões do Congresso da A. M. B. que apresentam especial interesse para os membros da ABEM.
Tôda a correspondência deverá ser enviada para **Diretoria da A. B. E. M. — Rua Paissandu, 231 — Rio.**

Relatório Final: Formação de Pessoal Para-Médico

A análise dos sumários dos debates efetuados pelos componentes dos cinco grupos que discutiram o tema: 'FORMAÇÃO DE PARA-MÉDICO', permitiu a elaboração do seguinte relatório geral.

Os grupos, na sua totalidade, encarecem a suma importância do programa e, explicitamente, reconhecem a conveniência de sua avaliação objetiva e, daí, seu equacionamento lúcido. Ao equacioná-lo, porém, que se atente, entre outros, para os seguintes parâmetros: binômio saúde-doença, saúde das comunidades, realidades sócio-econômicas do país e ordem jurídica existente.

Do ponto de vista conceitual, todos os grupos aceitam a definição básica do co-relator do tema, Prof. R. Mascarenhas, que caracteriza pessoal para-médico como aquele que desempenha, por definição ou delegação, atividades que permitam uma assistência mais ampla aos pacientes sadios ou doentes, sendo o trabalho do médico a razão da existência desse pessoal. Os grupos B. D. e E., no entanto, consideram o conceito restritivo e fazem-no em atenção ao estatuído na Carta da Organização Mundial de Saúde, que ensina ser a saúde "um estado de bem estar físico, mental e social" e que seu gozo é um dos direitos fundamentais de cada ser humano. Daí que, os que defendem a ampliação do conceito incluem entre o pessoal para-médico profissionais ou atividades cujo exercício não está necessariamente subordinado à ação médica e relacionadas ao binômio saúde-doença. O co-relator, a cuja conceitualização, essencialmente todos os grupos se subordinam, cinge-se a três categorias gerais: a) pessoal para-médico profissional (o que exerce uma profissão de nível superior, capacitado, pois, para o exercício de uma profissão liberal ou equivalente); b) pessoal para-médico auxiliar (cujo ingresso na carreira, exige conhecimentos equivalentes ao 1.º e 2.º ano do primeiro ciclo do curso médio) e c) pessoal para-médico não técnico (com preparação equivalente ao curso primário). Os membros dos grupos B. D. e E., no entanto, incluem outras categorias como dentistas, veterinários, farmacêuticos, sociólogos, físicos, estatísticos, biólogos, químicos, engenheiros sanitários e eletrônicos, economistas, antropólogos, técnicos de laboratório, técnicos de raios X, secretárias, estenógrafos, arquivistas, desenhistas e fotógrafos.

Com Mascarenhas, porém, todos conferem ao médico o papel de líder, cabendo-lhe, mediante uma clara noção de suas responsabilidades, a cooperação das próprias atividades com as do pessoal para-médico, de tal forma que se atente para o bem estar do indivíduo e da comunidade.

Não foi possível ao Relator Geral depreender, pelo menos da representação intelectual que lhe foi dado compulsar a definição precisa da natureza e do âmbito das atividades de cada categoria do pessoal para-médico, quando incluída pelos grupos no sentido amplo do termo. Foi salientada, sim, sua índole de equipe, com ênfase para conveniência de que na etapa de formação do médico, nele sejam inculcadas noções da natureza e da valia do pessoal para-médico, para seu ulterior exercício profissional.

Todos os grupos destacam a absoluta necessidade de que as Escolas de Medicina assumam a liderança da preparação de pessoal para-médico, coordenando ou diretamente organizando cursos para a formação. A solicitação é tão consistente e generalizada, que deixou no relator a convicção de que as Escolas de Medicina se têm até aqui omitido na consideração e execução de programas de ação, pelo menos, no que tange à maioria das categorias ou tipos de pessoal para-médico. Destacam-se como exemplo a seguir os projetos da Faculdade de Ciências Médicas da Guanabara e o da Escola Paulista de Medicina, atinentes a cursos especializados ou de licenciados em ciências básicas, bem como cursos do pessoal auxiliar técnico no campo da pesquisa.

Dentro dessa ordem de pensamento, um dos grupos (grupo-C) insiste que a A. B. E. M. designe uma "Comissão Permanente" com a responsabilidade de estudo crítico sistemático do problema da preparação de pessoal dêsse caráter. Finalmente, a maioria dos grupos encareceu a conveniência de que da execução dos programas de preparação de pessoal para médico participassem, direta ou indiretamente instituições outras, como escolas de saúde pública, hospitais e serviços de saúde.

Ao lado dessas considerações cumpre ao Relator mencionar outros tópicos ou aspectos, que todos ou a maioria dos grupos encarecem. Em relação ao pessoal para-médico de categoria profissional, todos os grupos condenam enfaticamente qualquer medida que enseje ou venha a considerar a possibilidade de formação de assistentes médicos (feldscher) ou de profissionais de formação próxima a dos médicos e que se destinem ao atendimento de comunidades rurais. Um dos grupos encarece ainda que precisamente o profissional destinado a medicina em áreas distanciadas dos centros urbanos necessita receber, se possível, uma formação mais rígida e qualificada. E isto porque este médico tem que atuar isolado, desprovido de assessoramento, sob pressões ambientais e, não raro, dentro de limites cruciais de tempo.

A necessidade de modificar a legislação vigente, no que tange ao exercício das profissões de enfermagem e psicologia clínica é en-

carecida pela maioria dos grupos, sem que definam com exatidão os termos da revisão a ser proposta, exceto no que se refere à redução dos critérios exigidos para o ingresso nos cursos de graduação em enfermagem. Paralelamente a maioria dos grupos se insurge contra o reconhecimento de "curiosas" no atendimento de partos, bem como de atendentes ou serviçais de enfermagem. Não obstante, dois grupos, reconhecendo a existência atual dessas categorias particularmente de atendentes (70, 8% do pessoal de enfermagem do Brasil), sugerem que se instituem programas que permitam elevar seu nível de conhecimento, desde que esse treinamento seja efetuado no próprio local onde exercem suas atividades.

Em resumo, todos os grupos, aceitando a premissa de que a participação do pessoal para-médico completa e amplia as atividades inerentes ao exercício da medicina, deixam entrever sua concordância com o que escreve Mascarenhas:

"Com o advento desses fatos, novos problemas surgiram tais como:

a) estudo das atribuições do médico que possam ser delegadas ao pessoal para-médico profissional;

b) reformulação do ensino do pessoal para-médico profissional, de modo a adaptá-lo as suas novas funções médicas delegadas;

c) estudos das atividades profissionais para-médicas que possam e devam ser delegadas ao pessoal auxiliar;

d) estudo das categorias e número de pessoal para-médico necessário a cada região;

e) reformulação do preparo de pessoal médico e para-médico profissional, dando-lhe maior ênfase, não apenas em suas funções de supervisão do pessoal auxiliar, mas, também, melhor compreensão da sociedade e de seus problemas sócio econômicos".

SEMINÁRIO SOBRE TREINAMENTO DE PESSOAL AUXILIAR PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE *

De 28 de março a 1 de abril p. p. tivemos oportunidade de participar, na cidade do México, de um Seminário promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde, com a finalidade de discutir al-

* Ermengarda de Faria Alvim, convidada especial da OMS para tomar parte no Seminário.

guns aspectos do treinamento de pessoal auxiliar utilizado pelos Serviços de Saúde, conforme destacado pelo consultor da O. M. S. Dr. Branko Kesic, no seu Informe "Training and Utilization of Health Workers in Latin América". O seu trabalho foi baseado em observações feitas no Brasil, El Salvador, México, Perú e Venezuela.

Durante o Seminário foram discutidos os seguintes temas:

- filosofia da utilização do pessoal auxiliar;
- número necessário e utilização do pessoal auxiliar;
- treinamento indicado;
- seleção de pessoal;
- supervisão e avaliação.

Destacaremos apenas algumas das conclusões relacionadas aos diferentes temas:

1.º — Considerou-se que o **treinamento de pessoal auxiliar deve ser considerado uma tarefa permanente**, pois embora se observe um aumento de profissionais, **haverá necessidade de auxiliares em número cada vez maior**, como demonstra a experiência dos países mais desenvolvidos. É necessário reconhecer que os auxiliares devidamente treinados conquistaram lugar permanente e definido na equipe de saúde.

— **Serviços devidamente estruturados e supervisão regular** foram consideradas condições indispensáveis para a utilização eficiente do pessoal auxiliar.

2.º — Foi destacada a necessidade de serem claramente definidas as funções do pessoal auxiliar, assim como a proporção recomendável entre elementos auxiliares e profissionais. Na determinação do número necessário, além dos dados populacionais, devem ser tomados em consideração fatores culturais e o nível econômico das comunidades a serem servidas por esse pessoal, assim como os recursos de que dispõe para treinamento.

Presentemente muitos países utilizam pessoal auxiliar sem treinamento de qualquer espécie. Alguns dêsse preenchem os requisitos para receberem formação formal; os demais deveriam ser treinados em serviço pelas próprias instituições onde atuam.

As disposições legais e administrativas devem ser suficientemente flexíveis para permitir o emprêgo de diferentes categorias de pessoal auxiliar, necessários ao desenvolvimento normal dos programas de saúde em desenvolvimento.

Recomenda-se que sejam organizados manuais dos quais constem as atribuições do pessoal auxiliar e em que seja claramente descrita sua atuação.

O treinamento recebido por um elemento auxiliar deve ser tomado na devida conta na classificação do pessoal de diferentes níveis.

3.º — Recomendou-se que o requisito mínimo de admissão a um

treinamento formal seja o curso elementar e quando possível, no máximo, mais 1 ou 2 anos do curso secundário.

O treinamento desse pessoal deve ser essencialmente prático, desenvolvido preferentemente no próprio local de trabalho.

4.º — A seleção do pessoal auxiliar deve merecer atenção especial.

Embora o primário completo e 1 ou 2 anos secundários seja o ótimo desejável, devem os requisitos ajustar-se às condições locais.

Otros fatores a considerar são as condições de saúde, personalidade, consciência social, vocação, interesse pelo trabalho e responsabilidade.

Recursos a utilizar na seleção são os antecedentes escolares, exames psicotécnicos, referências e a entrevista pessoal.

Na seleção de candidatos deve ser dada prioridade ao pessoal já existente nos serviços e que reünam as condições indicadas.

5.º — O grupo considerou de grande importância no treinamento de pessoal auxiliar, a supervisão e avaliação, tanto das atividades de treinamento como da atuação dos auxiliares.

Recomendou-se que para incentivar os auxiliares lhes sejam proporcionadas oportunidades para prosseguir nos estudos, a fim de conseguirem o nível profissional.

OBSERVAÇÃO: O relatório do Dr. Kesic, assim como as Conclusões desse Seminário serão publicados em Informe Técnico da O. M. S.

NOTÍCIAS

FUNDO NACIONAL DO ENSINO SUPERIOR

No plano de aplicação dos recursos que foram consignados em favor da Diretoria do Ensino Superior do MEC pelo Fundo Nacional do Ensino Superior, as Escolas de Enfermagem de nível superior foram beneficiadas recebendo valioso auxílio em áreas de importância para o desenvolvimento do ensino.

De acôrdo com êsse mesmo plano de aplicação os auxílios foram assim distribuídos, no que diz respeito a enfermagem:

1 — na contratação de especialistas e professores de renome para o preparo de livros de texto para o ensino;

2 — por meio de subvenções, com assinaturas de convênios, objetivando a expansão e o aperfeiçoamento do ensino, vinculada, como é a enfermagem, aos setores de desenvolvimento e bem estar nacional, compreendendo:

2. 1. — bolsas de estudos a estudantes, como estímulo à aplicação;

2. 2. — bolsas de estudos a estudantes carentes de recursos;

2. 3. — instalação e ampliação de bibliotecas mediante a aquisição de livros, periódicos, microfilmes, etc.;

2. 4. — manutenção de imóveis.

A importância do auxílio fala por si só do interesse das escolas no prosseguimento dos trabalhos da Comissão Especial da DESU.

PESQUISAS DO CANCER

Foi instalada em Lyon, na França, o Centro Internacional de Pesquisas do Câncer, tendo sido nomeado como seu primeiro Diretor, Dr. John Higginson, natural da Irlanda do Norte, professor da Universidade de Kansas.

CURSOS DE OBSTETRICIA E DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo mantém êstes dois cursos, abertos a estudantes que concluíram o curso normal de graduação. As matrículas para o ano de 1967 serão de 1 a 31 de janeiro do próximo ano.

CONCURSO "SEMANA DA ENFERMAGEM"

Foi instituído um 1.º prêmio de Cr\$ 50 000 (cinquenta mil cruzeiros) ao melhor trabalho apresentado sob o tema "O que penso sobre o ensino de enfermagem". Com a escolha deste tema espera a RBEn despertar o interesse de todos os estudantes sobre assunto que é a grande preocupação de todos aqueles que desejam o desenvolvimento da profissão. A contribuição dos estudantes nesse sentido tem sido e continuará a ser valiosa.

DOUTORAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

Com grande brilho e justificada satisfação de toda a enfermagem brasileira, nossa colega Maria Silvana Teixeira recebeu o grau de Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

"Utilização de Pessoal Auxiliar em Enfermagem de Saúde Pública" foi a tese apresentada, que servirá de marco a mais um avanço da Enfermagem no Brasil. Muito êxito profissional e pessoal deseja-lhe a RBEn.

ENFERMEIRA NA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Maria Francisca Rangel de Jesus Barros é a Diretora da Divisão de Educação Sanitária da Secretaria de Saúde (SES) nomeada pelo prefeito do D. F.

Pelo seu Regimento, aprovado em dezembro de 1965, a Secretaria de Saúde do D. F. tem, como um de seus Órgãos Centrais, a Coordenação de Saúde Pública da qual faz parte a Divisão de Educação Sanitária ao lado da Assessoria de Saúde Pública, Divisão de Epidemiologia e Estatística e Divisão de Coordenação e Controle.

Da Divisão de Educação Sanitária fazem parte a Seção de Ciências Sociais aplicadas, Seção de Programas e Avaliação e Seção de Recursos Audio-Visuais, a ela competindo:

1. estudar as condições sócio-culturais da população do D. F., no que concerne à Saúde Pública;
2. pesquisar os métodos de educação sanitária a serem utilizados no D. F.;
3. opinar sobre a concessão de bolsas de estudos a qualquer servidor da SES;
4. promover programas de educação sanitária em colaboração com os demais órgãos da SES ou com outros serviços de saúde, públicos ou privados;

5. promover o intercâmbio técnico e científico com instituições relacionadas com a saúde pública;
6. elaborar, de comum acôrdo com o Centro de Seleção e Aperfeiçoamento, o programa de treinamento dos Servidores da SES;
7. promover a publicação do Boletim Informativo ou qualquer outra publicação da SES;
8. promover o preparo do material audio-visual necessário às atividades da SES;
9. divulgar informações e trabalhos técnicos que tenham interesse público e importância sanitária;
10. colaborar no planejamento dos programas de saúde pública.

A RBen faz votos de pleno êxito à Maria Francisca.

Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem: Portaria n.º 132, de 5 de maio de 1966.

O Ministro de Estado da Educação e Cultura, de acôrdo com o dispositivo no art. 2.º da Portaria n.º 187, de 18 de junho de 1965, e acolhendo indicação da Diretoria do Ensino Superior, resolve instituir a Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem (CEE-ENFERMAGEM), com os seguintes membros:

- 1) WALESKA PAIXÃO — Escola Ana Nery da Unievrside Federal do Rio de Jaseiro;
- 2) HAYDÉE GUANAIS DOURADO — Funcionária do Ministério da Educação e Cultura;
- 3) CIRCE DE MELLO RIBEIRO — Associação Brasileira de Enfermagem;
- 4) IZAURA BARBOSA LIMA — Funcionária do Ministério da Saúde e
- 5) MARIA ROSA SOUZA PINHEIRO — Universidade do Estado de São Paulo.

PEDRO ALEIXO

O HOMEM E A CIDADE

DIA MUNDIAL DA SAÚDE 7 DE ABRIL DE 1966

MENSAGEM DO DR. M. G. CANDAU

DIRETOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE

Nos últimos cem anos, a população do mundo duplicou, ao passo que a população das cidades aumentou cinco vezes.

Esses dados demonstram o rápido progresso da urbanização, que é um dos aspectos mais característicos do mundo atual. A situação pode determinar certo desleixo com os problemas da saúde. O **Dia Mundial da Saúde de 1966** será dedicado a chamar a atenção para as necessidades humanas, especialmente as necessidades de saúde mental, nos complexos cenários urbanos da atualidade e para a contribuição que o pessoal sanitário, em cooperação com outros grupos profissionais, pode fazer para criar um ambiente humano mais harmonioso nas cidades de hoje e de amanhã.

Através do mundo, o crescimento monstruoso das cidades deu origem aos pardieiros e favelas, nos quais seguramente um terço da população do mundo se amontoa em condições contrárias às exigências de uma vida sadia. Mas, ainda que um mínimo de necessidades materiais básicas seja atendido, a cidade moderna ameaça de muitas maneiras a saúde de seus habitantes.

Muitas pessoas que chegam à cidade procedentes do campo têm de aprender a viver com menos espaço, menos sol, menos ar puro, menos verdura e mais barulho com menor liberdade de fazer barulho. Tanto o trabalho quanto as distrações são diferentes. Os padrões tradicionais da vida numa comunidade são desorganizados. Os recém-chegados podem não conseguir adaptar-se aos usos da cidade, surgindo então problemas de ajustamento de várias espécies. As perturbações neuróticas e psico-somáticas são, sem dúvida, grandemente associadas ao congestionamento, ao barulho e ao ritmo febril da vida urbana, ao seu vasto anonimato e às injunções muito poderosas para que o indivíduo faça isto ou aquilo. Por outro lado, em contraste com o esplendor da cidade moderna, suas possibilidades de emprêgo, sua riqueza educacional e suas realizações cul-

turais, encontra-se a delinqüência, o crime, a prostituição, o alcoolismo e o uso excessivo de drogas.

O trabalhador sanitário têm, sem dúvida alguma, um papel a desempenhar no combate a êsses problemas. No estado atual do conhecimento, ainda há numerosas questões sem solução nesse campo. Muito, entretanto, pode ser feito pelos profissionais, pelas autoridades e pelos grupos cívicos, bem como pelos cidadãos em geral, para tornar as nossas cidades lugares onde se possa viver melhor.

ABEn

Endereços:

Séde: Av. Franklin Roosevelt, 39 — apt. 1 303 — Rio de Janeiro — GB

Presidente — Secretária Executiva — Editor da RBEn

Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 440 — Caixa Postal 5 751 — S. Paulo

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

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

Assinatura:

No Brasil Cr\$ 2 500 para sócios quites

Cr\$ 4 000 demais assinantes

No Estrangeiro Cr\$ 6 000 por ano

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

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

Os artigos devem versar 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) cm de cada lado e com referência bibliográfica segundo as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Solicita-se permuta
Exchange is requested

Se solicita el canje
On désire établir échange

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

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM



Operação no Pê. Autor: Adriaen BROUWER. Museu Histórico de Frankfurt

BENDITAS AS MÃOS QUE CURAM

Que trazem a saúde. Ajudando os médicos, apresentamos os mais diversos tipos de compressas hospitalares de alta qualidade. Assim, colaboramos com o abençoado trabalho da Medicina.

ESPARADRAPO CIRÚRGICO Johnson's:

- Diversos tamanhos
- Aderência instantânea
- Flexíveis
- Impermeáveis
- Resistentes



BRANCO E CÔR DA PELE

Johnson-Johnson

AJUDANDO AS MÃOS QUE CURAM