revista brasileira de enfermagem

ANO XX JANEIRO-FEVEREIRO DE 1967 N.º 1

...e mantenha a assepsia com

Fisohex®

Os médicos estão de acôrdo que, no pós-operatório e pós-parto, no cuidado do recém-nascido, nos curativos e higiene habitual dos pacientes e sempre que se fizer necessária assepsia integral, para prevenir infecções, FISOHEX é indicado

Apresentado em frascos plásticos de 150 cm^3 para uso individual e em frascos de 1000 cm^3 para uso hospitalar.

FI-6-67

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Ano XX JANEIRO - FEVEREIRO DE 1967 N.º 1

SUMÁRIO

EDITORIAL

Reformas das estruturas universitárias 5

Auxiliares de enfermagem: melhoria de níveis 5

EDUCAÇÃO

Considerações sôbre o diagnóstico de Enfermagem — Wanda de Aguiar Horta 7

Enfermagem no período pós anestésico — Zuleika M. Kannebley 14

Modificações bioquímicas e microbiológicas dos alimentos — Lêda Matos Kober 23

O sistema de internato como estágio de Administração aplicada à Enfermagem — Alda Neves de Godoy 31

SERVIÇO

O paciente asmático e sua reabilitação — Vera de Souza Bida 36

Enfermagem Geriátrica — Cléa Alves de Figueiredo Fernandes 46

Diretor Responsável: Circe de Melo Ribeiro
Coordenador: Maria Rosa S. Pinheiro
Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado
Editor: Anayde Corrêa de Carvalho
Gerente: Maria Notarnicola

LEGISLAÇÃO

Decreto n.º 57 429/65 — Revoga o Dec. n.º 1262/62 56

Decreto-lei n.º 299/67 — Reorganiza o Grupo Ocupacional da Lei n.º 3 780/60 56

Decreto-lei n.º 53/56 — Fixa princípios e normas de organização para as universidades federais 60

INTERÊSSE GERAL

ABEn — Seção do Ceará: histórico 63

Aplicação dos artigos 90 e 91 da Lei n.º 4 024/61 77

Instruções às Escolas de Auxiliar de Enfermagem 79

Normas para a opção nos têrmos do art. 110, da LDB 81

Revisão do currículo mínimo do curso de graduação de enfermagem 82

O ensino médio de enfermagem na nova estrutura do Ministério da Educação e Cultura 86

Pessoal de enfermagem formado pelas Fôrças Armadas e Militarizadas 89

Histórico da Escola de Enfermagem "Ana Neri" — Parte II 91

Teologia do Corpo Humano — Pe. Frei Fernando Zanini 94

PÁGINA DO ESTUDANTE

O espírito de enfermagem — Irmã Maria de Santa Brígida 97

NOTÍCIAS

Uma prece 101

"Per capita" da ABEn 101

XIX Congresso Brasileiro de Enfermagem 102

V Congresso Nacional de Hospitais 102

Cursos ministrados: Uso de material em Instrução Programada e Enfermagem no Lar 102

Cursos novos: Enfermagem de Saúde Pública e pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica 103

CICIAMS 103

ICN 103

Viagem para o exterior 103

Manual Ilustrado de Rotinas de Hospital 103

ABEn

Endereços:

Sede: Av. Franklin Roosevelt, 39 - apt. 1 303 — Rio - GB

Presidente: Secretária Executiva — Editor da RBEn: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 440 - C. P. 5 751 — S. Paulo

EDITORIAL

REFORMAS DAS ESTRUTURAS UNIVERSITÁRIAS

A reforma que se processa atualmente segundo as normas traçadas pelo Decreto-Lei n.º 53 de 1966 tem como objetivo reestruturar as universidades federais para que se tornem organismos aptos a realizar seus fins. Êstes fins incluem pesquisa para aumentar o conhecimento e para melhorar a vida do homem sôbre a terra. A pesquisa e o ensino são vistos em associação contínua.

Sempre se fazem necessárias as reformas, tanto mais agora quando grandes áreas do Brasil passam por transformações econômicas que o levarão à categoria de país desenvolvido.

Presentemente há um clamor por recursos para melhor ensino universitário e pesquisa, sobretudo para êste último aspecto. Intenta-se a reforma das estruturas das universidades federais, não só para ser possível começar a atender êsses reclamos, como também para serem bem aproveitadas as vultosas dotações que deverão ser futuramente destinadas às universidades.

Para que as dotações sirvam às múltiplas formações profissionais, sem duplicação de despesas, é que se quer essa reforma. Sem dúvida os recursos requeridos para o ensino superior serão cada vez maiores. Longe está o tempo de os possuirmos disponíveis para as necessidades dêsse setor. Entretanto, mesmo na atual penúria de técnicos e de meios materiais, sabemos que existe algum desperdício, quer de capacidade ociosa e laboratórios duplicados, quer em disponibilidade de bons pesquisadores mal pagos e mal aproveitados.

As escolas de enfermagem não só deverão se beneficiar de uma futura redistribuição e reorganização dêsses recursos, como também poderão contribuir com pesquisas simples para aclarar pontos obscuros da assistência à saúde e da educação, não só recebendo mas também dando, à medida de suas fôrças, dentro da comunidade universitária.

Auxiliares de enfermagem: melhoria de níveis

Os auxiliares de enfermagem de serviço público federal passaram, por Decreto-Lei de 28 de fevereiro (D. O. da União do mesmo dia) aos níveis 13, 14 e 15. É com grande regosijo que a Revista

Brasileira de Enfermagem registra o fato. Também desaparece, com dispositivo contido nesse Decreto-Lei, a série de classes de Assistente de Enfermagem, sendo os atuais ocupantes absorvidos nos novos níveis da série de classes de Auxiliares de Enfermagem. Temos dêsse modo menos confusão e mais certeza no tratamento das ocupações de enfermagem. O nome do Marechal Castelo Branco e de seus colaboradores, nesse final de govêrno, é inscrito com tôda a gratidão pela Revista da Associação Brasileira de Enfermagem.

EDUCAÇÃO

CONSIDERAÇÕES SÔBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Wanda de Aguiar Horta *

I — Introdução

Diagnose é a palavra de origem grega e significa "conhecer mediante". A Enciclopédia Britânica relaciona o vocábulo à medicina conceituando-o assim: "conhecer a doença através dos sintomas". No dicionário Webster encontramos outras interpretações: "diagnóstico é a investigação cuidadosa dos fatos que determinam a natureza e causa de uma condição, situação ou problema, e a decisão ou opinião resultante de tal exame ou investigação; esta inclui percepção crítica, pesquisa e análise a qual resulta em uma conclusão"; "diagnóstico é a investigação cuidadosa dos fatos que determinam a natureza de um evento".

O vocábulo diagnóstico não é de uso exclusivo dos médicos, outros profissionais o utilizam: advogados, psicólogos, assistentes sociais, geólogos, economistas, etc. No campo técnico inúmeros especialistas diagnosticam defeitos em máquinas e sistemas: o mecânico, o eletricista, o contador e muitos outros.

Diagnosticar é, em síntese, aplicar o método científico, isto é, a utilização dos processos lógicos pelo pensamento, na busca da verdade ou na sua exposição. Os processos gerais de pensamento são utilizados de modo sistemático e refletido na procura do diagnóstico. Para melhor elucidar o que ficou dito acima procuraremos explicar o encadeiamento analítico que caracteriza o método científico.

Primeiramente é necessário observar **com atenção** para perceber que em cada situação existe um problema. A seguir isolar, evidenciar e definir êste problema. O passo seguinte consiste no levantamento de dados que nos levam a emitir hipóteses plausíveis para solucionar a questão. Uma vez emitidas as hipóteses, estas devem ser submetidas à comprovação, seja por meio de raciocínios lógicos, seja pela experimentação ou confronto com fatos conhecidos.

---

* Professôra da Cadeira de Fundamentos de Enfermagem, da Escola de Enfermagem de São Paulo, da Universidade de São Paulo.

Isto feito devemos aceitar como solução cientìficamente verdadeira a hipótese que resista a tôdas as comprovações. Por fim chegamos à generalização ,isto é, aplicação das conclusões obtidas a outros problemas similares.

II — Diagnóstico de Enfermagem

Embora a locução esteja em uso já há alguns anos nos Estados Unidos, e mesmo aí ainda suscite controvérsias, sòmente agora, no Brasil, está sendo utilizada e muito tìmidamente.

Faye Abdellah, enfermeira e chefe assistente da Divisão de Pesquisas em Enfermagem do Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar, de Washington D. C., define diagnóstico de enfermagem como "a determinação da natureza e extensão dos problemas de enfermagem apresentados pelos pacientes ou família que recebem cuidados de enfermagem". (1) Outro autor ainda define: "é uma conclusão baseada na determinação científica das necessidades de enfermagem de um indivíduo, resultante da análise crítica de seu comportamento, da natureza de sua doença e de numerosos outros fatôres que afetam a sua condição." (2)

III — A formação profissional e o diagnóstico de enfermagem

Em sua formação profissional, terá o enfermeiro elementos que o autorizam a fazer um diagnóstico de enfermagem? Acreditamos que sim, pelas razões que a seguir exporemos:

1.º — No currículo das escolas de enfermagem recebe o profissional os elementos fundamentais das ciências básicas — Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Nutrição, Psicologia, Sociologia, Ética, Patologia geral e especial e sobretudo os fundamentos da enfermagem geral e especializada.

2.º — Desde o primeiro ano do curso o estudante de enfermagem é levado a utilizar, em tôda a sua aprendizagem prática, os princípios científicos adquiridos no curso de ciências básicas, permitindo destarte a integração entre teoria e prática.

3.º — A rica experiência da vida profissional resultante da vivência de vinte quatro horas em contacto com os problemas do paciente ensejam ao enfermeiro a oportunidade do desenvolvimento científico e da participação ativa nos planos terapêuticos curativos, preventivos ou de reabilitação dos indivíduos sob seus cuidados.

IV — Urgência e necessidade do diagnóstico de enfermagem

Relacionaremos alguns dos motivos que tornam mais urgente a necessidade do diagnóstico de enfermagem.

1.º — O pequeno número de enfermeiros, assoberbados com a sobrecarga das tarefas administrativas, além de seus encargos de chefia e responsabilidades de liderança, impede que os mesmos dêm cuidados pessoais de cabeceira aos pacientes sob sua guarda; desta situação resulta a delegação de inúmeras atribuições ao pessoal auxiliar. Essa delegação não é e nem deve ser arbitrária, o enfermeiro é obrigado a planejar tôdas aquelas tarefas para que o pessoal, sob sua orientação, as execute. Mas, como é possível planejar o tratamento de enfermagem sem antes diagnosticar as necessidades do paciente? Surge então a necessidade do diagnóstico de enfermagem, rápido e seguro a fim de que o indivíduo receba o cuidado adequado ao seu estado.

2.º — Fatôres sócio-econômicos obrigam a que problemas de saúde do indivíduo, grupo ou comunidade, sejam solucionados no mais curto prazo de tempo; é absolutamente anti-econômico o uso de medidas empíricas, ensaios de êrro e acêrto; cabe ao enfermeiro fazer o diagnóstico de enfermagem e aplicar o tratamento específico. Uma falha na identificação do problema leva a uma orientação errada ou inadequada no cuidado do paciente, podendo inclusive resultar em êxito letal por ter sido atendido erradamente ou, mesmo, por não ter recebido cuidado algum.

3.º — O progresso das ciências do Homem em especial das ciências médicas exigem do enfermeiro maior soma de conhecimentos, maior capacidade de reflexão, análise e síntese levando-o, em suma, a utilizar êstes processos na resolução dos problemas dos indivíduos, grupos ou comunidades sob sua orientação profissional.

V — **Diagnóstico de enfermagem e Planejamento Assistencial**

Todos os sêres humanos, sejam êles brancos, pretos ou amarelos, altos ou baixos, homens ou mulheres, professando êste ou aquêle credo religioso, ligados ideològicamente a qualquer regime político ou filosófico, em qualquer estágio do desenvolvimento cultural, todos sem exceção, apresentam necessidades básicas das quais não conseguem se libertar ,e são elas as molas mestras que determinam o comportamento do homem. Há variantes no modo como essas necessidades podem ser atendidas quanto à escala prioritária de seu atendimento, na maior ou menor valorização de cada uma delas e sua percepção pelo indivíduo; porém, como já frisamos, elas são as mesmas para todos os sêres humanos.

Neste trabalho identificaremos as necessidades humanas em seus três planos a saber: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

As necessidades psicobiológicas são primárias e quando não atendidas, afetam vitalmente o indivíduo; são elas: respiração, alimen-

tação, eliminação, de abrigo, vestuário, confôrto físico (relacionado à posição ambiente, limpeza e proteção contra agentes externos), sono, repouso, exercício, higiene pessoal e de reprodução.

Dentre as psicossociais apontamos as necessidades: gregária, de amor, comunicação, segurança, novas experiências, recreação, consideração e aprovação, respeito, trabalho criador, satisfação pessoal, liberdade, etc.

As psicoespirituais básicas são: a religiosa (crença num Ser Superior ou Supremo) e a necessidade de uma filosofia de vida ou sistema orientador de vida ou ainda o instinto ético.

Tôdas estas necessidades estão integradas no indivíduo e interligadas pelo psíquico; assim é que o não atendimento de uma necessidade na esfera psicobiológica vai repercutir também na psicossocial e psicoespiritual, e vice-versa.

O homem é um todo, não é possível separá-lo em entidades distintas; isto faria com que perdesse a sua unicidade. É sob êste aspecto que a enfermagem o vê, e ainda mais, vê e preserva sua individualidade.

A enfermagem sabe que o paciente tem necessidades básicas, que faz parte de uma família, de um grupo social, de uma comunidade na qual desempenha papéis; sabe ainda mais que a doença, experiência frustradora, não só o atinge mas também à sua família, amigos, grupo social e à comunidade. Tentaremos, através de um exemplo, distinguir mais claramente o diagnóstico de enfermagem daquele específico do médico.

Recebemos um paciente em estado de coma, inconsciente; seu diagnóstico médico poderá ser coma diabético, coma hepático, acidente vascular cerebral, encefalopatia, etc. Seja qual fôr o diagnóstico médico o paciente está em coma e inconsciente isto é, está incapacitado de atender às suas necessidades básicas, mesmo àquelas indispensáveis à vida: alimentação, eliminação e até mesmo de respiração; se o deixamos numa determinada posição êle, voluntária ou involuntàriamente não a modificará; suas necessidades psicossociais e psicoespirituais não são expressadas pois sua capacidade de comunicação foi interrompida total ou parcialmente. Diante dêsse quadro podemos chegar ao seguinte diagnóstico de enfermagem: "Deficiência total das atividades da vida de relação e deficiência parcial das atividades da vida vegetativa".

Feito o diagnóstico traçamos então o plano para o tratamento de enfermagem que é conhecido como plano assistencial ou de cuidados de enfermagem. Em linhas gerais êste plano obedece ao seguinte esquema:

1 — Cuidados higiênicos —manutenção do paciente limpo, sêco, atenção especial à higiene das cavidades naturais; massagem nas

regiões sujeitas às escaras de decúbito. Cuidado com os cabelos através da escovação, penteado e da lavagem semanal. A troca da roupa pessoal e de cama será diária, uma ou mais vêzes se fôr necessário. Proteção dos olhos contra a dessecação e luminosidade.

2 — Atividades físicas — mudança de decúbito cada duas horas colocando-se as articulações em posição funcional. Exercícios passivos com os membros e em especial com os pés apoiando-os para evitar deformações.

3 — Observação e contrôle das atividades vitais — verificação do pulso, temperatura, respiração e pressão arterial com a freqüência requerida pelo caso clínico, contrôle das eliminações por tôdas as vias e observação especial do abdome para identificar sinais de distensão abdominal.

4 — Alimentação — observação da capacidade de deglutição que irá indicar ou não o uso da sonda gástrica. Se a alimentação fôr por sonda, aplicar os cuidados referentes à situação.

5 — Cuidados psicológicos, sociais e espirituais — embora em aparente estado de inconsciência o paciente deverá ser sempre chamado pelo nome, receberá também explicações do cuidado que irá receber em voz clara e normal. Será preciso fazer o doente — ainda que inconsciente — sentir-se em segurança, ao movê-lo, nas comunicações verbais e tácteis; transmitir-lhe amor e consideração por expressões carinhosas, pelo afago amigo e terno das mãos. Observar quaisquer sinais que demonstrem reconhecimento ou volta à consciência do paciente. Estimular visita de familiares com orientação prévia, solicitar e providenciar assistência religiosa.

6 — Cuidados com a medicação — a prescrição médica merecerá da enfermagem tôda a atenção na observância dos efeitos esperados e indesejáveis das drogas ministradas; havendo prescrição de drogas por via parenteral deve-se ter o cuidado da alternância dos locais de aplicação.

7 — Ambiente — o quarto deverá ser mantido limpo, ventilado, claro, aquecido, sem ruído e odores desagradáveis. Proteção contra insetos e excesso de luz.

8 — Proteção contra infecções e acidentes — tôdas as técnicas serão utilizadas com todo o rigor da assepsia médica ou cirúrgica afim de evitar o agravamento do estado do enfêrmo com infecções cruzadas adquiridas no hospital. Através da aplicação adequada das técnicas serão evitados acidentes diversos tais como: quedas, queimaduras, explosões, ferimentos, fraturas etc.

Poderíamos nos a longar indefinidamente sôbre todos os cuidados que devem ser ministrados a um paciente nestas condições mas preferimos abordá-los sumária e superficialmente.

Um dos princípios fundamentais que rege o plano assistencial é a sua abordagem no triplo aspecto: curativo, preventivo e de reabilitação. Demonstraremos a aplicação dêste princípio dando como exemplo a mudança de decúbito, dentro do tópico "atividades físicas".

Aspecto curativo: a mudança de decúbito cada duas horas favorece a circulação geral e alivia a fadiga muscular. Preventivo: evita as escaras de decúbito resultantes da ação prolongada sôbre os tecidos e da reação do colchão à pressão exercida pelo pêso do indivíduo; previne-se ainda a pneumonia consequente à estase pulmonar. De realibitação: as articulações são mantidas em posição funcional e diàriamente são executados exercícios passivos preparando o aparelho locomotor do paciente para a sua perfeita funcionalidade assim que possa restabelecer voluntàriamente seus movimentos. Analisando cada cuidado prestado ao enfêrmo encontraremos sempre êste triplo aspecto.

O diagnóstico de enfermagem não se confunde, em absoluto, com o diagnóstico médico porque não tem por finalidade identificar a doença ou as doenças do invidíduo mas sim identificar as necessidades do indivíduo para orientar o plano assistencial a que êle tem direito.

Com seu diagnóstico de enfermagem firmado o enfermeiro estará em condições de decidir sôbre os cuidados de enfermagem que deverão ser prestados àquele doente e também sôbre a orientação a seguir, após a alta, com tarefas específicas de enfermagem de saúde pública.

O único inconveniente aparente do diagnóstico de enfermagem é a tendência natural de grupar os paientes em classes definidas segundo o diagnóstico feito e, a cada uma das classes, aplicar um único plano assistencial a todos os seus membros. Êsse perigo será sanado se o enfermeiro receber realmente boa formação profissional. Para um bom enfermeiro o ser humano é o único a ser êle mesmo, portanto, um plano feito para um determinado indivíduo não pode ser aplicado a outrem, a não ser em linhas gerais; cuidados específicos porém, serão sempre individuais. A enfermagem deve ter sempre presente no espírito as palavras de Meister Eckart:

"Ser eu um homem,
isso compartilho com outros homens.
Ser eu capaz de ver e ouvir,
é o que também fazem todos os animais
Mas eu ser eu é apenas meu,
isso pertence a mim
e a mais ninguém;
a nenhum outro homem

nem a anjo nem a Deus
exceto na medida em que
sou idêntico a Êle."

VI — **Conclusão**

O enfermeiro, por diversos fatôres, está habilitado a fazer o diagnóstico de enfermagem. Êste diagnóstico baseia-se na observação, percepção e levantamento dos problemas e necessidades do indivíduo, grupo ou comunidade. Com os dados obtidos o enfermeiro formulará hipóteses plausíveis que, sujeitas à experimentação ou raciocínio lógico, serão ou não aceitas como hipóteses verdadeiras. Firmado o diagnóstico será traçado o plano assistencial que se baseia na compreensão dos princípios sôbre os quais se firmam as medidas tomadas para solver os problemas dos pacientes, grupos ou comunidades; e, finalmente, na determinação das reações dos mesmos à solução dos problemas. Dentro dêste nôvo esquema de trabalho a enfermagem se encaminhará para a pesquisa em amplos setôres que até o momento se conservam inexplorados e mesmo, desconhecidos.

VII — **Bibliografia**

1. ABDELLAH, Faye and others. — Patient-centered approaches to nursing. 3 rd. ed. New Hork, MacMillan, 1961.
2. BONNEY, Virginia. — The nursing diagnosis. **Canadian Nurse, 59** (19): 1148, Dec., 1963.
3. CHAMBERS, Wilma. — Nursing diagnosis. **Amer. Journ. of Nurs., 62** (11): 102, Nov. 1962.
4. FROMM, Erich. — Análise do homem. 2.ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1961.
5. HENDERSON, Virgínia. — Princípios básicos sôbre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, SESP, 1962.
6. KOMORITA, Nori J. — Nursing diagnosis. **Amer. Journ. of Nurs., 63** (.2): 83, Dec. .963.
7. MOHANA, João. — O mundo e eu. 2.ª ed. Rio de Janeiro, AGIR, 1964.

ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS ANESTÉSICO

Zuleika M. Kannebley *

1. INTRODUÇÃO

Considerando-se a toxidez das drogas anestésicas e suas ações depressoras no sistema nervoso central, pode-se encarar como crítico o período pós anestesia geral, o qual exige a presença de uma boa enfermagem ao paciente operado que ainda está sob os efeitos da anestesia.

Justificando o emprêgo do qualificativo "crítico", faremos a seguir um sumário das alterações fisiológicas que se processam no decurso de uma anestesia geral. É indispensável que a enfermeira tenha conhecimento daquelas alterações a fim de que possa cuidar com segurança do paciente operado.

2. Alterações fisiológicas produzidas pelas anestesias

Embora o mecanismo de ação das drogas anestésicas não esteja bem esclarecido, sabe-se que elas produzem uma depressão descendente e irregular no sistema nervoso central, atingindo sucessivamente a córtex cerebral, diencéfalo, mesencéfalo, medula e finalmente os centros bulbares. (Esta maior resistência oferecida pelo bulbo à ação dos anestésicos é extremamente vantajosa considerando-se que aí estão localizados os centros de vital importância). As alterações fisiológicas apresentadas por um paciente que recebe anestesia geral estão quase tôdas relacionadas com a depressão ocorrida nos diversos segmentos do sistema nervoso. Passaremos a considerar as alterações mais importantes.

2.1. Depressão das funções corticais cerebrais — Leva a um estado de inconsciência que se caracteriza pela abolição da capacidade de percepção dos estímulos oriundos do interior do nosso corpo e do mundo externo(estímulos internos e externos). A inconsciência acompanha-se da perda de movimentação voluntária e das reações sensoriais dos sentidos especiais (visão, olfação, gustação, audição) e dos sentidos periféricos (dor, tato). Cumpre notar que as reações sensoriais especiais não são abolidas simultânea-

* Professôra da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

mente, e que pacientes supostos estarem completamente inconscientes por não serem capazes de falar, de se movimentar, ainda estão ouvindo. É esta uma das razões pelas quais se recomenda silêncio na sala de anestesia evitando-se que o paciente, antes de entrar em pleno período de inconsciência, tenha ouvido coisas que poderiam augustiá-lo.

2. 2 — **Hipóxia** — Vários fatôres concorrem para a diminuição do teor de oxigênio fornecido aos tecidos durante ou após a cirurgia. A hipóxia deve ser prevenida e combatida antes que caminhe para um estado de anóxia. Quatro tipos de hipóxia são conhecidos, podendo qualquer um dêles, ou todos simultâneamente, estarem presentes no decurso de uma anestesia, a saber: hipóxia anóxica que se caracteriza pela baixa do teor de oxigênio no sangue arterial o que poderá ocorrer pela depressão do centro respiratório ou por obstrução respiratória ;hipóxia anêmica que ocorre principalmente nas hemorragias pela baixa do teor de hemoglobina para transporte de oxigênio; hipóxia estagnante que resulta de um distúrbio circulatório com hipotensão e diminuição da velocidade da circulação, havendo neste caso um atraso no fornecimento de oxigênio aos tecidos; hipóxia histotóxica que resulta dos efeitos dos anestésicos sôbre os enzimas do tecido celular; apesar de haver boa absorção de oxigênio pelos capilares dos alvéolos pulmonares, quantidade suficiente de hemoglobina e um fluxo sanguíneo normal as células não possuem condições para absorver o oxigênio que lhes é fornecido.

2. 3. — **Depressão dos Centros Bulbares** — Respiratório, cardíaco, vasomotor, do vômito e da deglutição (parte reflexa e involuntária do ato de deglutinar).

A depressão do bulbo pelos anestésicos conduz a efeitos relacionados a um ou mais centros aí localizados.

Quando o centro respiratório sofre depressão pela droga, a respiração se torna superficial e vagarosa. Diminuindo as trocas respiratórias ,o paciente caminhará para uma hipóxia cujo agravamento resultará em anóxia anóxica. O acúmulo de gás carbônico produz inicialmente uma estimulação naquele centro, o que se manifesta por uma respiração rápida e profunda. Entretanto, se a situação não fôr corrigida, o centro respiratório entrará em depressão, cessando totalmente os movimentos respiratórios.

Em relação ao centro cardíaco, sabe-se que êle é inibitório, através do vago (centro cárdio inibidor) e acelerador, através do simpático (centro cárdio estimulador), diminuindo e aumentando respectivamente os batimentos cardíacos. Êstes poderão sofrer alterações para mais ou para menos, segundo as ações das drogas introduzidas no organismo. Quando são usadas drogas depressoras do vago,

o ritmo cardíaco se acelera. Efeito inverso será obtido quando as drogas usadas são estimuladoras do vago.

A depressão do centro vasomotor conduz à dilatação dos vasos sangüíneos, queda da pressão arterial, rubor da pele.

Não podemos responsabilizar a depressão dos centros bulbares por tôdas as alterações que venham a ocorrer nas funções vitais. Os anestésicos usados no momento poderão, por outros mecanismos de ação, levar a acentuadas alterações da respiração e da circulação.

Deve-se ter em mente que alterações súbitas e pronunciadas do rítmo cardíaco, do pulso e pressão arterial (PA) durante, ou no pós anestesia, devem ser consideradas como sinais de que algo não está correndo bem. Alterações súbitas da PA, tanto para mais como para menos, podem ser sinais de complicações mais sérias. No primeiro caso podem surgir hemorragias por rotura de vasos cerebrais e no segundo, o atraso na velocidade do fluxo sangüíneo favorece a formação de trombos (trombose coronária, flebotrombose) anóxia e choque.

Dada a importância de se manter a PA em níveis normais justifica-se a exigência do seu contrôle rigoroso durante e no período pós anestesia.

2.4. — **Abolição de reflexos importantes** — Da deglutição, da tosse e faríngeo. Isto possibilita a aspiração do muco ou vômito podendo acarretar sérias complicações entre as quais inclui-se a atelectasia.

2.5. — **Depressão do centro termoregulador no hipotálamo incapacitando-o de regular a temperatura do corpo.** Esta é a razão pela qual a temperatura do operado é usualmente sub-normal no período pós operatório imediato.

2.6. — **Relaxamento muscular** — É obtido não exclusivamente pelos anestésicos, mas sim, pelo emprêgo das drogas curarizantes, auxiliares das anestesias. O relaxamento muscular, que é tão importante ao cirurgião, poderá acarretar conseqüências indesejáveis ao paciente: apnéia, pelo relaxamento dos músculos intercostais e diafragma; queda da mandíbula, pelo relaxamento dos músculos da face, possibilitando a língua se colocar em contato com a parede da faringe causando obstrução respiratória; paralizias de nervos periféricos conseqüentes a posições incorretas durante a cirurgia. Estas lesões são explicadas pelo relaxamento muscular associado à perda da sensibilidade à dor.

Em relação à paralizia dos nervos periféricos, faremos algumas considerações, já que sua prevenção está muita afeta à assistência da enfermeira da sala de operação. É de suma importância manter o paciente em posição correta na mesa operatória, devendo-se

evitar distensão ou pressão prolongada sôbre nervos, principalmente nervos superficiais, entre os quais se destacam: nervo radial na parte posterior e superior do braço; nervo ulnar na parte posterior da articulação do cotovêlo; nervo fibular superficial junto à fíbula; plexo braquial na área mediana do ombro. Certas precauções devem ser tomadas ao se colocar o paciente com um braço em extensão para fora da mesa a fim de receber transfusões ou injeções. O braço deverá ficar apoiado num suporte especial fixo à mesa, observando-se entretanto que o ângulo formado entre o braço e axila nunca seja maior do que 80º, mantendo-se a mão com o dorso voltado para cima. Omitindo-se êste cuidado, corremos o risco de provocar no paciente uma paralisia do braço pela compressão do plexo braquial pela cabeça do úmero. As paralizias podem ser permanentes ou de lenta regressão.

Ao considerar a posição correta do paciente sôbre a mesa, acrescente-se que a pressão prolongada sôbre artérias e veias, ao se pretender imobilizar os seus membros por meio de correias, algemas, etc. poderá acarretar complicações circulatórias, tais como isquemia, necrose, trombose vascular.

2. 7. — Diminuição do peristaltismo dos músculos do estômago e intestinos — Predispõe o paciente a apresentar meteorismo, dilatação do estômago e distenção abdominal. O vômito, quando presente, pode ter sua origem na atonia gástrica pelo acúmulo de líquidos aí coletados, podendo ainda ser a manifestação da irritação da mucosa gástrica por certos tipos de anestésicos ou de alterações do centro do vômito no bulbo.

2. 8. — Retenção urinária — Durante a anestesia ou no período pós anestésico, a diminuição da sensibilidade da bexiga poderá acarretar a retenção urinária. A supressão dos estímulos sensoriais, necessários ao esvaziamento do órgão, permite que êle vá se distendendo a um ponto de causar dor ao paciente.

2. 9. — Alterações renais — A diminuição da circulação sanguínea renal e a libertação de um hormônio antidiurético do lobo posterior da hipófise, explicam um certo grau de oligúria do pós operatório e que perdura de 24 a 36 horas.

2. 10. — Alterações hepáticas — Os anestésicos gerais, atuando sôbre o fígado, diminuem suas funções num período de 24 a 48 horas.

Frente a esta série de efeitos das drogas anestésicas não devemos concluir que todo paciente a ser operado deva irremediàvelmente passar por todos êles com grande risco de vida. Sabemos que os estudos e pesquisas em anestesiologia e farmacologia, sempre em evolução, permitem a administração das anestesias a pacientes de qualquer idade e sexo com ampla margem de segurança. São também inúmeros os recursos materiais de que dispõem os anestesistas

para manter boa oxigenação, evitar obstrução respiratória e outras complicações: aparelhagem muito bem equipada para fornecimento de oxigênio, sondas traqueais, laringoscópios, aspiradores de secreções e uma série de valioso material auxiliar.

3. — Cuidados de enfermagem

Pelas alterações fisiológicas sofridas pelo paciente que recebeu anestesia geral torna-se indispensável que no período imediato pós anestesia êle seja assistido por uma enfermeira que permaneça a seu lado até a recuperação total da consciência e dos reflexos e a normalização dos sinais vitais. Considera-se que um paciente está completamente consciente quando é capaz de responder com coerência e exatidão as perguntas que lhe são feitas.

Os cuidados essenciais de enfermagem no período pós anestésico englobam uma série de atividades e observações que serão consideradas a seguir:

Preparo de ambiente — O ambiente para o qual se encaminha o paciente, logo após a operação, deverá ser preparado com antecedência. O leito arrumado com roupas limpas deverá permanecer em lugar arejado, porém, protegido das correntes de ar; todo material necessário será colocado próximo ao leito de maneira a estar ao fácil alcance da enfemeira sem entretanto interferir no seu trabalho: aparelho de pressão e estetoscópio, termômetro, compressas para limpeza de vômito e secreções, frascos coletores de drenagens, aspiradores de secreções, torpedo de oxigênio, cânulas, espátula, abaixador de língua, etc.

Muitos hospitais vêm fazendo funcionar junto aos Centros Cirúrgicos, e com grandes vantagens, as chamadas "Sala de Recuperação Pós Anestésica", local onde os operados permanecem até a recuperação total da consciência sendo asssitidos por anestesistas e enfermeiras treinadas para êste tipo de cuidado. São inúmeras as vantagens destas salas e entre elas podemos destacar a seguinte: concentração dos recursos humano e material com o objetivo de dar melhor assistência ao operado.

Acrescente-se que deve haver silêncio no ambiente em que se processa a recuperação, evitando-se conversas ou comentários desnecessários. Lembremo-nos de que entre os sentidos especiais, a audição é o primeiro a se recuperar e muitas vêzes um paciente que ainda não responde perguntas, já está ouvindo; mais tarde êle poderá não conseguir se recordar dos fatos que se passarem ao seu redor mas poderá, entretanto, se lembrar de coisas ouvidas no início de sua recuperação. ,

Transporte — O transporte do paciente para seu leito pós anestésico deve ser feito de maneira a lhe oferecer segurança. Precauções devem ser tomadas a fim de evitar resfriamentos, correntes de ar, traumatismos por quedas e obstrução das vias aéreas. Seu corpo será protegido por cobertas suficientemente longas, que se estendam desde o ombro até os pés, e a cabeça coberta com pano extra, deixando-se expostos bôca e nariz. Deve-se manter em boa posição as vias aéreas, principalmente se o paciente ainda está inconsciente.

A transferência do operado da maca para seu leito deverá ser feita delicadamente por duas ou três pessoas que procurarão amparar tôdas as partes do corpo evitando traumatismos de cabeça, pernas e braços. Não nos devemos esquecer de que o paciente tem suturas e anastomoses recentes e que sua PA poderá estar instável. Os movimentos bruscos agravariam aquelas condições.

Posição no leito — No leito, o paciente deverá permanecer coberto, sem travesseiro, e em posição que favoreça respiração normal e fácil escoamento de secreções e vômito. O decúbito lateral e a posição semiprona são posições vantajosas em relação àqueles objetivos. O uso de travesseiro amparando as costas, ou dando suporte ao braço que cai para a frente do tórax, auxilia na manutenção da posição desejada. Deve-se entretanto ter o cuidado de não comprimir o tórax com o travesseiro auxiliar e de colocar em boa posição o ombro e o braço que ficam em contato com o colchão. Quando houver contraindicação ao uso do decúbito lateral e posição semiprona, adota-se, com menos vantagens, o decúbito dorsal com a cabeça voltada para o lado e para baixo.

Quando o paciente tiver recuperado plenamente a consciência poderá ser colocado em seu decúbito natural de repouso, com travesseiro sob a cabeça e ombros, a não ser que haja outra orientação do cirurgião.

Cuidado com as vias aéreas — O uso de certos anestésicos, a irritação da mucosa da garganta pela intubação, são fatôres que concorrem para o aumento de secreções do nasofaringe, traquéia, e árvore brônquica podendo ocasionar obstrução à passagem do ar. Se apesar de já têrmos adotado uma boa posição para o paciente, êle não consegue se libertar das secreções, estas deverão ser aspiradas com um cateter ligado ao aparelho elétrico de sucção.

A obstrução respiratória do período pós anestésico pode estar ainda relacionada com o relaxamento muscular e conseqüente hipotonia da língua, que passará a bloquear a faringe. Procura-se fazer a prevenção desta ocorrência pelo uso de decúbito lateral e sustentando com os dedos a mandíbula quando o paciente está com tendência a abrir a bôca. Se apesar dêstes cuidados a situa-

ção surge inesperadamente a enfermeira deverá tentar os seguintes recursos: 1) não havendo contraindicação, colocar o paciente em posição prona com a cabeça pouco inclinada para fora do colchão; 2) tentar abrir a bôca pressionando com seus polegares os ângulos dos maxilares e introduzir na bôca do paciente alguma coisa com que possa fixar a língua em tôda extensão, (espátula ou cabo de colher protegidos com gaze); em seguida, segurando a ponta da língua com uma gaze, tentar trazê-la para sua posição normal. Para evitar êste tipo de acidente, quando o paciente chega da S. O. com a cânula orofaringéia, esta não deve ser removida até que os reflexos faringeos estejam presentes. Não se recomenda sua permanência mais do que o tempo necessário porque sua presença irrita a mucosa orofaringéia e provoca vômito.

Observação do estado circulatório e respiratório — A enfermeira deve ser capaz de avaliar as condições dos processos vitais (circulação e respiração) de seu paciente.

Ao dar assistência ao operado deve-se considerar que as reações às drogas anestésicas, o sangramento que acompanha todo ato cirúrgico são condições que favorecem o aparecimento de alterações circulatórias. O pulso e a PA devem ser controlados com intervalos freqüentes até que estejam estabilizados em tôrno do normal. Se o pulso está aumentando sua freqüência e a PA caindo, ainda que pouco, deve-se notificar o médico imediatamente pois êstes sinais podem indicar o início de um choque exigindo correção urgente.

No contrôle do pulso a enfermeira deverá observar tôdas suas características: freqüência por minuto (rápido, lento), volume (fraco, forte), ritmo (regular, irregular).

Não podemos estabelecer os períodos de tempo para os controles de PA e pulso, pois êles estão estritamente relacionados com o estado do paciente, tipo de operação, etc. Teòricamente podemos dizer que o contrôle dos sinais vitais deve ser feito cada quinze minutos ou cada meia hora até que se normalizem, passando-se em seguida a um contrôle de hora em hora ou cada duas horas, contanto que se faça dia e noite.

Em relação a transtornos circulatórios é de suma importância verificar com freqüência a ferida cirúrgica e as drenagens para evidenciar presença de hemorragia.

Ao fazer contrôle da respiração, a enfermeira deverá observar: freqüência por minuto, ritmo (regular, irregular), intensidade (superficial, profunda), movimentação do tórax e abdome. Aproximando o ouvido junto à bôca do paciente, ela poderá avaliar se a respiração está livre, sem obstrução à passagem do ar.

Uma respiração anormal poderá levar a transtornos indesejáveis: oxigenação deficiente e conseqüente cianose.

Observação da pele — É muito importante a observação da côr da pele, pois ela nos dá informações sôbre o estado de oxigenação e circulação do sangue. A côr pálida no pós anestésico poderá indicar choque ou hemorragia, e a azulada oxigenação deficiente, exigindo as duas situações, medidas corretivas. As alterações da côr poderão ser observadas com mais nitidez nas unhas, lábios e lobo da orelha.

Deve-se ainda observar se a pele se apresenta quente ou fria, sêca ou úmida. A pele úmida com perda de líquidos e eletrólitos poderá levar a uma desidratação e choque.

Aquecimento — A temperatura sub-normal do paciente no período pós anestásico deve merecer a atenção da enfermeira pelas complicações que poderá acarretar: calafrios, resfriados, etc.

Entretanto, ao tentar o aquecimento do paciente, a enfermeira deverá estar lembrada dos seguintes conhecimentos: o calor aumenta a vasodilatação e a perda de líquidos através da pele, condições que favorecem ou agravam a desidratação e o choque; a aplicação de bôlsa de água quente é extremamente perigosa em pacientes inconscientes que por estarem com a sensibilidade abolida não se queixam da dor, o que poderá acarretar queimaduras graves; a aplicação de bôlsa de água quente em pacientes com anestesia raqui também é perigosa porque êstes, embora conscientes, apresentam insensibilidade nos membros inferiores até que cessem os efeitos das drogas.

Se a aplicação de calor oferece tantos perigos recomenda-se manter o paciente coberto com as roupas da cama e cobertores cujo número poderá variar de acôrdo com a temperatura e ambiente. Em dias de inverno pode-se também forrar a cama com um cobertor.

Outros cuidados — À enfermeira cumpre ainda observar os seguintes cuidados: 1.º) fazer a conexão de tubos de drenagem com os respectivos frascos coletores (sondas gástricas, vesicais, tubo em T do colédoco, etc.); 2.º) verificar e executar a prescrição médica; 3.º) manter o paciente em boa posição enquanto recebe sôros ou transfusão, fixando os membros usados para evitar que a agulha escape da veia; 4.º) imobilizar o paciente com lençóis e ataduras caso esteja agitado e o leito não possua grades; 5.º conservar-se junto do paciente durante sua inconsciência; 6.º) oferecer-lhe um ambiente de tranqüilidade; 7.º) fazer anotações dos dados obtidos e registrar as reações do paciente.

Vencido o período pós anestésico imediato, os cuidados de enfermagem devem continuar com o mesmo desvêlo e carinho, visando o confôrto físico e espiritual e a prevenção de complicações pós operatórias.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

GODWIN, Eric — Anaesthesia for nuses. Bristol, John Wright, 1957.

GRISHEIMER, Esther — The Physiological effects of anaestesia. **American Journal of Nursing,** 49: 337-343, jun. 1949.

KRUG, Elsie E. — Pharmacology in Nursing. 9 ed., Saint Louis, Mosby, 1963.

SHAFER, Kathleen — Medical Surgical Nursing. Saint Louis, Mosby, 1961.

WULFSOHN, N. L. — Aids to pre and post-operative nursing. 2 nd ed., London, Ballière, Tindall and Cox, 196v.

MODIFICAÇÕES BIOQUÌMICAS E MICROBIOLÓGICAS DOS ALIMENTOS

Leda Mattos Kober *

Incluimos no grupo de alterações bioquímicas as modificações físicas, químicas, enzimáticas e coloido-químicas cujas causas são atribuídas tanto a atividades enzimáticas como a fatôres externos como luz, ar, umidade e calor.

Não existe um limite preciso de separação entre as modificações microbiológicas e as bioquímicas pois, durante certo tempo, os processos podem melhorar o produto, como no caso da maturação da carne e dos frutos, ou influir desfavoràvelmente nos mesmos, modificando o sabor, o odor e consistência e, muitas vêzes, formando produtos nocivos à saúde tornando o alimento impróprio ao consumo.

O catabolismo bioquímico consiste essencialmente na ação hidrolítica de certos biocatalizadores sôbre as moléculas complexas das substâncias alimentícias, transformando-as em moléculas mais simples, que logo sofrem outras transformações, produzindo finalmente substâncias de grande importância fisiológica.

As reações enzimáticas continuam mesmo após a colheita dos frutos e vegetais e a morte de animal, e, a menos que sejam controladas, podem ser indesejáveis, dando gôsto desagradável ao alimento e tornando-os nocivos à saúde. Estas reações também podem atuar melhorando os produtos, como por exemplo a maturação da carne que a torna macia, e o amadurecimento dos frutos que dá origem a formação de substâncias de sabor e odor agradáveis.

O mesmo acontece com os microorganismos; alguns são úteis, outros nocivos aos alimentos. Assim o "Penicilum Roqueforti" é usado no preparo do queijo "Roquefort", o "Soccharomyces cerevisiae", no preparo de cerveja, o "Lactobacillus bulgaricus" no preparo do Yogurte; outros, como os cogumelos, deterioram as carnes.

O conhecimento das alterações sofridas pelos alimentos e as causas destas modificações são de importância na escolha dos métodos usados na conservação dos mesmos.

* Professôra de Nutrição Dietética e Arte Culinária da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Como o assunto é muito vasto, será estudado apenas em caráter geral.

Carne: A carne está sujeita a modificações pelos seus próprios enzimas, pela ação microbiana e pela oxidação de sua gordura.

A carne dos animais de sangue quente começa a sofrer modificações desde que o animal é sacrificado até o consumo. Inicia-se com o "rigor mortis" ou rigidez cadavérica que é acompanhado de uma produção elevada de ácido lático até pH 6,3. Neste pH, um dos enzimas do músculo hidroliza a adenosina trifosfato, cujo desaparecimento parece ser o responsável pelo enrigecimento do músculo e, portanto, pelo "rigor mortis". O estabelecimnto de "rigor mortis" e a duração do mesmo dependem de vários fatôres, entre êles, da quantidade de glicogênio existente quando o animal foi sacrificado. Ao desaparecimento do "rigor mortis", segue o amolecimento do músculo devido a autólise.

O têrmo autólise (auto-próprio, lysis-desintegração) é usado para designar a decomposição expontânea das proteínas após a morte do animal, ou quando os tecidos são isolados do corpo. As células vivas contém enzimas, proteolíticos chamados catepsinas que são responsáveis pela hidrólise das proteínas formando metaproteínas, proteoses, peptonas e polipeptídeos como produtos intermediários. Nos processos autolíticos formam-se amino-ácido, bases nucléicas e o tecido conjuntivo (colagéno) transforma-se em substâncias gelatinosas, ficando a carne macia e de sabor agradável: **fase de maturação.** Uma autólise moderada é desejável para o amolecimento da carne.

O fim do período de maturação e o início da putrefação dependem das condições a que a carne está sujeita, processando-se mais ràpidamente à temperatura ambiente.

Os enzimas aminolíticos atuam sôbre os amino-ácidos dando lugar a reações de desaminação, descarboxilação, oxidação e redução. Assim, a cisteina dá origem a mercaptanas e gás sulfídrico; o triptofano ao indol e escatol substâncias de odor muito desagradável. A descarboxilação da lisina e arginina forma cadaverina e a putrescina que são aminas tóxicas, chamadas ptomainas (ptomane = cadáver). Acreditava-se que as intoxicações provocadas pelas carnes putrefeitas tivessem como causa essas aminas, no entretanto ,sabe-se que elas alcançam o fígado antes de caírem na circulação e o fígado é o centro de desintoxicação do organismo. Parece que a causa das intoxicações provocadas pela carne são bactérias patogênicas que entram com o alimento. Estudos meticulosos mostraram a existência muito freqüente nas carnes putrefeitas de Proteus vulgaris, acidentalmente patogênicos e nocivos por via digestiva.

A carne pode se alterar, como já foi visto, pelos seus próprios enzimas, pela ação microbiana e, também, pela exidação de sua gordura. Uma autólise moderada é desejada para o amolecimento da carne. Uma autólise excessiva conduz à deterioração de alimento. É difícil distinguir os efeitos causados pela simples proteólise dos da ação microbiana. Mas parece que a hidrólise inicial das proteínas, pelos seus próprios enzimas, favorece o desenvolvimento dos microorganismos na carne, fornecendo compostos nitrogenados mais simples, que podem ser mais fàcilmente atacados pelos mesmos.

A carne de animais sadios contém poucos ou nenhum microorganismo, sendo que a contaminação vem do meio exterior durante o abate, o manuseio e o preparo da carne. Durante o abate e o corte as maiores fontes de contaminação são o chifre, os pêlos e o conteúdo do intestino do animal. A parte externa do animal contém um grande número e variedade de microorganismos provenientes do solo, da água, da serragem e do estêrco. Também as mãos e as roupas dos manipuladores podem contaminar a carne.

Devido à variedade de fontes de contaminação, os microrganismos contaminantes da carne são muitos. Assim os bolôres também podem crescer sôbre a carne, e entre êles temos o Penicillium, o Mucor, Cladosporium e outros. As bactérias mais comumente encontradas na carne são as Pseudomonas, Achromobacter Micrococcus, Streptococcus, Proteus, Bacillus, Escherichia, Lactobacillus, Clostridium.

Como a carne é excelente meio de cultura, se ela não fôr refrigerada ràpidamente depois do abate, sofre uma série de modificações no aspecto e no sabor.

Depois da morte do animal, os tecidos são invadidos por microorganismos; a extensão desta penetração depende de vários fatôres, como o método pelo qual o animal foi sacrificado, o resfriamento do mesmo após a morte, a condição fisiológica do animal antes do abate, etc... Quando o animal é morto muito fatigado, possui pouco glicogêneo e, portanto, ácido lático será formado; o pH não cai como seria de esperar, e as bactérias neste pH alto (ao redor de 7,2) crescem mais fàcilmente. A quantidade de alimento no estômago e no intestino do animal também é importante; porisso é aconselhável um jejum de 24 horas antes do abate.

Devido à pequena quantidade de carboidratos na carne crescem na mesma os microorganismos do tipo não fermentativo, isto é, os que podem utilizar as proteínas como alimento.

Também as condições aeróbicas da superfície da carne são favoráveis ao crescimento de leveduras, bolôres e bactérias aerófilas como Pseudomonas, Micrococcus, Achromobacter que formam sôbre a carne uma superfície viscosa e mudam a côr dos pigmentos, tornando-a esverdeada ou acizentada devido à produção de com-

postos de oxidação, como peroxidos e gás sulfídrico. As bactérias lipolíticas ou as leveduras produzem a oxidação das gorduras e a consequente rancificação.

No interior da carne, as condições são anaeróbicas favorecendo a putrefação com a formação de gás sulfídrico, mercaptanas, indol, escatol, aminas e amônia. A putrefação é comumente causada pelo Clostridium, mas outras bactérias como as Pseudomonas e Achromobacter, bem como algumas espécies de Proteus também podem produzí-la. O desprendimento de Hidrogênio e Gás carbônico acompanham a putrefação pelo Clostridium.

Peixe:

O peixe é considerado mais perecível do que a carne, devido a decomposição rápida de suas proteínas pelos enzimas, a oxidação e hidrólise de suas porduras e a sua baixa acidez que favorece o crescimento de microorganismos. No peixe os processos de maturação e putrefação são inseparáveis.

Nas escamas dos peixes foram encontradas bactérias do gênero Pseudomonas, Achromobacter, Micrococcus, Flavobacterium e nos intestinos Achromobacter, Pseudomonas, Bacillus, Clestridium e Escherichia. Os barcos, as peixarias e os empregados ficam contaminados com estas bactérias, contaminando o interior dos mesmos durante a limpeza. As bactérias podem também atingir os sistemas vasculares pelas guelras. A invasão microbiana do peixe não se inicia antes do desaparecimento do "rigor mortis".

Quando o peixe não é eviscerado, o odor e o sabor desagradáveis do mesmo podem ser causados pela decomposição do alimento existente no seu intestino e a difusão, por todo o peixe, dos produtos de decomposição.

Ovos

As modificações químicas, físicas e coloidais que os ovos sofrem, iniciam-se logo após a postura.

A mucose protetora que reveste a casca desaparece, ficando a casca porosa de maneira a permitir a saída e entrada de gases. A perda de água e gás carbônico pelos poros causa uma perda de pêso do ôvo e uma diminuição de sua densidade. Parece também, que uma das causas da alcalinidade do ôvo velho é a perda de gás carbônico. A diferença de concentração da gema e da clara, conseqüência da perda da água, cria uma diferença de pressão esmótica entre os dois meios. A clara, sendo menos concentrada que a gema, estabelece uma corrente aquosa do meio de menor concentração

para o de maior concentração, isto é, da clara para a gema. Como conseqüência do aumento do volume aquoso da gema, há uma distensão da membrana vitelina que envolve a gema, tornando-a menos resistente à ruptura.

Várias reações químicas se processam entre os componentes do ôvo, dando o odor e o gôsto característicos do ôvo deteriorado. Por processos hidrolíticos e enzimáticos, a mucina da clara é destruída, fazendo com que esta que era viscosa torne-se aquosa. Na gema agem os enzimas diastásicos, glicolíticos, as lipases, enterases e proteases formando substâncias de odor desagradável como gás sulfídrico e gás amoníaco.

Quando o ôvo velho é cozido o gás sulfídrico, que é o resultado da decomposição das proteínas sulfuradas e que se forma principalmente na clara, passa através da membrana vitelina e reage com o ferro, formando sulfeto ferroso, que forma uma camada escura ao redor da gema. A formação desta camada nem sempre indica que o ôvo é velho, porque pode ser formada em conseqüência da decomposição das proteínas por um tempo de cocção muito prolongado.

Contràriamente ao que acreditávamos, os ovos não são isentos de microorganismos e são tão perecíveis como qualquer outro alimento. É possível que certas bactérias contaminem o ôvo durante sua formação mas, geralmente, a contaminação se processa após a postura, quando a casca entra em contacto com a terra, o ninho, as fezes das aves ou é manipulada. Foram encontradas na casca do ôvo as bactérias Pseudomonas, Acrromobacter, Flavobacterium, Alcaligenes, Proteus, Bacillus, Micrococcus e Streptococcus, além de bolôres.

Para que o ôvo com a casca intacta possa sofrer, na sua constituição, modificações de origem microbiana, é necessário que os micróbios penetrem pelos seus poros, atravessem a membrana que reveste inteiramente a mesma e, atingindo a clara, encontrem condições propícias ao seu desenvolvimento. A clara, pela sua ação bactericida, seleciona o germe que nela pode se desenvolver. A ação bactericida da clara é atribuída ao seu pH e a um enzima, lisozima, que provoca a desintegração da célula bacterial. A gema tem pequeno poder bactericida.

A membrana que reveste internamente o ôvo é semipermeável, permitindo a entrada de microogarnismos. Segundo alguns autores os germes não passam através da membrana a não ser que a sua resistência natural tenha diminuido com o envelhecimento do ôvo. A diferença de temperatura entre o ôvo e o meio ambiente também ajuda, por sucção, a penetração dos germes.

Os ovos possuem enzimas inerentes ao próprio ôvo, mas, quando

fresco, só os possue em quantidades pequenas, de maneira que a autólise da gema só ocorre na presença de microorganismos.

Leite:

O leite, pela sua composiçao quimica, seu pH quase neutro e sue teor de água, é um excelente meio de cultura para os micrroganismos que nêle se reproduzem com extraordinária rapidez.

O leite, ao ser tirado da vaca, contém um número pequeno de bactérias estando então sujeito à contaminação pela parte exterior do animal, especialmente úbere e partes adjacentes. Se os utensílios em que vai ser colocado não estiverem bem limpos, pode haver contaminação principalmente com o Streptococcus lactis e bactérias do grupo Coli-aerogenes. Outras fontes de contaminação são o ordenhador e as moscas que podem introduzir no leite germes patogênicos.

O Streptococcus lactis e o Lactobacillus fermentam a lactose, produzindo, além do ácido láctico, gases como hidrogênio e gás carbônico, ácidos orgânicos voláteis e substâncias de sabor desagradável.

Certos microorganismos no leite cru produzem o enzima lipase que hidrolizando as gorduras, dão ao leite um sabor de ranço. Entre as bactérias que produzem lipase temos Proteus, Pseudomonas e Alcaligenes.

Também os leites industrializados quando inadequadamente tratados podem deteriorar. Esporos que são resistentes ao tratamento pelo calor e se reproduzem em condições anaeróbicas, podem ser causa do entumescimento da lata, da coagulação do leite e do sabor amargo que o leite apresenta.

Frutas e Verduras:

A deterioração dos vegetais crus e frutas pode ser devida a fatôres físicos, ação de seus próprios enzimas, ação microbiana ou a combinação de todos os fatôres.

As reações químicas que se processam nas frutas conduzem primeiro à maturação e depois à deterioração. O processo de maturação é acompanhado pelo amolecimento de sua estrutura, provocada em parte pela transformação da protopectina em pectina. A clorofila vai diminuindo em quantidade enquanto os pigmentos carotenoides e as antocianinas aumentam. As modificações sofridas pelas frutas incluem mudanças na respiração, conteúdo de água, ácidos orgânicos, pH, transformação de taninos e reabsorção das substâncias amargas.

A fruta verde é rica em amido mas pobre em açúcar. À medida que amadurece, o amido diminue e o açúcar aumenta. Nos processos

respiratórios consome-se glicose e fruto e, ao acabar êste material, inicia-se a combustão dos ácidos orgânicos que são a reserva respiratória. Também são importantes no curso destas reações, os processos degenerativos de ordem física como a perda de pêso pela evaporação da água, que provoca o ressecamento e o enrugamento da pele, dando mais fácil acesso aos microorganismos.

A casca é o protetor natural das frutas contra a invasão microbiana, diminuindo a perda de água e estabilizando as trocas enzimáticas. A natureza dota as frutas de meios de proteção contra os microorganismos, pois sua casca é bactericida e contém substâncias oleaginosas que dificultam a passagem dos germes. Quando a continuidade da casca é rompida, os micróbios entram fàcilmente. As frutas verdes têm um poder bactericida maior do que as maduras.

As bactérias não desempenham papel importante na deterioração das frutas devido a acidez da maior parte delas e o seu poder bactericida.

Muitas frutas contém açúcar e ácidos de maneira que são fàcilmente atacadas por leveduras e bolores. Durante o armazenamento, a deterioração da fruta pelos bolores é muito importante, principalmente se a fruta estiver machucada, o que facilita a entrada dos microorganismos e conduz a modificações bioquímicas indesejáveis.

O polimento das frutas, como no caso da maçã, não é aconselhável pois tende a remover seu natural revestimento ceroso que impede a entrada de microoganismos e que tem poder bactericida.

As leveduras são comumente as responsáveis pela fermentação alcoólica de vários sucos de frutas. A inclusão de frutas estragadas no preparo de suco de frutas aumenta o número de bactérias do grupo coli.

Os vegetais que foram cultivados em solos infestados ou em águas poluídas podem ser responsáveis pela transmissão de muitas moléstias. Também a contaminação pelo manuseio dos produtos e pelo seu armazenamento em condições desfavoráveis é comum. Assim, nas fôlhas externas da alface e do repolho foram encontrados microorganismos entéricos, principalmente a Salmonella typhosa. Outro exemplo típico é o agrião que pela maneira como é cultivado, é um dos vegetais de mais difícil contaminação.

Existem muitos produtos químicos que são usados para destruir os microorganismos que se desenvolvem nos vegetais; a sua eficiência depende da concentração e do tempo da exposição dos mesmos.

Pão:

O pão é comumente invadido por bolor, principalmente se o tempo estiver quente e úmido. O envolvimento do pão com papel ce-

lofane favorece o crescimento dos bolores porque retém a umidade. O pão em fatias embolora mais fàcilmente porque ajuda a espalhar os esporos do bolor para o interior do mesmo.

O contrôle do crescimento dos bolores tem sido muito estudado, mas até hoje nenhum meio é aceitável. Um bom inibidor precisa ser potente e não deve provocar modificações indesejáveis no produto. Parece que a higiene da panificadora é o melhor meio de proteger os produtos contra o desenvolvimento dos bolores.

BIBLIOGRAFIA

Livros

FITCH, Natalie, FRANCES, Charlotte A. — Food and principles of cockery. New York, Prentice Hall, 1949.

FRAZIER, William Carroll — Food microbiology. New York, McGraw Hill, 1958.

LACAZ, Carlos da Silva — Manual de Micologia médica. São Paulo, Atheneu, 1960.

LANG, Konrad, SCHOER, Rudolf — Tratado de nutrición. Madrid, Aguillar, 1957.

MAYER, Lillian Hoagland — Food chemistry. New York, Reinhold, 1960.

WEISER, Harry — Practical feed microbiology and technology. Connectiout, Avi, 1962.

PERIÓDICOS:

Higiene de la leche y sus productos. **Chronica de la OMS, 15** (5-6): 244-247, mayo-junio, 1961.

Higiene de la carne. **Chronica de la OMS, 16** (10): 411-b15, octubre, 1962.

O SISTEMA DE INTERNATO COMO ESTÁGIO DE ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM *

Alda Neves de Godoy **

INTRODUÇÃO:

"Os líderes em enfermagem do futuro devem surgir dos alunos de hoje. O estudante de enfermagem não se converte em lider ou dirigente na noite de sua graduação" (2)

Na realidade brasileira, ao terminar seu curso, o estudante de enfermagem se vê diante de quatro alternativas:

1. chefiar um Serviço de Enfermagem com pessoal preparado ou não para o exercício da profissão;
2. chefiar uma unidade de enfermagem onde a assistência ao paciente é, quase na totalidade, prestada por pessoal sem preparo profissional;
3. supervisionar pessoal de enfermagem em Unidade de Saúde Pública;
4. ensinar estudantes em escola de enfermagem em qualquer dos três níveis.

Desta forma o jovem profissional se vê investido de tarefas que envolvem atividades de chefia: direção, administração ou docência.

Estará êle nêsse momento apto para o desempenho de qualquer destas funções? A experiência nos mostra que nem sempre os resultados tem sido positivos.

O enfermeiro ao concluir o curso leva consigo uma vasta bagagem de conhecimentos das ciências biológicas e sociais, mas muito pouca vivência da realidade que terá de enfrentar, principalmente em relação aos aspectos administrativos. E então na atividade prática surgem a insegurança e os choques com outros profissionais da equipe de saúde, ocasionando frustrações e insatisfação no trabalho.

---

* Trabalho apresentado no Curso de pós graduação em Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

* * Instrutora da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul.

Se o problema de insegurança se manifesta quando o profissional assume um cargo de chefia em hospital organizado, com serviço de enfermagem já estruturado onde êle não é um elemento estranho mas sim um membro integrado à equipe de saúde, êste se torna muito mais sério quando é solicitado para organizar um serviço já existente, implantar, por assim dizer, a enfermagem científica em um meio onde a mesma é quase desconhecida, onde as barreiras às inovações e mudanças de comportamento se fazem sentir, principalmente por parte do corpo clínico e demais profissionais responsáveis pelo cuidado integral do paciente.

Sabemos que o não reconhecimento do enfermeiro como membro ativo da equipe de saúde ainda é uma realidade na maioria dos nossos hospitais. A insegurança e a ineficiência de muitos profissionais não seriam os fatôres que têm contribuido para êste estado de coisas?

O problema de insegurança existe no recém-formado, é um fato que não pode ser negado e que sabemos não ser sòmente de ordem pessoal mas, principalmente, de formação profissional.

O enfermeiro deve ser preparado para exercer as funções de liderança que a sociedade, dentro de seu momento histórico, vai exigir dêle. É utópico, dentro de nossa realidade, pensar em enfermeiro prestando assistência direta ao paciente.

Todo líder ou dirigente necessita de uma cuidadosa preparação e de oportunidade para formar-se pouco à pouco.

Segundo Tead, de acôrdo com publicação de Regina Adams Cleveland (2) "todo o meio ambiente oferece ocasiões de exercer funções de direção". Portanto cabe às escolas proporcionar um ambiente favorável à formação de novos dirigentes.

RECURSOS PARA MELHORAR A PREPARAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO CAMPO DA ADMINISTRAÇÃO

Uma das maneiras de solucionar o problema de insegurança do recém-formado, principalmente nos aspectos administrativos, aos quais especificamente faremos referência, pode ser o sistema de internato como estágio de administração aplicada à enfermagem ou de residência para enfermeiros recém-graduados, recursos que podem ser utilizados para desenvolver no estudante habilidade de liderança e tomada de decisão.

Se o estudante de enfermagem fôr despertado para a parte administrativa da enfermagem apenas quando em estágio de administração, terá perdido inúmeras oportunidades de se desenvolver nesse campo. Isto poderá ser evitado através da correlação dos princípios administrativos com as experiências de trabalho nos estágios

básicos, realizados em hospitais com serviço de enfermagem organizado, onde o aluno possa ter vivência de administração e tomada de decisões desde o início do curso. O estágio de administração aplicada à enfermagem viria, desta forma, alicerçar e complementar as experiências já vividas pelo estudante.

Com a redução do curso de enfermagem para três anos, foi reduzido também o tempo destinado ao estágio de administração, privando assim o estudante de maiores oportunidades de preparar-se convenientemente para assumir as funções que o esperam no setor administrativo.

É nossa opinião que, se o período destinado à administração, que consideramos insuficinete para desenvolver satisfatòriamente habilidade em liderança e tomada de decisão, fôsse utilizado no sistema de internato onde o aluno, após um período de adaptação, ficasse responsável pela parte administrativa da unidade, as responsabilidades de se formar profissionais mais habilitados para o exercício da profissão seriam muito maiores.

Êste sistema seria em regime de tempo integral com uma duração de acôrdo com o critério adotado pela escola.

O estudante não receberia ajuda de custos, porque a sua colaboração para com o hospital seria mínima, pois temos que levar em consideração. o fator adaptação dentro do período de estágio. Mas o hospital poderia dar residência, alimentação e serviços de lavanderia, recursos que deveriam estar previstos no orçamento de um hospital escola.

O estágio teria orientação e supervisão direta ou indireta da cadeira de administração aplicada à enfermagem em colaboração com o serviço de enfermagem do hospital. Parece-nos uma sugestão muito viável de se por em prática tendo em vista os recursos que contamos na atualidade.

O sistema de internato para enfermeiros, como meio de complementar sua formação profissional, é pràticamente desconhecido no Brasil e da experiência já realizada não se conhecem os resultados finais (1).

O ideal será, no entanto, que o curso de enfermagem novamente volte a ser de quatro anos, sendo êste último diversificado em: Enfermagem de Saúde Pública, Obstetrícia e Administração Aplicada à Enfermagem.

Isto acontecendo, um estágio de, no mínimo, seis meses ,poderá ser realizado em sistema de residência em hospital que possua os requisitos básicos necessários para servir de campo de prática,

(1) N. R. — Na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, entre os anos de 1958 a 1963.

nos mesmos moldes já referidos anteriormente com a diferença de que, após o período de adaptação e treinamento, o estudante passe a receber ajuda de custas, não inferior à do médico residente. O estudante não fará parte do quadro de pessoal mas deverá observar as normas e regulamentos estabelecidos para os funcionários. Findo êste período, que chamaremos de treinamento o estudante, já graduado, não terá compromisso de permanecer no hospital nem êsse de contratá-lo como funcionário.

Porém, dando ênfase ao ensino de administração como uma das formas de desenvolver habilidades em liderança e tomada de decisões, se êste não fôr muito bem dosado e planejado incluindo e correlacionando aspectos de cuidados de enfermagem com a administração, corre-se o risco de formar enfermeiros essencialmente administrativos, cada vez mais distanciados dos pacientes.

Baseia-se na idéia de que o mesmo sistema aplicado para médicos recém-formados tem dado bons resultados no sentido de aumentar a segurança e desenvolver habilidade no desempenho de suas funções; o mesmo se pode esperar com relação ao enfermeiro.

As atividades durante êste período seriam teóricas e práticas: as primeiras constituiriam da participação em programas científicos e educacionais oferecidos pelos hospitais ou outras instituições. A parte prática seria desenvolvida em uma das unidades, após estágio de observação probatório em tôdas as unidades de enfermagem do hospital.

A orientação poderia ser feita pela enfermeira chefe das residentes, profissional com maior experiência e preparo para esta função, ou o hospital faria convênio com as Escolas de Enfermagem que, através da cadeira de administração, dariam a colaboração necessária.

Por outro lado o sistema de residência para enfermeiras, se não fôr muito bem planejado e orientado e com objetivos bem definidos, corre o risco de converter-se em sistema de exploração do trabalho profissional.

VANTAGENS DO SISTEMA DE INTERNATO OU RESIDÊNCIA

1. Para o estagiário:

1. 1. Ficando responsável pela parte administrativa da unidade, o estudante será gradativamente preparado para enfrentar a realidade como profissional, sem tensões, pois ainda está na condição de estudante e tem a quem recorrer quando necessário, o que viria resolver o problema de insegurança.

1.2. Outro ponto importante é o fator Relações Humanas, uma vez que, como lider da equipe de enfermagem e como responsável pela unidade, terá que entrar em contacto com supervisoras, médicos,

dentistas ,chefes de departamentos, etc. desenvolvendo desta forma habilidade em relacionamento e comunicações.

1. 3. O sistema de internato proporciona outras vivências, possibilita o convívio com outros profissionais e a conscientização de novos problemas, que ajuda o aluno a amadurecer emocionalmente.

2. Para o hospital:

2.1. Oportunidade de selecionar melhor os profissionais.

Uma vez que as necessidades do País exigem que o recém graduado se defronte com responsabilidades para as quais não está capacitado, acreditamos de interêsse pensar-se na possibilidade de levar a cabo, na medida do possível, as seguintes recomendações:

ÀS ESCOLAS DE ENFERMAGEM

1. Que estudem a possibilidade de desenvolver o estágio de administração aplicada à enfermagem em sistema de internato, para um melhor preparo de profissionais.

2. Que estudem a possibilidade de correlacionar os princípios de administração aos estágios básicos a fim de que o aluno não veja a administração como um campo isolado dentro do curso.

AOS HOSPITAIS

Que procurem colaborar com as escolas de enfermagem para que o estágio de administração aplicada à enfermagem possa ser feito em sistema de internato; ou procurem desenvolver o sistema de residência para enfermeiros, ampliando assim as possibilidades de melhor aproveitamento dos profissionais de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

1. ALCÂNTARA, Glete de — A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Tese — Escola de Enfermagem, Ribeirão Prêto, 1963.
2. TEAD, Ordway IN Regina Adams Cleveland — Enseñanza de administracion de enfermeira desde el comienzo de la carrera. Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana, 46 (1): 374-378, abr., 1959.
3. LARGURA, Marilia e outros — Enfermeira residente como estágio de especialização; **Revista Paulista de Hospitais,** 10 (3): 24-26, out. 1962.
4. RODRIGUES, Joaquim José Gama e outros — O estágio em hospital. Internato e residência. **Revista Paulista de Hospitais,** 10: 6, dez. 1961.

SERVIÇO

O PACIENTE ASMÁTICO E SUA REABILITAÇÃO

Vera de Souza Bida *

O Serviço de Alergia da 1.ª Clínica Médica do Hospital das Clínicas — Serviço do Professor Antônio Ulhôa Cintra — destina-se ao tratamento das doenças alérgicas, sendo a maioria dos pacientes portadores de asma brônquica. Estudos e pesquisas das manifestações clínicas apresentadas e dos fatôres alergênicos desencadeantes são feitos para a aplicação da terapêutica correspondente.

Além do tratamento médico específico, outras medidas são adotadas tais como: educação sanitária, práticas relacionadas com o vestuário e habitação, higiene do trabalho, ginástica e exercício respiratório.

MATERIAL E MÉTODOS

A atividade da enfermeira de Saúde Pública no ambulatório de Alergia do Hospital das Clínicas iniciou-se em 1964, com êsse grupo de pacientes. Um estudo foi levado a efeito através de entrevistas e observações, verificando-se que o retôrno ao ambulatório era freqüente e que os pacientes eram socialmente dependentes e emocionalmente instáveis, com interêsse apenas por receitas médicas e hospitalização.

A unidade de trabalho não oferecia condições satisfatórias para o desempenho das atividades de enfermagem, tendo sido feitas adaptações para atender aos requisitos mínimos necessários.

Foi organizada uma equipe de enfermagem com elementos profissionais e não profissionais, com atribuições definidas: enfermeira, auxiliar de enfermagem, voluntária, atendente. O preparo dêstes elementos foi específico, abrangendo os seguintes aspectos de um programa, que é também aplicado aos estagiários que procuram o serviço:

---

* Enfermeira do Serviço de Alergia da 1.ª Clínica Médica (Prof. Ulhôa Cintra) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Objetivo do setor de reabilitação do paciente asmático.
2. Revisão da anatomia e fisiologia do aparelho respiratório.
3. Noções sôbre alergia.

3. 1. Mecanismo da alergia: substâncias antigênicas e provas para evidenciar anticorpos.
3. 2. Fatôres alergênicos: substâncias inalantes; substâncias alimentares; processos infecciosos e outros.
3. 3. Cuidados de enfermagem.

4. Asma brônquica.

4. 1. Fisiopatologia: obstrução bronquiolar; espasmos dos músculos; edema, hipertensão.
4.2. Complicações: bronquiectasia, enfisema; atelectasia; deformidade torácica.
4. 3. Cuidados de enfermagem.

5. Dinâmica da ginástica e exercícios respiratórios.
6. Drenagem postural.
7. Importância dos bons hábitos higiênicos na vida do paciente asmático.

7. 1. Cuidados higiênicos do domicílio.
7. 2. Cuidados higiênicos da unidade do paciente asmático hospitalizado.
7. 3. Atividades da criança asmática.
7. 4. Problemas psicológicos do paciente asmático.

A educação do paciente e família, feita durante sua freqüência ao ambulatório ou na hospitalização, tem como objetivo dar conhecimento dos meios de eliminar os fatôres alergênicos, realizar imunizações, dar orientações sôbre hábitos higiênicos (ponto importante para o asmático) e recursos terapêuticos.

Em anexo 1 encontramos a orientação que os pacientes recebem para ser seguida no lar, e no anexo 2, orientação sôbre a autovacina e vacinação.

O programa de educação sanitária para os pacientes é desenvolvido através de aulas teóricas e práticas, palestras e entrevistas, abordando os seguintes temas:

1. Noções de hábitos e costumes higiênicos:

1. 1. higiene da habitação;
1. 2. higiene da pele e dos cabelos — banho diário;
1. 3. o vestuário e sua importante função higiênica;
1. 4. higiene da alimentação;
1. 5. higiene do trabalho — sono — arejamento do quarto.

2. Meios de prevenção de doenças e conservação da saúde;

2. 1. imunização;
2. 2. exames de saúde periódicos;
2. 3. combate às verminoses.

3. Noções teóricas elementares de anatomia e fisiologia do aparelho respiratório do indivíduo normal e do indivíduo asmático.
4. Práticas sadias pela ginástica e exercícios respiratórios.
5. Cuidados específicos de proteção do asmático:

5.1. como afastar fatôres alergênicos do ambiente familiar e do trabalho;

5.2. utilização de material plástico para proteção do colchão e travesseiros;

5. 3. Técnica de aplicação de autovacinas e sua importância;

5. 4. vacinas imunizantes (tríplice, diftérica, tetânica): importância; cuidados de proteção contra acidentes alérgicos em crianças predispostas.

PLANO DE EXECUÇÃO DA GINÁSTICA E EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Os doentes com asma crônica são submetidos:

a) tratamento médico especializado incluindo, nos casos indicados, hipossensibilização com extratos alergênicos (pó, fungos, autovacina);

b) tratamento fisioterápico — ginástica e exercícios respiratórios e drenagem postural.

O tratamento fisioterápico é executado pela enfermeira e pessoal auxiliar. Inicialmente os exercícios básicos da ginástica respiratória foram orientados por fisioterapeuta especializado. As aulas práticas são ministradas semanalmente a grupos de 6-8 pacientes e têm duração de 3 meses. Os pacientes são orientados para realizarem exercícios em casa, diàriamente, pela manhã e à noite, durante 15 minutos.

A avaliação do aproveitamento funcional é feita em ficha individual (Anexo 3) com dados referentes ao nome, idade, enderêço, profissão, pêso, altura, capacidade vital, medidas de circunferência torácica (superior, médio e inferior) tratamento, ocorrências que incluem faltas escolares e no emprêgo. Esta avaliação é realizada antes do início do tratamento, no fim do primeiro trimestre, e a seguir, periòdicamente, refletindo êstes dados o estado psico somático e, em especial, a função respiratória.

Havendo melhora após os primeiros três meses, o paciente continua o tratamento alérgico específico no Serviço de Alergia, passando a realizar ginástica respiratória sòmente em casa, com seguimento da enfermeira que faz o contrôle torácico, revisão da ginástica e educação sanitária cada 3 meses, até completar um ano de observação.

No fim do primeiro ano de tratamento, nota-se no paciente modificações de hábitos higiênicos e melhor predisposição ao trabalho. As crianças reagem satisfatòriamente, freqüentam escola com regularidade, com bom aproveitamento. Esta melhora progressiva evita a freqüência ao Pronto Socorro e Ambulatório havendo, cada vez menos, necessidade de medicação sintomática.

GINÁSTICA RESPIRATÓRIA

Pelo seu reconhecido valor na reabilitação do paciente asmático, a execução da ginástica, exercícios respiratórios e drenagem postural são consideradas fases importantes do trabalho.

No asmático, além da obstrução bronquiolar, há espasmo dos principais músculos respiratórios, principalmente do diafragma, e o emprêgo dos músculos respiratórios do pescoço e do tórax superior que imprimem um movimento vertical na respiração, são prejudiciais à boa ventilação. Consequentemente êstes fatôres permitem a entrada do ar nos pulmões com mais facilidade que a sua saída, resultando distensão pulmonar progressiva e enfisema pulmonar. Nestas condições, a ventilação e as trocas gasosas ao nível dos alvéolos pulmonares tornam-se deficientes e a dispnéia se acentua progressivamente.

A forma da caixa toráxica, geralmente, se adapta aos pulmões. No asmático crônico com enfisema a superdistensão pulmonar leva à deformidade torácica, chamada forma de "tonel", caracterizada por aumento do diâmetro antero-posterior, com projeção do esterno para a frente e cifose dorsal, levantamento dos ombros e ângulo de Louis muito aberto. Em crianças e jovens, sendo as costelas mais flexíveis que no adulto, nota-se depressão infero-lateral na parede torácica, por repuxamento do gradeado costal determinado por contratura diafragmática persistente, ao mesmo tempo que o externo é projetado para a frente, resultando o "peito de pombo". Inicialmente, estas alterações torácicas são reversíveis, porém, se as crises são prolongadas e repetidas, o tórax pode não mais voltar à sua forma normal, mesmo na ausência completa da asma.

Para melhorar sua respiração, o asmático deverá tentar eliminar o excesso do ar retirado nos pulmões distendidos e restituir, dêsse modo, os pulmões e caixa torácica ao seu tamanho normal. Os exercícios são orientados de tal modo que ensinam o paciente, primeiramente, a usar a parte inferior do tórax, deixando imobilizada a parte superior. A seguir, os músculos respiratórios são educados mediante contração voluntária dos músculos da parede abdominal durante a expiração, determinando o conseqüente relaxamento diafragmático, obtendo-se assim a subida da cúpula diafragmática, dimi-

nuiçao torácica, retração dos pulmões e expulsão do ar retirado. A ação do diafragma pode ser comparada à de um pistão que se eleva dentro de um cilindro do motor de automóvel. Após o relaxamento satisfatório, o diafragma pode desempenhar sua função normal: na inspiração se contrai e desce, na expiração relaxa e sobe na caixa torácica. No paciente treinado, quando respira, o diafragma deve mover-se livremente para cima na expiração e para baixo na inspiração, enquanto no paciente não treinado o diafragma se acha geralmente contraído e abaixado, quase sem mobilidade.

A respiração diafragmática contribui, significativamente, para a melhora das condições ventilatórias e resolução da crise asmática. Terminada a crise, há completa normalização da função respiratória, quando se trata de asma brônquica simples, não complicada, sendo neste caso as alterações funcionais completamente reversíveis. Porém, se as crises são de longa duração e freqüentes, havendo destruição de fibras elásticas do pulmão, a hiperdistensão pulmonar, pode persistir, ocorrendo isto em pacientes com dispnéia constante, mesmo fora dos períodos de crise asmática.

Os exercícios devem ser realizados, a princípio, com auxílio de um fisioterapêuta experimentado em exercícios respiratórios, até que o paciente seja bem treinado. Sua prática deve ser feita com regularidade, mesmo em períodos de acalmia, para haver reabilitação máxima da função respiratória e condições ótimas para a correção da deformidade torácica.

Quando bem executados, os exercícios podem acarretar "chiado" e tosse no fim da expiração. Isto pode aborrecer o paciente e é mesmo queixa freqüente no início do tratamento. Com perseverança, todavia, à medida que o muco existente na árvore brônquica torna-se mais fluído e o paciente aprende a eliminá-lo eficientemente com a tosse, há alívio dos sintomas.

DRENAGEM POSTURAL

Alguns pacientes asmáticos submetem-se à drenagem postural, valioso recurso fisioterápico quando há acúmulo de secreção nas vias aéreas e o mecanismo normal de sua eliminação torna-se insuficiente.

No asmático, secreção de consistência viscosa pode acumular-se ao nlvel dos brônquios.

A drenagem postural proporciona ajuda artificial na eliminação das secreções acumuladas mediante utilização da fôrça da gravidade. O seu mecanismo pode ser comparado ao de uma garrafa cheia de líquido viscoso, obtendo-se eliminação do líquido tanto mais fàcilmente quanto mais invertida fôr a garrafa; na drenagem

postural o paciente é colocado em posição que dá máxima fôrça à gravidade. Exercícios respiratórios localizados e vibrações sôbre a parede torácica podem ser associados, visando maior mobilização e eliminação das secreções.

A fim de se obter drenagem eficiente, a área atingida deve ficar mais alta que o restante das vias aéreas, permitindo assim a eliminação das secreções pela gravidade através dos brônquios maiores e sua eficiente expectoração. Nos casos de bronquiectasia é imprescindível o estudo preliminar da árvore brônquica por broncografia, a fim de se poder determinar a posição de drenagem mais indicada em cada caso. Seguimos as recomendações de THACKER (1959) em relação às posições de drenagem.

Tôdas as medidas fisioterápicas devem ser realizadas em ambiente calmo, bem ventilado, procurando se obter a máxima cooperação do paciente, incentivando-o a executá-las com entusiasmo e constância.

Para o estudo citado utilizamos 30 casos de pacientes asmáticos, com seguimento durante um ano, de 1964 a 1965, cujos dados principais encontram-se nas seguintes tabelas:

I — **Distribuição conforme idade e sexo.**

Sexo	**N.º de Cassos**
masculino	7
feminino	23
IDADE (mínima: 6 anos — máxima: 50 anos	
menos de 12 anos	11
mais de 12 anos	19

II — **Tratamento hipossensibilizante** realizado em 30 pacientes

autovacina	23
autovacina + pó + fungos	5
autovacina + pó + pêlos	1
autovacina	1

III — **Resultados quanto ao pêso, altura, capacidade vital, medidas torácicas e freqüência regular**

Pêso	N.º de Casos
aumentou	22
inalterado	1
diminui	7
Altura	
aumentou	18
inalterado	12
Obs. 11 pacientes encontravam-se em idade de crescimeto	
Capacidade Vital	
aumentou	21
inalterado	3
diminuiu	6
Medidas torácicas	
melhoraram	30
inalterados	0
Freqüência Regular	
Escola	12
Trabalho	13

BIBLIOGRAFIA

DORINSON, S. M. — Breathing exercises for bronchial asthma and pulmonary emphysema. **J. A. M. A.**, 156: 931-933, 1954.

KOHLRAUSCH, W. & TEIRICH-LEUBE, H. — Lehruch der Krankengymnastik bei inneren Erkrankungen. G. Fischer, Stuttgart, 1954, pg. 121-179.

LIVINGSTONE, J. L. & REED, J. M. W. — Exercises for asthma and emphysema. 9 th ed. Asthma Research Council, London, 1959.

MÜLLER-GIES, I. & LICHTENBERG, Chr. — Atemübungen mit Kindern. G. Thieme, Stuttgart, 1955.

PAROW, J. — Funktionelle Atmungstherapie. G. Thieme, Stuttgart, 1953.

THACKER, E. W. — Postural drainage and respiratory control. 2 nd. ed., Lloyd Luke, London, 1959.

ANEXO 1

CUIDADOS GERAIS — Orientação para a casa

1. **Ambiente** — a casa deve ser sêca e quente.
   a) **Evitar** — poeira. forrar o colchão e o travesseiro com capa impermeável de plástico em tôdas as camas do quarto do paciente.
   b) Remover objetos de cima do guarda roupa, móveis estofados, cortinas, tapetes e tudo que possa acumular poeira no quarto.
   c) Não varrer a sêco — usar um pano de lã na vassoura e depois pano úmido no assoalho e remover o pó dos móveis com pano úmido ou óleo de móveis (Shell).
   d) Deixar o paciente fora do quarto até uma hora após a limpeza — (se fôr criança).
2. **Evitar** — umidade, môfo e exposição à chuva. Na casa onde há bolor, passar uma solução de ácido fênico a 5%, usar uma bomba de Flit nova para pulverizar os locais mofados, ex.: dentro do guarda roupa, paredes, banheiro, cosinha.
3. **Evitar** — inseticidas, fumo, contacto com aves, cães, gatos, cavalos, brinquedos felpudos, talco, perfumes e cheiros irritantes.
4. **Evitar** — excesso de agasalho.
5. **Praticar** — Natação quando passar bem; encorajar atividades ao ar livre e jogos esportivos.
6. Fazer ginástica respiratória tôdas as manhãs e noites.
7. Observar se os sintomas da doença coincidem com:
   a) ingestão de algum alimento ou medicamento;
   b) contato com roupas ou algumas substâncias;
   c) determinados locais ou atividades.

ATIVIDADES DA CRIANÇA ASMÁTICA

A) Sempre que possível, a criança deve levar regularmente a vida comum de todos os dias, deve ser considerada igual a criança normal; ela é livre para qualquer atividade:

1. estudar;
2. brincar dentro ou fora de casa;
3. aprender música, pintura, desenho ou outros;
4. trabalho doméstico ou profissional, dependendo dos fatôres alérgenos incompatíveis;

5. praticar a natação e esportes moderados;
6. conviver com outras crianças em parques infantis e jardins da infância;
7. permitir atividades que favoreçam o desligamento gradativo dos adultos e o aumento da independência tanto na alimentação, vestuário, banho e nos deveres escolares;
8. dirigir o interêsse da criança para atividades permitidas e que a interesem;
9. incluir, na rotina diária, as reais limitações próprias da enfermidade, indicadas pelo médico.

B) **Evitar** — tensões emocionais e castigos físicos, procurando orientar a criança por explicações objetivas e outros meios de educação aceitáveis, dar-lhe afeto e amor constante.

1. **Evitar** — super-proteção — não deixar dormir na cama dos pais, mesmo durante o acesso asmático.
2. **Evitar** — excesso de restrições e vigilância.
3. **Evitar** — excesso de comentários e preocupações em relação à enfermidade — é importante o ambiente calmo no lar.
4. **Evitar** — manifestações de ansiedade; quanto na vigência da crise, dar os medicamentos prescritos. Não havendo melhora, levar ao Pronto Socorro.

ANEXO 2

HIPOSSENSIBILIZAÇÃO COM: AUTOVACINA

Aplicar uma injeção por via sub-cutânea cada ..... dias no 1.º mês. depois uma vez por semana, em doses crescentes: 0,1 — 0,2 — 0,3 — 0,4 — 0,5 — 0,6 — 0,7 — 0,8 — 0,9 — 1 cc e manter a dose de (.....)até o fim.

Se houver reação local após 24 horas, repetir dose anterior.

Guardar a vacina em geladeira. Agitar antes de usar. Usar seringa tipo tuberculina.

ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

1) Resultado — Teste =
2) Cuidados gerais
   Ginástica
   Imunização

Vac. = Tríplice = Dift. — tetânica — Pertussis

Xarope = **Alergon Infantil**

Tomar 1 colher de chá 3 vêzes ao dia, na véspera da vacina e 2 dias depois da vacina.

ANEXO 2

Nome .....
Idade ..... Ende. .....
Diagnóstico .....
Tratamento .....Registro .....
Prontuário .....Profissão .....
Dr. ..... Ginástica respiratória .....

Contrôle	Medidas				Data	Ocorrências	Ed. Sanitária
Part. Sup.	+	+	+	+			
Médio	+	+	+	+			
Inferior	+	+	+	+			
Data							
Pêso							
Altura							
C. V.							

ENFERMAGEM GERIÁTRICA

Cléa Alves de Figueiredo Fernandes *

É de conhecimento geral que a proteção à velhice avulta cada vez mais entre os grandes problemas da humanidade pela razão universal das modificações demográficas, motivadas pelo aumento progressivo do número de indivíduos que vivem até a idade senil. Êste fenômeno opera-se mesmo nos países subdesenvolvidos intensificando-se nos demais. Verifica-se que nos centros urbanos a média de vida da população já ultrapassa os 60 anos, para tanto influindo medidas de saúde pública, condições econômicas favoráveis, tratamento eficiente das doenças de maturidade tais como, diabetes e cardiopatias. Dessa maneira, destacando-se a densidade demográfica e os progressos higiênicos aludidos, apontamos dois fatôres causais do problema médico, social e econômico que é a assistência à velhice.

No Brasil, em suas grandes cidades, a situação do problema é precária ainda que reconheçamos, no que tange ao aspecto previdenciário, as leis trabalhistas garantirem ao aposentado um numerário mensal, constituindo-se em fator positivo em prol do senso de segurança do indivíduo idoso ;se verificarmos porém os recursos médicos, reabilitadores, de moradia e de hospedagem para a velhice desamparada, comprovaremos o quanto a assistência é desoladora.

É por isto que hoje reunimo-nos aos técnicos para focalizar as realidades sôbre o assunto, e tentamos também, em têrmos técnicos e acima de tudo humanos, apontar algumas medidas exequíveis em nosso meio profissional.

Acreditamos que, se procurarmos ouvir sempre doutas e atualizadas esplanações sôbre os vários aspectos da senectude, muitos dos pontos de vista de enfermagem poderão sem ampliados ou modificados, uma vez que as suas técnicas e cuidados são em grande parte conseqüências práticas ou executivas de conhecimentos médicos; no caso, de conhecimentos geriátricos, incluindo-se também a Psiquiatria e a Psicologia.

---

* Professôra de Psicologia e Higiene Mental da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Por enquanto pretendemos expor um resumo do que faz a enfermagem, como cuidados especiais à velhice.

Trata-se algo nôvo como campo de ação entre nós. Com isto, queremos significar tudo quanto se refira a uma assistência específica, organizada para uma grande clientela, em prédios exclusivos ou distribuída sistemàticamente a domicílio, ou ainda programada em enfermarias especiais. Pois que, experiências eventuais, passageiras ou não e assistemáticas, tôda enfermeira, na sua labuta hospitalar, pratica ao tratar inúmeras vêzes de anciãos agudamente enfêrmos e outras vêzes recém-operados. Ora, naquilo que é essencial à dinâmica terapêutica incluindo o seu aspecto de enfermagem, êste será sempre o mesmo quer estejamos a cuidar de um paciente idoso, de modo eventual, ou de vários simultâneamente.

O que fica modificado de acôrdo com os dois casos (em conjunto ou isoladamente) é o grau de interêsse pela especialidade; a distribuição dos serviços de enfermagem conforme os diagnósticos e a sua gravidade; a técnica de abordagem, tendo em vista o ambiente hospitalar e as características pessoais do paciente. Em ambas as situações, a enfermeira devidamente habilitada possui no seu acervo cultural alguns princípios básicos de geriatria. Assim deve ter em mente que:

a) a senectude é uma entidade fisiológica e não um estado patológico da maturidade, isto é, ao contrário do conceito antigo de que a velhice é uma enfermidade em si mesma;
b) na velhice, a enfermidade de um órgão ou tecido que degenera normalmente é distinta da mesma doença durante a maturidade, pois essa complica-se com a degeneração;
c) a meta do tratamento na senectude deve consistir em restabelecer o órgão ou tecidos enfêrmos para o estado normal desta fase, e não pretender restaurá-lo para a maturidade ;
d) as mudanças fisio-anatômicas que caracterizam êsse estágio (todo processo chamado degeneração por envelhecimento) são várias, tais como:

   desidratação, diminuição de pêso comparativo e gradual, exceto coração e glândula tiróide; decaída da eficiência dos mecanismos homeostáticos (balanço hídrica de sangue, uniformidade, temperatura, acidez e alcalinidade) o adelgamento por atrofia vertebral; perda dos dentes; metabolismo basal diminuido (atrofia da glândula tiróide); menor necessidade do sono etc.;

e) os tecidos destruídos não são reparados por tecidos iguais: sendo que os tecidos nervosos (cerebrais) desgastados não regeneram.

Da mesma forma a enfermeira é conhecedora de que a senectude tem sua psicologia própria tal como as têm outras fases da

vida humana. Saberá destacar peculiaridades psíquicas da idade provecta das gradações sintomatológicas de alguma psicose senil.

Saberá que não havendo doença interferindo a vida mental do ancião não apresenta decadência sob todos os aspectos; verifica-se que na velhice sadia reduz-se a energia, a memória mecânica, mas aumenta o discernimento e permanece a capacidade de aprender desde que haja a fôrça das causas impulsivas.

Evidentemente a enfermeira interessada em geriatria aprofundará em conhecimento os princípios que acima mencionamos, ao ponto necessário de conceber sem maiores dificuldades, meios de aplicar em todo seu trato com pacientes de idade avançada, medìdas preventivas concomitantes à assistência curativa ou paliativa imediata, prescrita pelo médico.

Em aqui chegando, achamos conveniente para melhor expor o nosso estudo, distinguir três modalidades de enfermagem geriátrica. É evidente que a distinção é mais teórico-didática que verificável na prática mas elucida e esclarece melhor os nossos pontos de vista.

Podemos dizer que há uma:

1) enfermagem geriátrica com fins acentuadamente profiláticos ou preventivos para anciãos capacitados;
2) enfermagem geriátrica com fins de reabilitação e curativa para semi-incapazes;
3) enfermagem geriátrica apenas paliativa imediata para os incapacitados.

Na primeira a enfermeira efetua, sob orientação, medidas profissionais com referência a indivíduos idosos sem doença aparente ou pelo menos sem doença incapacitante. Pratica junto com a equipe médica, a profilaxia da velhice, isto é, procura o ideal da velhice sadia ou provectude. Muitas destas medidas seriam conselhos ou ensinamentos, ou poderíamos dizer edu ação sanitária ao próprio ancião e a seus familiares para que, por exemplo, se efetue nêle exame geral de saúde, tendo em vista deter doenças crônicas de começo insidiosos; aconselha-se a busca de orientação especializada para mudança de trabalho ou para reabilitação adequada; uso saudável do lazer; verificação da suficiência do sono, da suficiência e qualidade da dieta para posterior orientação médica, tendo em vista evitar a desnutrição e a obesidade; sugestão para um ajustamento gradual quando se torna necessário afastar hábitos nocivos (bebida, tabagismo) para evitar ou minorar bronquite e enfizema.

Em qualquer ambiente, seja hospitalar ou domiciliar serão propostas medidas que evitem os grandes acidentes dos indivíduos velhos por fraturas graças à fragilidade óssea, pouca visão, andar titubeante. Tais providências seriam por exemplo: corrimão, chão limpo, porém sem uso de cêra, boa luz etc... A enfermeira propor-

cionará exercícios brandos ou de acôrdo com a indicação médica, desde que, pelo menos, se evite a inatividade que é sempre prejudicial. Assim também quanto ao ambiente para o sono tranqüilo ou o repouso com intenso relaxamento nos casos de insônia. Supervisionará a higiene bucal, mostrando cuidado especial com as dentaduras a fim de que estas auxiliem sem dores e desconfôrto à mastigação. Providenciará roupas que agasalhem suficientemente, procurando manter adequada a temperatura ambiente com boa ventilação.

No que concerne ao aspecto psíquico, isto é, à Higiene Mental, são inúmeros e importantíssimos os cuidados que a enfermeira deve adotar, não é demais repetir, em tôdas as circunstâncias, ambientes e modalidades de enfermagem existentes. Pois, perservando-se da decadência o psiquismo do indivíduo, há sempre esperança de se obter colaboração do paciente para outras prevenções ou tratamentos.

A começar pela sua atitude profissional mostrando o respeito devido à pessoa humana especialmente àquela pessoa em idade avançada e que merece deferência especial pelos seus anos de experiências sofridas ou gloriosas, não importa. Incutir esta mesma atitude nos subordinados(quando em instituições hospitalares ou asilo) e nos familiares (quando presta cuidados à domicílio). Assim fazendo a enfermeira dá sua quota no combate à indiferença, irreverência e até repulsa à velhice ,atitudes tão generalizadas; estas, se afastadas, abrem caminho a outras iniciativas profiláticas. Êste comêço de "cuidado psicológico" deve ser dito com ênfase por ser o único comêço de qualquer tratamento técnico-científico, pois não se faz verdadeira medicina sem o respeito à creatura humana.

Assim, em Enfermagem Geriátrica esta atitude se traduz desde o início da abordagem ao doente pelo tom de deferência na conversação, usando seu nome e sobrenome, sem jamais permitir-se intimidades verbais ou gracejos que venham irritar ou por em ridículo o ancião. A enfermeira aprendeu que há bastante diferença entre intimidades vulgares e o carinho respeitoso ou respeito carinhoso. Em seguida, muito importante no âmbito dêste tipo de enfermagem e no de Higiene Mental para os anciãos inclusos no 1.º grupo dos saudáveis ou capacitados, é proporcionar oportunidades para que sejam aproveitadas e utilizadas ao máximo suas experiências, no possível, em benefício da comunidade.

As manifestações criadoras devem ser mantidas vivas cultivando-se diversos interêsses. Seguindo esta finalidade de evitar desajustamento completo ou parcial do indivíduo idoso, a enfermeira, como servidora da saúde, dará informes necessários a um Serviço Social organizado e executará seus conselhos em tudo que se refira

em poder manter o velho numa vida satisfatória, se possível no âmbito familiar. Pois todos sabemos que para se guardar uma perspectiva otimista da vida, é fator importante o interêsse pelos filhos e netos e ter oportunidades de fazer algo por êles. Isto significa preservar aquêle valioso tonus da afetividade positiva do ser humano que é o dom de amar, o qual empresta à vida encantos sempre renovados...

Enfim, dentro da equipe de saúde, cumprirá a sua missão subministrando cuidados de enfermagem baseados nas necessidades do indivíduo como um todo e com o propósito de devolvê-lo, quando seja possível, ao seu próprio lar e para uma vida útil.

Para as modalidades de Enfermagem Geriátrica, tidas com finalidades reabilitadoras, curativas e simplesmente paliativas subtendemos que se trata de dois grupos de pacientes idosos: 1.º acamados temporàriamente, quase sempre hospitalizados; 2.º) acamados definitivamente, geralmente hospitalizados. Em ambas as modalidades de enfermagem, hospitalizados ou não a enfermeira, além daqueles princípios básicos de Geriatria que já mencionamos, terá em mente as características gerais das enfermidades na senectude:

que há sempre multiplicidade de fatôres;
que difere em cada paciente idoso;
que em sua maioria são crônicas e progressivas.

Os clínicos nos ensinam que teòricamente não há enfermidades peculiares à velhice, mas as estatísticas clínicas comprovam que as pessoas de grupos de idade avançada tendem apresentar certos tipos de doenças com mais freqüência que os jovens, sendo algumas delas, enfermidades incapacitantes. Assim temos as principais:

Cardiopatias — especialmente degeneração arterial das coronárias.

Doenças do aparelho digestivo — (câncer, gastrites, prisão de ventre, desnutrição).

Doenças do aparelho respiratório — (enfizema pulmonar crônica, bronquite crônica).

Doenças alérgicas — (asma bronquial, rinites e urticárias);

Doenças mentais — artereosclerose cerebral; Psicosis senis, tais como a de Pick, a de Alsheimer e a de Korsakoff.

Distinguimos ainda, pela freqüência as infecções: — pneumonia e erisipela e como enfermidades que incapacitam de imediato, as hemorragias, fratura de fêmur e de bacia, lumbago, marcha de Petren (astasia trepidante).

Como é lógico, foge a nossa competência descrever cada uma dessas entidades nosológicas mas citá-las é imprescindível para mostrar como é grande o número das técnicas de enfermagem empregadas em tôdas que foram enumeradas. Basta lembrar, todavia, que

para os cuidados gerais de natureza hospitalar as técnicas são as mesmas empregadas de quando se efetuam idênticos tratamentos em indivíduos na juventude ou maturidade.

Seriam as sobejamentes conhecidas tais como: banho de leito, posição especial para cardíacos e asmáticos; alimentação ajudada, alimentação artificial; aplicação de injeção, de sôro, de oxigênio, pulmão de aço, cateterismo; lavagem, gavagem; imobilização para fraturas, contentações etc... O que as tornam especiais em Geriatria é o seu "modus faciendi", isto é, a maneira de se obter colaboração do paciente, o rítmo de tratamento, prevendo sempre as possibilidades de interrupções; a observação detida para efeitos contraproducentes e vigilância constante do comportamento do velho.

Assim, para cada tipo de doença ou no caso comum de inter-ocorrência de duas ou mais afecções, a enfermeira terá que adaptar as modalidades específicas aos tratamentos indicados com as respectivas técnicas de enfermagem às condições pessoais do paciente idoso. Tal como acontece em Enfermagem Pediátrica quando deve estar à altura de entender o gráu de desenvolvimento infantil, com suas diferenças individuais para conseguir melhor colaboração de tratamento, a Enfermeira Geriátrica terá que fazer uma adaptação constante no trato com seus pacientes. É desta maneira que ela revela o seu engenho ou talento e o seu interêsse vocacional para a especialidade.

Pode-se assim dizer que o que mais diferencia a enfermagem geriática da enfermagem hospitalar geral, é o seu cunho eminentemente psicológico, a preocupação constante de executar uma psicoterapia orientada de modo a prover as necessidades psíquicas de todo sêr humano adulto: afeto, sentido de independência, auto estima e senso de propriedade.

Cabe, todavia, apontar como cuidados especìficamente geriátricos para os pacientes acamados os seguintes:

1) Cuidados especiais com a pele:

Banho quase sempre diário, temperatura 37,8 com sabão suave, enxugar bem, entalcar, massagens suaves com taleo medicinal (ácido salícico e ácido bórico);

Para pele muito sêca — usar lanolina, azeite ou "coldcream":

Prevenir úlceras — protegendo as áreas de fricção com almofadas e mudar a posição das zonas de pressão;

Shampoo semanal — água tépida, sabão suave, uso de anil e leve fricção;

Para o rosto— sabão brando, creme de limpeza, limpar sempre as secreções dos olhos e secreção nasal;

Cuidados com os pés — posição correta, massagens com creme para prevenir distúrbios circulatórios, exercícios suaves, lavar os pés com água tépida diàriamente.

2) Higiene bucal:

Escovar os dentes, limpar dentaduras, massagens nas gengivas, manter lábios úmidos com "cold cream".

3) Alimentação:

Cuidada e ajudada, preparo psicológico para evitar anorexia ou gula, obedecer dieta prescrita mas levando em conta gostos pessoais. Tomar nota da ingestão de líquidos.

4) Eliminação:

Verificar os períodos de eliminação individual, não pressionar mas chamar a atenção do paciente despreocupado, informar ao médico qualquer distúrbio, evitar enemas, e, quando indicadas, ter o máximo cuidado em aplicá-las.

Finalmente, temos a ressaltar que a 3.ª modalidade de enfermagem, a essencialmente paliativa é a que entra no âmbito Psiquiátrico. Eis porque a observação sôbre o psiquismo do paciente se torna tão importante e a medida que se vislumbram sinais de deterioração mental, as perspectivas são desanimadoras; temos pela frente os sintomas mais tristes e difíceis de contornar, quanto mais de eliminar.

O diagnóstico diferencial entre a deterioração mental pela arteriosclerose e a demência senil na prática nem sempre é fácil, muitas vêzes ambas as formas associadas são encontradas. O prognóstico é sombrio e mesmo inexorável!

No que concerne a enfermagem, todavia, são os primeiros sintomas que surgem objetos de especial atenção para detê-los, uns, melhorá-los, outros; e quando seguem a evolução dramática de completa desagregação procurar suavizar a vida do paciente, a todo custo, e a dos familiares também.

A transição da senilidade comum para a demência senil é geralmente gradual e qualquer decisão acêrca de quando se passa a linha divisória imaginária é coisa arbitrária. Mas a enfermeira pode observar e anotar quando há redução de ambição, de atividades e de iniciativas, dificuldades crescentes em executar seus deveres, tendência à repetição, à reminiscência, relaxamento nos hábitos de higiene, despudor verbal e de gestos, preocupações sexuais e pueris etc... tudo isto se agravando pela amnésia, confusão, desorientação, afazia e incoerência passando à indigência mental, à regressão da personalidade, até a apatia completa, ou exitação ambulante.

A enfermagem nos casos típicos de deterioração mental será, como dissemos, geriátrico-psiquiátrico e obedecerá a risca um programa médico sob êste duplo aspecto.

A enfermeira fará observações detidas para informar em tempo útil, efeitos contraproducentes de certos medicamentos sedativos (os que aumentam a confusão); os de efeitos tóxicos, cumulativos ou contra indicados para outras moléstias porventura presentes, por exemplo, a insuficiência renal.

Ainda alguns pontos de enfermagem com referência a esta categoria dos semi-incapacitados ou inteiramente incapacitados poderão aparecer óbvios ou cediços mas para escopo dêste trabalho se torna conveniente serem destacados:

1) cabe à enfermeira seja qual fôr o grau de demência senil ou de processo arteriosclerótico do paciente, mantê-lo em aparência dígna da condição humana e começar pelas providências de se ter o ambiente limpo e arejado, de proporcionar roupas simples e adequadas ao clima e higiene corporal assídua;

2) deve contudo ter em mente não transformar a limpeza e a ordem que se apontam como fatôres de dignidade, um martírio para os pacientes, desta'arte permitindo que guardem suas bagatelas inofensivas e que usem, quando exigirem e não prejudicá-los, roupas a seu gôsto;

3) dieta conforme indicação do médico mas proporcionando pratos preferidos e gulodices para manter o relativo apetite;

4) verificar se há eliminação regular e providenciar tratamento nos casos necessários; ,

5) utilizar os dispositivos adequados nos casos de incontinência;

6) proporcionar os sedativos indicados oportunamente;

7) enquanto fôr possível e da maneira tècnicamente indicada mantê-los ocupados por algum tempo fora da cama; quando completamente acamados e apáticos mudar posição com freqüência;

8) vigiar detidamente os que, em delírio ambulante, tentam a fuga.

Deixamos para o fim algo que julgamos de suma importância no atendimento do enfêrmo geriátrico e que nem sempre é possível praticar de modo expresso e constante pela enfermeira: é a preparação para a morte dos que conscientemente vêem o seu fim. Prepará-los para a aceitação da morte como um bem, um arremate natural de uma vida e quiçá começo de outra. Jamais, entretanto, fazê-lo pelo método patético ou pelo lado sádico, isto é, promovendo sob pressão intensa o desapego às coisas belas da vida ou quaisquer coisas que ainda restam.

Fazê-lo, sim, pela procura da aproximação do paciente com Deus, princípio e fim da nossa humana presença.

Para tanto não será preciso o proselitismo de qualquer religião mas sim o resultado prático de uma crença pessoal em Deus (não tenho idéia de como possa haver enfermagem atéia), tornando-se um testemunho desta fé pela prática da virtude suprema, a caridade nos seus místeres de enfermagem.

Assim, quando encontrar o ancião piedoso, facilitar os seus hábitos religiosos sob a direção, se possível de um ministro de sua religião. Quando encontrar um paciente mais desesperado ainda do seu fim próximo por julgar-se pecador ou mesquinho, providenciar um sacerdote capaz de mostrar com simplicidade e de modo convincente que o Dens criador dos homens possui a misericórdia proporcional para julgá-los e, acima de tudo, é bom e misericordioso.

Enfim, sabemos que os ilustres médicos e higienistas agnósticos refutam a verdade objetiva de nossas últimas assertivas, mas não poderão jamais negar o efeito terapêutico das mesmas quando bem dosadas, pois tudo que significa esperança e segurança autênticas é salutar ao Homem. Acreditar em algo mais elevado que nos conduza à uma vida melhor é deveras consolador.

> "Una meta espiritual que transciende del mero ser humano natural y su existencia mundana, es el requisito ineludeble de la salud animica". C. C. Yung.

Porque será triste deixar os que já pressentem o fim inexorável entregues tão-sòmente a vivência de solidão, sentimento de abandono e perspectivas do vazio.

Repetimos que quando mencionamos "terapêutica religiosa", não pretendemos incluir proselitismo sistemático de religião alguma, especialmente àqueles que sendo avessos a idéias místicas se consideram ateus convictos. O respeito às suas convicções aliado à fortitude de uma enfermagem impregnada do sentido da Caridade a que aludimos fará o seu efeito benéfico.

Em fim, desta ou daquela maneira, isto é, sob um esquema em bases espirituais ou simplesmente em bases naturais, a enfermeira terá sempre em mente um programa a ser desenvolvido de maneira humaníssima, visualizando a realidade psicossomática do indivíduo idoso e visando uma meta mais completa de não só alongar-lhe a vida como fazê-la mais hígida com relativo vigor e utilidade, em suma, feliz, e cujo fim seja também um arremate serenamente belo.

BIBLIOGRAFIA

BROWN, Amy Frances — Enfermeria Médica. Editorial Internacional S. A., 1960.

RUSK, Howard A. — Medicina de Rahabilitacion. Centro Regional de Ayuda Técnica, México, 1962.

MUNIZ, Ramon de la Fuente — Psicologia Médica.

DUMBAR, Flandres — Corpo e Mente — Medicina Psicossomática.

COWDRY, E. V. — El cuidado del Paciente Geriátrico. La Prensa Mexicana.

YUNG, C. G. — Psicologia Education.

LEGISLAÇÃO

Decreto n.º 57 429 de 15/12/65, revoga o Decreto n.º 1 262 de junho de 1962 e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I da Constituição Federal, decreta:

Artigo 1.º — Fica revogado o Decreto n.º 1 262 de 25/6/1962.

Artigo 2.º — Enquanto as Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras e de Ciências Econômicas e as Escolas de Engenharia, Serviço Social e de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense não possuirem em suas Congregações Professêres catedráticos vitalícios, em número correspondente a um terço de sua totalidade, fica o Ministério de Educação e Cultura, autorizado a designar Responsáveis pela direção das referidas entidades.

Parágrafo único — Para o fim que trata êste artigo, o Reitor apresentará lista de 3 (três) nomes, para cada estabelecimento de ensino.

Artigo 3.º — Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 15 de dezembro de 1965
144.º da Independência e 77.º da República.

DECRETO-LEI N.º 299 — De 28 de fevereiro de 1967

Reorganiza o Grupo Ocupacional P-1 700 do Anexo I da Lei n.º 3 780 de 12 de julho de 1960 e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o § 2.º do artigo 9.º do Ato Institucional n.º 4, de 7 de dezembro de 1966, e em cumprimento ao disposto no artigo 25 da Lei n.º 4 863, de 29 de novembro de 1965, resolve baixar o seguinte decreto-lei:

Art. 1.º — O Grupo Ocupacional P- 1 700, do Anexo I da Lei n.º 3 780, de 12 de julho de 1960, passará a ter a seguinte constituição:

GRUPO OCUPACIONAL P-1 700 — MEDICINA, FARMÁCIA E ODONTOLOGIA

Código		Série de Classes ou classes	Característica da Classe
P-1701	13-A	Auxiliar de Enfermagem ...	Execução
P-1701	14-B	Auxiliar de Enfermagem ...	Execução
P-1701	15-C	Auxiliar de Enfermagem ...	Execução
P-1702	10-A	Prático de Farmácia	Execução
P-1702	11-B	Prático de Farmácia	Execução
P-1703	11-A	Parteira	Execução
P-1703	13-B	Parteira	Execução
P-1704	10-C	Massagista	Execução
P-1704	11-B	Massagista	Execução
P-1705	10-A	Auxiliar de Praxiterapia	Execução
P-1705	11-B	Auxiliar de Praxiterapia	Execução
P-1706	11-A	Operador de Raios X	Execução
P-1706	13-B	Operador de Raios X	Execução
P-1707	9-A	Protético	Execução
P-1707	10-B	Protético	Execução
P-1708	9-A	Auxiliar de Necropsia	Execução

Art. 2.º — Serão enquadradas na série de classes de Auxiliar de Enfermagem P-1701 as atuais séries de classes ou classes singulares de Assistente de Enfermagem P-1701, Auxiliar de Enfermagem — P-1702, Enfermeiro Auxiliar — P-1706 e Enfermeiro Militar — P-1707; na série de classes de Parteira — P-1703 as atuais classes singulares de Obstetriz — P-1708 e de Parteira Prática — P-1711; na série de classes de Massagista — P-1704 a atual classe singular de massagista — P-1709; na série de classes de Auxiliar de Praxiterapia — P-1705; na série de classes de Operador de Raios X — P-1706 a atual classe singular de Operador de Raios X — P-1710; na série de classe, de Prático de Farmácia — P-1707, a atual classe singular de Prático de Farmácia — P-1712; na série de classes de Protético P-1707, a atual classe singular de Protético — P-1713 e na classe singular de Auxiliar de Necropsia P-1708 a atual série singular de Auxiliar de Necropsia — P-1704.

§ 1.º — A atual classe singular de Atendente P-1703 fica transformada na classe singular de Atendentes P-1709 — cujos cargos são considerados extintos e serão suprimidos, automàticamente à medida que vagarem.

§ 2.º — Os atuais ocupantes das classes singulares de Atendentes P-1713 e Auxiliar de Necrópsia P-1704 terão acesso à série de classes de Auxiliar de Enfermagem desde que possuam o certificado de conclusão do curso a que se refere o inciso I do artigo 4.º.

§ 3.º — Os atuais ocupantes da classe singular de Atendente P-1703, que se encontram no exercício de funções burocráticas, serão enquadrados na classe singular de Escrevente-datilógrafo AF-204.

§ 4.º — Os candidatos aprovados em concurso, para a classe singular de Atendente P-1703 que estejam aguardando nomeação poderão ser aproveitados, no prazo de três anos a contar do início da vigência dêste Decreto, nas vagas existentes na série de classes de Auxiliar de Enfermagem, mediante a apresentação do certificado de conclusão do curso a que se refere o inciso I do artigo 4.º.

Art. 3.º — Ao enquadramento nas séries de classes ou classes relacionadas no artigo 1.º, o qual obedecerá ao disposto nos artigos 19 e 30 da Lei n.º 3 780 de 12 de julho de 1960 e legislação complementar, concorrerão, em cada caso, os ocupantes das séries de classes ou classes incluídas na situação nova, conforme o disposto no artigo 2.º.

§ 1.º — Para efeito do enquadramento de que trata o presente artigo, terão preferência sucessivamente:

1 — Os servidores que tenham ingressado por concurso na série de classes ou na classe singular a que pertencem e possuam o certificado de conclusão de curso exigido pelo artigo 4.º para ingresso na respectiva série de classes ou na classe singular da situação nova.

2 —Os servidores que tenham ingressado por concurso na série de classes ou na classe singular a que pertençam.

3 — Os servidores que possuam o certificado de conclusão do curso exigido pelo artigo 4.º para ingresso na respectiva série de classes ou classe singular da situação nova.

§ 2.º — Em caso de empate, aplicar-se-ão os critérios de preferência estabelecidos na regulamentação da promoção.

Art. 4.º — Nos concursos para provimento dos cargos das séries de classes ou classes singulares que na conformidade dêste decreto-lei, passam a constituir o Grupo Ocupacional 1 700 do Anexo I da Lei n.º 3 780 de 12 de julho de 1960, será exigido:

I — Para a série de classes de Auxiliar de Enfermagem, certificado de conclusão do curso, com a duração mínima de dois anos, de Auxiliar de Enfermagem ou outro que comprove formação profissional equivalente.

II — Para a série de classes de Parteira certificado de conclusão do curso com duração mínima de 1 ano, de Parteira, Parteira Prática ou outro que comprove formação profissional equivalente.

III — Para a série de classe de Massagista, certificado de conclusão de curso, com duração mínima de 6 meses, de Massagista ou outro que comprove formação profissional equivalente.

IV — Para a série de classes de Auxiliar de Praxiterapia, certificado de conclusão de curso, com duração mínima de 8 meses, de

Auxiliar de Praxiterapia ou outro que comprove formação profissional equivalente.

V — Para a série de classes de Operador de Raios X certificado de conclusão do curso, com duração mínima de 1 ano, de operador de Raios X, ou outro que comprove formação profissional equivalente.

VI — Para a série de classes de Prático de Farmácia, certificado de conclusão de curso, com a duração mínima de 1 ano, de Prático de Farmácia ou outro que comprove formação profissional equivalente.

VII — Para a série de classes pe Protético certificado de conclusão de curso, com duração mínima de 8 meses, de Protético ou outro que comprove formação profissional equivalente.

Parágrafo único — Os certificados referidos neste artigo só serão válidos os expedidos por Instituição Oficial ou Oficialmente Reconhecida, e depois de registrados em órgão competente.

Artigo 5.º — As Instituições que operam na formação de profissionais para as atividades auxiliares no campo da medicina, da Farmácia e da Odontologia adaptarão as denominações e os currículos dos seus cursos para que os mesmos sirvam aos objetivos dêste Decreto-lei.

Art. 6.º — As dúvidas suscitadas na execução do presente Decreto-lei serão dirimidas por decisão do Presidente da República ouvida a Comissão de Classificação de cargos carecendo de validade, para qualquer efeito, os atos que não obedeceram às formalidades aqui prescritas.

§ 1.º — A concessão de qualquer vantagem não expressamente previsto neste Decreto-lei decorrente de interpretação extensiva do texto legal determinará a responsabilidade civil e administrativa da autoridade que houver ordenado o pagamento.

§ 2.º — As restituições a favor da fazenda nacional ou do patrimônio da Autarquia serão feitas de uma só vez, com correção monetária.

Art. 7.º — Os enquadramentos de que se trata o artigo 2.º serão enviados ao Departamento Administrativo do Serviço Público pelos grupos de Trabalho de Readaptação, no prazo improrrogável de 60 dias a contar da data da publicação dêste Decreto-Lei.

Art. 8.º — O disposto neste Decreto-lei não dá direito a indenidias a contar da data da publicação dêste Decreto-Lei.
zação ou percepção de atrazo em nenhuma hipótese.

Art. 9.º — Êste Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília 28 de fevereiro de 1967
148º da Independência e 79º da República

H. CASTELLO BRANCO, Carlos Medeiros Silva, Zilmar Araripe, Ademar de Queiroz, Severo Fagundes Gomes, Raimundo Moniz de

Aragão, Eduardo Augusto Bretas de Noronha, Raymundo de Brito, Paulo Egydio Martins, Mauro Thibau, Roberto de Oliveira Campos, João Gonçalves de Souza.

DECRETO-LEI N.º 53 de 18 de novembro de 1966

Fixa princípios e normas de organização para as universidades federais e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o parágrafo único do art. 31 do Ato Institucional n.º 2, e tendo em vista o Ato Complementar n.º 3, DECRETA:

Art. 1.º — As universidades federais organizar -se-ão com estrutura e métodos de funcionamento que preservem a unidade das suas funções de ensino e pesquisa e assegurem a plena utilização dos seus recursos materiais e humanas, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes.

Art. 2.º — Na organização das universidades federais, observar-se-ão os seguintes princípios e normas:

I — Cada unidade universitária — Faculdade, Escola ou Instituto — será definida como órgão simultâneamente de ensino e pesquisa no seu campo de estudos.

II — O ensino e a pesquisa básicos serão concentrados em unidades que formarão um sistema comum para tôda a Universidade.

III — O ensino de formação profissional e a pesquisa aplicada serão feitos em unidades próprias, sendo uma para cada área ou conjunto de áreas profissionais afins dentre as que se incluam no plano da Universidade.

IV — O ensino e a pesquisa desenvolver-se-ão mediante a cooperação das unidades responsáveis pelos estudos envolvidos em cada curso ou projeto de pesquisa.

V — As atividades, previstas no ítem anterior, serão supervisionadas por órgãos centrais para o ensino e a pesquisa, situados na administração superior da Universidade.

Parágrafo único — Os órgãos centrais de supervisão do ensino e da pesquisa terão atribuições deliberativas e serão constituídos de forma que neles se representem os vários setôres de estudos básicos e de formação profissional.

Art. 3.º — As unidades do sistema, a que se refere o item II do art. 2.º, encarregar-se-ão, além dos estudos básicos, do ensino ulterior correspondente.

Parágrafo único — Entre os cursos a serem atribuídos ao sistema de unidades mencionado neste artigo, observado o disposto

no item IV do art. 2.º, incluir-se-ão obrigatòriamente os de formação de professôres para o ensino de segundo grau e de especialistas de Educação.

Art. 4.º — As unidades existentes ou parte delas que atuem em um mesmo campo de estudo formarão uma única unidade na Universidade estruturada, em obediência ao disposto nos itens II e III do art. 2.º.

Parágrafo único — Nas Universidades em que houver Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras esta sofrerá transformação adequada à observância do disposto neste artigo.

Art. 5.º — Serão distribuídos ou redistribuídos pelas unidades que passem a constituir a estrutura da Universidade, com remoção ou readaptação dos respectivos titulares, os cargos de magistério que lhes correspondem, segundo o princípio geral do art. 1.º.

Art. 6.º — O desdobramento, a fusão e a extinção de unidades existentes, em virtude da presente lei, bem como a redistribuição, transformação ou extinção de cargos a elas distribuídos, serão declarados por decreto.

Parágrafo único — Dentro do prazo de cento e oitenta (180) dias, cada Universidade Federal apresentará o plano de sua reestruturação ao Ministério da Educação e Cultura para que, ouvido o Conselho Federal de Educação seja elaborado o projeto do respectivo decreto.

Art. 7.º — Dentro do prazo de noventa (90) dias, a contar da data de publicação do decreto referido no artigo anterior, cada Universidade Federal submeterá à aprovação do Conselho Federal de Educação o seu Estatuto adaptado às disposições da presente lei, estabelecendo se necessário, normas de transição que procedam a plena vigência do seu nôvo regime de organização e funcionamento.

§ 1.º — Os regimentos das unidades universitárias, quer os que resultem desta lei, quer das que já se encontrem instaladas, serão submetidos ao Conselho Federal de Educação até noventa (90) dias após a aprovação do Estatuto da Universidade.

§ 2.º — A Universidade poderá disciplinar as atividades que sejam comuns a várias unidades em Regimento próprio a ser aprovado na forma do § 1.º.

Art. 8.º — Da inobservância total ou parcial desta lei resultará a aplicação do disposto no art. 84 da Lei n.º 4 024, de 20 dezembro de 1961.

Art. 9.º — Aplicam-se as disposições dos artigos 1.º a 3.º e 7.º a 8.º da presente lei às Universidades constituídas sob a forma de fundações criadas por leis federais.

Art. 10 — Na concessão de subvenções a auxílios orçamentários da União às Universidades não federais, constituirá um dos critérios de preferência a observância, na sua estruturação, de preceitos idênticos ou equivalentes aos estabelecidos na presente lei.

Art. 11 — O Ministério da Educação e Cultura, através dos seus órgãos especializados, prestará assistência às universidades que a solicitem para implantação do sistema estabelecido neste Decreto-lei.

Art. 12 — Êste Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em .... de ..... de 1965
145º da Independência e 78º da República

INTERÊSSE GERAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — SEÇÃO DO CEARÁ: HISTÓRICO

Após o IV Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado na Bahia de 3 a 9 de dezembro de 1950, Irmã Cecília Fernandes, Diretora da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo (E.E.S.V.P.) de Fortaleza — Ceará — apresentou à Congregação da referida Escola um relatório das atividades realizadas por ocasião do Congresso acima citado com a finalidade de incentivar as enfermeiras professôras a tomar parte no movimento de fundação da ABEn no Ceará.

Conseguindo um número satisfatório de enfermeiras para início dos trabalhos, êstes reuniram-se na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo e resolveram eleger uma Diretoria que ficou constituída dos seguintes membros:

Presidente, Irmã Cecília Fernandes; Vice-presidente, Maria de Jesus do Valle; 1.ª Secretária, Maria Luiza Teixeira de Alcântara; 2.ª Secretária, Maria de Lourdes Costa; Tesoureira, Suzi Annette Cunha Lima.

No dia **18 de junho de 1951,** com a presença de 21 enfermeiras na sede da E. E. S. V. P., tomou posse a Diretoria eleita, ficando assim fundada a ABEn — Seção do Ceará.

A 1.ª Diretoria da ABEn — Seção do Ceará, recebeu da ABEn as diretrizes necessárias para o bom funcionamento da Seção que acabava de ser fundada e executou o seguinte programa:

— organizou comissões como sejam: redação, informação e propaganda, intercâmbio cultural, regimento interno, etc;

— procurou associar enfermeiras lotadas em regiões vizinhas à Seção fundada;

— com a finalidade de tornar a ABEn conhecida do público, expediu ofícios-circulares às autoridades sanitárias, civis, militares e eclesiásticas, Centro Médico Cearense, várias repartições, entidades de destaque, imprensa e emissôras locais.

A Associação foi acolhida com interêsse, porquanto, vários ofícios foram recebidos cumprimentando a nova Seção, destacando-se entre outros os do Governador do Estado, Prefeito Municipal, Diretor do Departamento Estadual da Saúde, etc;

— iniciou a elaboração do Regimento Interno da Seção;

— participou do programa da Semana de Orientação Profissional com uma palestra sôbre enfermagem, planejando para o ano seguinte uma divulgação mais intensiva por ocasião da Semana da Enfermagem;

— conseguiu assinatura dos Anais de Enfermagem;

— elegeu o Conselho Fiscal formado das sócias: Geraldina Lomônaco Romcy, Ernestina Menezes da Rocha e Irmã Carolina Fernandes (Ir. Maria Julieta Fernandes,;

— a presidente da Seção não podendo participar do V Congresso Nacional de Enfermagem delegou representação da mesma à Vice-Presidente, Da. Maria de Jesus do Valle que apresentou o relatório das atividades referentes ao período julho a outubro de 1951.

Continuando com um programa de atividades para 1952 a Seção realizou:

— reuniões ordinárias e extraordinárias com boa freqüência;

— interessou-se pelo estudo de: Decreto-Lei n.º 1 082 de 1950, ante-projeto de um Código de Ética, parecer sôbre o processo n.º 4 367/52, que trata do reconhecimento da ABEn como instituição de utilidade pública;

— comemorou com muito êxito a Semana da Enfermagem que constou do seguinte: crônicas, palestras e reportagens sôbre Enferfermagem nas emissôras locais realizadas por enfermeiras, alunas de enfermagem, professôres e outros colaboradores; exibição de filmes: "Enfermeiras para as Américas, Enfermeiros em formação, Socorros de Urgência", gentilmente cedidos pelo Consulado Americano; alguns filmes ilustrativos dos laboratórios Squibb e Shering e um filme cearense colhido para a ocasião, mostrando as atividades curriculares dos alunos da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo; distribuição de folhetos ilustrados contendo o currículo do curso e uma resenha histórica da Enfermagem; reuniões sócio-culturais foram realizadas com muito entusiasmo.

A Seção recebeu colaboração da imprensa, emissôras locais, laboratórios e Prefeitura Municipal.

Entre os profissionais que deram ajuda pessoal ao programa de divulgação durante a Semana, podemos citar médicos, advogados, um grande intelectual e poeta que já em 1943 havia consagrado um poema à Enfermeira, bacharel licenciado em Filosofia, bacharel em letras clássicas que dedicou à Semana uma poesia "A Enfermeira" e uma aluna do Curso Social que fêz uma palestra sôbre Enfermagem e Serviço Social.

No período **junho de 1952 a 31 de maio de 1953,** realizaram-se dez reuniões, sendo seis ordinárias e quatro extraordinárias e desenvolveu o seguinte programa de atividades:

— comemorou o 1.º aniversário de fundação da Seção em 21 de junho de 1952;

— admitiu 3 sócias procedentes de outras Seções estaduais;

— trabalhou junto à Prefeitura Municipal de Fortaleza dando informações seguras sôbre a profissão de enfermeira anexando ao ofício cópias do Decreto n.º 20 109 de 15-6-1951, Decreto-lei n.º 8 778 de 22-1-1946 e da Lei n.º 775 de 6-8-1949; um ofício semelhante foi enviado à Câmara Municipal;

— obteve êxito por ter sido retificado o êrro e criado uma carreira especial para os enfermeiros diplomados, com vencimentos superiores aos práticos de enfermagem e atendentes que até então gozavam dos mesmos direitos;

— realizou eleições da nova Diretoria para a Seção que ficou assim constituída:

Presidente, Maria de Jesus do Valle; Vice-presidente, Irmã Carolina Fernandes (Ir. Maria Julieta Fernandes); 1.ª Secretária, Maria Mercês Lira Parente; 2.ª Secretária, Margarida Maria Fernandes Pequeno; Tesoureira, Eliezita Ferreira da Silva;

— comemorou a Semana da Enfermagem em colaboração com o Diretório Acadêmico Florence Nightingale da E. E. S. V. P. promovendo várias atividades sócio-culturais com a finalidade de elevar o conceito da enfermagem e conseguir maior número de candidatos ao curso de enfermagem;

— realizou uma animadíssima manhã universitária que contou com a presença dos acadêmicos das Faculdades locais e grande número de alunos de estabelecimentos de ensino secundário.

Tomaram parte nas festividades da Semana várias autoridades: General Humberto de Alencar Castello Branco, comandante da 10ª R. M.; Dr. Paulo Cabral de Araújo Prefeito de Fortaleza; Dr. Jurandir Picanço, Diretor da Faculdade de Medicina; Diretor do Centro Médico Cearense; Diretor da Faculdade de Filosofia e representates do Comandante do C. P. O. R. e Escola Preparatória de Cadetes;

— colocou em exposição na vitrine de casas comerciais o uniforme da enfermeira e fêz apresentar no Teatro José de Alencar, por uma companhia de renome, a peça "Enfermeira Cristã";

— expediu circular às enfermeiras que ainda não eram sócias da ABEn conseguindo bom resultado, pois dez sócias novas foram admitidas após esta iniciativa, perfazendo um total de 35 sócias efetivas em 1953.

No período **1954 a 1955** a Seção desenvolveu o seguinte programa, além das atividades normais, consideradas de rotina:

— existindo no Ceará 48 enfermeiras em exercício sendo que destas, apenas 32 estavam quites com a Associação, promoveu uma campanha de recrutamento de sócias, incentivando as mesmas ao

pagamento regulamentar da anuidade bem como ao comparecimento às reuniões, mostrando-lhes o alto valor da cooperação para o melhor andamento dos trabalhos da ABEn — Seção do Ceará;

— a Seção fêz-se representar por ocasião da aula de "Sapiência" realizada na Escola de Enfermagem e na Sessão Solene de instalação da Universidade do Ceará, no Teatro José de Alencar;

— organizou uma comissão com o fim de aumentar o número de assinantes da Revista Brasileira de Enfermagem que, devido ao atrazo de recebimento, contava apenas com 10 assinantes;

— realizou palestras para as sócias sôbre Psicologia e Enfermagem Moderna e sôbre técnicas de enfermagem;

— fêz entrevistas com o Diretório Acadêmico Florence Nightingale com o fim de orientar as alunas sôbre a legislação da Enfermagem no Brasil e esclarecê-las a respeito da ABEn, procurando conquistar novas enfermeiras para a Seção;

— elaborou o projeto do Regimento Interno da Seção enviando-o à ABEn para aprovação;

— procurou estudar um meio de solucionar a situação precária das enfermeiras funcionárias do Município e do Estado;

— a Semana da Enfermagem foi comemorada solenemente e contou com a colaboração do Diretório Acadêmico e Escola de Enfermagem;

— em Assembléia Geral, foram eleitos alguns membros da Diretoria que ficou assim constituída:

Presidente, Ir. Carolina Fernandes (Ir. Maria Julieta Fernandes); Vice-presidente, Tereza Carmelita da Cruz Gadêlha; 1.ª Secretária, Maria do Socorro Santos Viana; 2.ª Secretária, Margarida Maria Alacoque Lima; Tesoureira, Maria José Ferreira Lima; Conselho Fiscal: Ernestina Menezes da Rocha, Irmã Genoveva Pequeno e Honélia Bezerra de Brito;

— por sugestão da Presidente, a Seção do Ceará ofereceu à ABEn a importância de Cr$ 1 000 como contribuição para as despesas de instalação de sua sede.

Em **1956 e 1957** a Seção do Ceará teve como presidente Maria Ireuda Rocha qne nada soube informar a respeito das atividades de sua gestão porque, tendo entregue a documentação à nova Diretoria, eleita em 1958, foi a mesma extraviada.

A ABEn — Seção do Ceará no período de 1958 a 1959 teve a seguinte Diretoria:

Presidente, Cleide Mota Albuquerque; Vive-presidente, Irmã Rosalie Sobral; 1.ª Secretária Maria Graciema Daniel Silveira; 2.ª Secretária, Silvia Maria Soares Campos; Tesoureira, Maria José Ferreira Lima; Conselho Fiscal: Honélia Bezerra de Brito, Lígia Barros Costa e Maria Suzana Castelo Branco Bessa.

Esta Diretoria não obteve êxito em suas funções devido a falta de experiência de vida associativa da Presidente que, fugindo às normas do Regimento Interno da ABEn, apresentou um programa de atividades que não causou boa repercussão para a enfermagem em nosso meio.

A Presidente da ABEn, D. Marina de Andrade Resende, de posse de recortes da imprensa cearense e sabendo da insatisfação de um grande número de sócias da Seção, pois vira declarações de Da. Cleide que levaram a Diretoria a julgá-la não habilitada para arcar com a responsabilidade de Presidente, veio ao Ceará por solicitação da Diretoria e pôde constatar o que ocorria na Seção: a atual Diretoria fôra eleita em desacôrdo com o Estatuto da ABEn e havia extraviado a documentação da Associação.

Após entrevista com a Diretoria citada, em Assembléia Geral Extraordinária, realizada em 2.ª Convocação especialmente para êsse fim em 30-5-59, no Auditório do Departamento Estadual de Saúde, a Presidente da ABEn fêz um apêlo às enfermeiras para união da classe, falando também sôbre a importância da vida e desenvolvimento da Associação.

Cada membro da Diretoria em questão pediu demissão do cargo que ocupava, em caráter irrevogável, apresentando ao mesmo tempo um resumo de atividades.

Nesta mesma Assembléia foi eleita nova Diretoria, por aclamação, após apresentação da chapa, ficando assim constituída:

Presidente, Geraldina Lomônaco Romcy; Vice-presidente, Irmã Filomena de Sousa; 1.ª Secretária, Teresa Carmelita da Cruz Gadelha; 2.ª Secretária Irmã Genoveva Pequeno; Tesoureira, Luiza Gomes Aragão; Conselho Fiscal: Madre Márcia Maria de Caxias, Maria Inês Fialho e Francisca Vasconcelos.

Empossada a nova Diretoria em 30 de maio de 1959 em Assembléia Geral Extraordinária presidida pela Presidente da ABEn, recebeu desta as instruções para iniciar as atividades da Seção.

Foi com grandes dificuldades que essa nova Diretoria recomeçou os trabalhos, pois não recebeu da anterior o livro de atas, os documentos, informações sôbre as finanças, material e o Regimento Interno, senão simplesmente uma relação de sócias quites; entretanto conseguiu realizar:

— reuniões ordinárias e extraordinárias com freqüência regular;

— procurou reunir o maior número de enfermeiras existentes no Ceará, convidando-as a se fazerem sócias da ABEn, contribuindo para o maior desenvolvimento da profissão;

— tentou fazer entrosamento com estudantes de enfermagem, Diretoria da Escola e Serviços de Enfermagem das instituições locais, bem como com outros profissionais e autoridades sanitárias;

— várias enfermeiras de outras Seções estaduais visitaram esta Seção e participaram das reuniões, destacando-se Da. Isaura Barbosa Lima, enfermeira-chefe do D. O. S. que deu grande colaboração durante a reunião;

— elegeu 3 delegados para o XII Congresso Brasileiro de Enfermagem em São Paulo, porém, um só pôde comparecer e representar a Seção nesse conclave;

— conseguiu bonificação de passagens para as sócias que quizessem ir ao Congresso;

— conseguiu 10 assinantes para a Revista Brasileira de Enfermagem;

— iniciou juntamente com Da. Isaura Barbosa Lima um trabalho junto ao Diretor do Depçrtamento Estadual de Saúde no sentido de convencê-lo da necessidade de criar um quadro de enfermagem para o pessoal que ali desempenava suas atividades;

— interessou-se pelas sócias que desejavam fazer curso de especialização, pós-graduação ou mesmo estágio de observação em melhores serviços ou escolas, divulgando o programa de bolsas de estudo da ABEn e de algumas Escolas, mostrando ao mesmo tempo a necessidade das enfermeiras do nordeste possuirem preparo profissional de alto padrão, e a Escola de Enfermagem, Corpo Docente capacitado para suprir as suas deficiências;

— elaborou e aprovou nôvo Regimento Interno para a Seção, enviando-o à ABEn para ser devidamente aprovado;

— realizou uma série de palestras sôbre assuntos de enfermagem por ocasião das reuniões ordinárias, despertando grande interêsse das sócias;

— colaborou juntamente com outras Seções na assistência aos flagelados das enchentes do Orós no Ceará na Hospedaria Getúlio Vargas;

— realizou as eleições para membros da Diretoria da ABEn e da Seção do Ceará em 1960, ficando a Diretoria desta assim constituída:

Presidente, Geraldina Lomônaco Romcy; Vice-presidente, Irmã Filomena Sousa, 1.ª Secretária, Ivanilda Bruno Osório; 2.ª Secretária, Irmã Genoveva Pequeno; Tesoureira, Ernestina Menezes Rocha; Conselho Fiscal: Maria Inês Fialho, Irmã Syrena de Castro Bonfim e Irmã Emília Pereira;

— visitou o Secretário da Educação e Saúde do Estado que mostrou interêsse em conhecer as enfermeiras cearenses e trabalhar pelas reivindicações da classe;

— comemorou a Semana de Enfermagem no ano centenário de Florence Nightingale com muito entusiasmo tendo em vista, na elaboração do programa: reuniões sócio-culturais de enfermeiras, alu-

nas, professôres, autoridades e outros profissionais, crônicas, reportagens e palestras no rádio e jornal, palestras e exibição de filmes nos colégios com o intuito de tornar a enfermagem mais conhecida em nosso meio;

— ofereceu a medalha de bronze comemorativa do ano centenário de Florence Nightingale ao Magnífico Reitor da Universidade do Ceará, ao Secretário da Educação e Saúde e outros colaboradores da Seção;

— participou do XIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, juntamente com 3 delegadas e um bom número de sócias e apresentou um relatório de suas atividades no período de junho de 1959 a junho de 1960.

Iniciando a nova Diretoria as atividades da Associação, no período de **julho de 1960 a junho de 1961** realizou o seguinte:

— convidou um advogado que trabalhava na Delegacia Regional do Trabalho para estudar o problema do Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde, existente no Ceará, e que sempre procura associar as enfermeiras, trazendo um problema para a Seção que não quer criar dificuldades com esta entidade realmente dominada pelos práticos de enfermagem, auxíliares, atendentes, serventes, etc...

— iniciou um trabalho com a finalidade de angariar finanças para a Seção constante de venda de distintivos da ABEn, rifa de objetos doados para a Associação e realizou um curso de preparação de práticos de enfermagem para o exame de habilitação no DES, contando com a colaboração das sócias;

— procurou o prefeito de Fortaleza, entregando-lhe uma exposição de motivos em que justificava o enquadramento do auxiliar de enfermagem e da equipe de enfermagem nos serviços de saúde, bem como solicitava atenção para o futuro plano de reclassificação do pessoal de enfermagem no município;

— recebeu com muita satisfação a visita da Presidente da ABEn, Da. Marina de Andrade Resende que num gesto amigo enalteceu os trabalhos desta Seção e incentivou tôdas as enfermeiras a colaborarem para o progresso da Associação. Nesta oportunidade colaborou com a Presidente da Seção nos trabalhos de preparação da exposição de motivos a ser entregue à Secretaria de Educação e Saúde por intermédio do Departamento Estadual de Saúde justificando a criação do quadro de Enfermagem para o Estado; na preparação de ofícios circulares aos Diretores de Instituições de Saúde que possuem serviços de enfermagem sob a responsabilidade de profissional não habilitado, justificando o pedido da Associação pela necessidade do cumprimento da Lei n.º 2 604/55 que regula o exercício profissional no País; solicitou da Seção notícias para o Bo-

letim Informativo da ABEn e prestou esclarecimentos sôbre o problema do Sindicalismo do Enfermeiro, assunto discutido no XIII Congresso; sôbre o plano de reclassificação do enfermeiro em âmbito federal e sôbre os setôres de Filiação Internacional da ABEn; e finalmente, executou um trabalho intensivo junto à Escola São Vicente de Paulo da Universidade do Ceará fazendo um relatório completo sôbre suas condições de funcionamento, currículo, corpo docente, campo de estágio, etc. com a finalidade de colaborar para o melhoramento da mesma;

— telegrafou aos Deputados Federais representantes do Ceará solicitando colaboração para melhoria da situação da enfermagem no plano de reclassificação federal;

— esclareceu as sócias sôbre o grande trabalho que a ABEn vem desempenhando no âmbito nacional para atingir o nível técnico científico e no âmbito estadual, o que a Seção vem procurando realizar para melhorar o padrão de serviços e de vencimentos para os profissionais;

— lamentou o desinterêsse de grande número de enfermeiras em se desenvolverem como profissionais a fim de fazer jús à reivindicação, pela Associação, dos direitos de profissionais de nível técnico científico;

— solicitou ao Reitor da Universidade do Recife sua interferência no caso criado pela Faculdade de Medicina com a Escola de Enfermagem da mesma Universidade;

— elegeu 3 delegadas para a Assembléia Geral realizada em 22 de abril de 1961 no Rio de Janeiro para apreciação e voto do projeto de lei n.º 2 684/60, em estudo na Câmara Federal, com relação aos níveis do ensino de enfermagem;

— solicitou à ABEn verificar junto à Comissão de Classificação de Cargos do DASP a irregularidade no enquadramento das enfermeiras da Universidade do Ceará e orientou as mesmas no sentido de procurarem um advogado competente para encaminhar os processos à C. C. C.;

— comemorou a Semana da Enfermagem realizando um programa de divulgação da profissão seguindo o mesmo ritmo de trabalho dos anos anteriores;

— enviou relatório à Assembléia Geral da ABEn por ocasião do Congresso Internacional e elegeu delegadas que representaram a Seção no referido Congresso;

— realizou as eleições dos membros da Diretoria da ABEn e da Diretoria da ABEn — Seção do Ceará ficando esta assim constituída:

Presidente, Geraldina Lomônaco Romcy; Vice-presidente, Irmã Tereza Bezerra Bessa; 1.ª Secretária, Ivanilda Bruno Osório; 2.ª Secretária, Maria Eneida Rocha; Tesoureira, Ernestina Menezes Ro-

cha; Conselho Fiscal, Maria Valquiria Albuquerquer, Grasiela Teixeira Barroso, Rita Ilca de Almeida Guerra.

No período de **julho de 1961 a junho de 1962** a Seção realizou o seguinte:

— encontrou dificuldades em fazer um levantamento do pessoal de enfermagem no Estado, mas tentou organizar uma sub-comissão para dar seguimento aos trabalhos da Comissão de Seguimento da ABEn e recebeu a visita da Presidente desta Comissão, Da. Amália C. de Carvalho, em fevereiro de 1962, prestando a mesma esclarecimentos sôbre êsse trabalho e os planos de atividades da ABEn;

— comunicou às sócias a possibilidade de adquirir bolsas de estudo por intermédio da Universidade do Ceará;

— comemorou a Semana da Enfermagem com um programa intensivo de divulgação da enfermagem em nosso Estado: exibição de filmes sôbre a enfermagem, palestras na televisão e em colégios, palestras e reportagens no rádio e jornal, afixação de cartazes em ônibus, vitrines e colégios, reuniões sócio-culturais de enfermeiras, professôras e alunas de enfermagem e outros profissionais, destacando-se a conferência de Da. Idelzuite Carneiro, funcionária do Banco do Nordeste, sôbre "Relações Humanas";

— conseguiu aumentar o número de assinantes da Revista Brasileira de Enfermagem;

— colaborou com a Escola de Enfermagem que no momento vinha atravessando inúmeras dificuldades com o preparo do corpo docente, modificação de currículo e número limitado de matrículas, considerando ser êstes problemas de grande influência para o desenvolvimento da enfermagem no Ceará;

— apresentou relatório das atividades realizadas para o XIV C. B. En.; por motivo superior a Seção não se fêz representar nessa oportunidade;

— realizou as eleições dos membros da Diretoria da ABEn e da Diretoria da ABEn — Seção do Ceará, ficando esta assim formada:

Presidente, Irmã Maria Blanda Queirós; Vice-presidente, Irmã Tereza Bezerra Bessa; 1.ª Secretária, Geraldina Lomônaco Romcy; 2.ª Secretária, Maria Eneida Aocha; Tesoureira, Grasiela Teixeira Barroso; Conselho Fiscal, Irmã Ângela Schramm, Ernestina Menezes da Rocha, Rachel Gomes de Mattos;

— realizou uma conferência que foi proferida pelo Dr. Vilhena de Morais cujo tema — "Incompreensão da Enfermagem pelos demais profissionais", foi muito bem aceita por tôdas as sócias que a ela compareceram;

— concordou com a consulta feita pela ABEn sôbre a realização do XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Fortaleza em 1963, embora tendo de enfrentar grandes dificuldades;

— realizou reuniões ordinárias e extraordinárias com maior freqüência para programação dos trabalhos do Congresso, solicitando de tôdas as sócias a melhor colaboração possível;

— organizou juntamente com a Diretoria da ABEn, a Comissão Executiva de Congresso composta dos seguintes membros:

Presidente, Irmã Syrena de Castro Bonfim; Secretária, Francisca Vasconcelos; Tesoureira, Irmã Maria Blanda Queirós

A Presidente da ABEn — Seção do Ceará, também Tesoureira do XV Congresso e membro integrante da Comissão Executiva, lutou com muito entusiasmo juntamente com as sócias que se interessaram pelo movimento de preparação do Congresso, enfrentando inúmeras dificuldades mas conseguindo vantagens incontestáveis para a Seção do Ceará que apresentou, durante um longo período, um programa de trabalhos de alta significação para esclarecimento do público em geral sôbre a profissão de enfermagem. Em Fortaleza houve boa repercussão a realização do XV Congresso Brasileiro de Enfermagem, pois a programação social dêste foi muito apreciada devido aos atrativos que a própria cidade oferece, como clubes, prais, etc...

O programa de trabalhos do Congresso foi muito eficiente causando satisfação aos participantes do mesmo, constituindo mais uma realização da ABEn e suas Seções estaduais em benefício de suas associadas.

Participaram dêste conclave enfermeiras representantes de tôdas as Seções estaduais da ABEn, a Diretoria da ABEn, além de outros profissionais perfazendo um total de 483 inscrições.

A Seção do Ceará colaborou e recebeu colaboração:

— empregou todos os esforços para o maior êxito do Congresso, promovendo reuniões com enfermeiras e outros grupos que poderiam colaborar com o movimento;

— realizou entrevistas com autoridades locais, diretores de instituições oficiais e particulares, rádio, TV e jornal com a finalidade de divulgar, preparar ambiente e angariar recursos para a realização do mesmo;

— a Diretoria da ABEn colaborou com a Comissão Executiva e a Seção para que os trabalhos se desenvolvessem com bons resultados;

— a Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo da Universidade do Ceará foi sede da Secretaria Executiva do Congresso e sua Diretoria e alunas trabalharam intensivamente;

— o Governador do Ceará, Assembléia Legislativa, Prefeito Municipal de Fortaleza, Universidade do Ceará, Faculdade de Direito, SESP, IMEP além de outras instituições e firmas comerciais colaboraram e apoiaram a realização do Congresso;

— a Seção do Ceará ofereceu a importância de Cr$ 300 000 para a impressão da Revista Brasileira de Enfermagem. Nesta oportunidade a Seção melhorou as finanças com movimentos realizados neste sentido e destacou-se como sendo a Seção que apresentou maior número de participantes do Congresso;

— colaborou na realização do Seminário de Diretoras e Professôras de Escolas e Cursos de Auxiliares de Enfermagem patrocinados pelo FISI, realizado em Fortaleza em julho de 1963, antes do XV Congresso;

— procurou aumentar o número de assinantes da Revista Brasileira de Enfermagem e o número de sócias quites chegou a 88;

— transmitiu às sócias em reunião assuntos do Congresso Internacional do CICIAMS, na Argentina, através de 2 sócias que participaram do mesmo;

— a Presidente da Seção, juntamente com Da. Haydée Dourado, Presidente da Comissão de Legislação da ABEn, participou do Congresso Nacional de Práticos de Enfermagem realizado em Fortaleza de 11 a 15 de novembro de 1962, quando apresentaram e discutiram trabalhos sôbre equipe de enfermagem e a posição que ocupam os práticos no quadro de enfermagem profissional;

— comemorou a Semana da Enfermagem de 12 a 20 de maio, visando principalmente a divulgação da enfermagem e os preparativos do XV Congresso;

— realizou as eleições dos membros da Diretoria da ABEn e Diretoria da Seção que ficou assim constituída:

Presidente, Irmã Maria Blanda Queirós; Vice-presidente, Tereza Carmelita da Cruz Gadêlha; 1.ª Secretária, Maria Eneida Rocha; 2.ª Secretária, Sílvia Maria Campos; Tesoureira, Grasiela Teixeira Barroso; Conselho Fiscal, Irmã Ângela Schramm, Maria Edna Oliveira, Maria Yvonne Lomônaco.

Atividades de **julho de 1963 a junho de 1964:**

— preparou um plano de atividades para a Diretoria e Comissões visando intensificar os trabalhos da Associação;

— manteve contatos diretos com o governador do Ceará, e após uma série de esclarecimentos e justificativas feitos pela Presidente da Seção, esta fêz as seguintes solicitações: reconsiderar o pedido da Associação feito anteriormente em outras ocasiões para que fôsse criado o quadro de enfermagem para o Estado de acôrdo com as recomendações do XV Congresso; integrar uma enfermeira

nas atividades do Conselho Estadual de Educação; designar uma enfermeira para o Serviço de Fiscalização da Medicina e Profissões afins; interferir junto à Sudene e Petrobrás no sentido de conseguir bolsas de estudo para estudantes de enfermagem e enfermeiras; e conceder auxílio para a construção da sede da Seção;

— promoveu curso preparatório ao exame de práticos de enfermagem com a freqüência de 30 alunos e com lucros para a Associação;

— iniciou a venda de livros de enfermagem e distintivos também com lucros;

— recebeu em Assembléia Geral Extraordinária a visita de Da. Agnes Lima representante do OMS no Brasil e a apresentação de Da. Ernestina Nazário, consultora de Enfermagem em Saúde Pública da mesma organização que viera ficar à disposição do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade do Ceará, motivo de contentamento para as enfermeiras cearenses;

— fêz a apreciação do ante-projeto de criação do Conselho Federal de Enfermagem;

— comemorou a Semana da Enfermagem com muito entusiasmo visando principalmente a divulgação da profissão em nosso meio;

— fêz eleger representantes da Seção para a Assembléia Geral da ABEn em 20 de abril de 1964, no Rio de Janeiro;

— orientou as sócias para os cursos de pós-graduação, contando atualmente com um bom número de enfermeiras que fazem os referidos cursos;

— realizou cursos de Relações Humanas e Liderança de Reuniões patrocinados pelo CETRECE e Universidade do Ceará, com boa participação das enfermeiras;

— conseguiu doação de passagem para a Presidente e para enfermeiras que foram ao XVI Congresso conseguindo um bom número de representantes da Seção;

— realizou eleições dos membros da Diretoria da ABEn e Diretoria da Seção que ficou assim constituída:

Presidente, Irmã Maria Blanda Queirós; 1.ª Vice-presidente, Tereza Carmelita da Cruz Gadêlha; 2.ª Vice-presidente, Maria de Oliveira Melo; 1.ª Secretária, Maria Rocilda Vasconcelos; 2.ª Secretária; Maria Eneide Rocha; 1.ª Tesoureira, Rita de Cássia Vasconcelos; 2.ª Tesoureira, Nancy Galvão Bezerra; Conselho Fiscal, Maria Valquiria Albuquerque, Maria Grasiela Teixeira Barroso, Lígia Barros Costa.

Atividades no período de **julho de 1964 a junho de 1965:**

— apresentou às sócias em reunião informações sôbre: as conclusões de XVI Congresso, as atividades da ABEn em âmbito nacional, a organização do Conselho Federal de Enfermagem, a construção da sede em Brasília e o problema da nova reclassificação do enfermeiro no País, mostrando o trabalho da Associação junto ao DASP;

— pediu orientação de Da. Haydée Dourado sôbre o problema do Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde existente em Fortaleza, cuja Diretoria desejava passar a presidência do mesmo às enfermeiras;

— fêz revisão no Regimento Interno da Seção o qual foi lido e aprovado em reunião, sendo enviado depois para receber a devida aprovação da ABEn;

— lamentou profundamente a transferência de Irmã Blanda, Presidente em exercício, para outra região do País; substituindo-a a 1.ª Vice-presidente Da. Tereza Carmelita da Cruz Gadêlha que não mediu esforços para desenvolver os trabalhos da Associação;

— colaborou com a Escola de Enfermagem no que se refere ao desenvolvimento cultural e divulgação da Enfermagem no Ceará, visando o maior número possível de matrículas no curso de enfermagem;

— promoveu juntamente com a Escola de Enfermagem da Universidade do Ceará, Instituto de Medicina Preventiva e Consultora da OMS — enfermeira Da. Ernestina Nazário, SESP e outros colaboradores, um curso de extensão universitária em Saúde Pública com duração de 3 meses e conferiu certificado às enfermeiras que dêle participaram;

— continuou trabalhando em prol da campanha da sede própria para a Seção e para a ABEn em Brasília;

— comemorou a festa de Natal das enfermeiras e seus familiares com muito entusiasmo;

— examinou as modificações do curso de enfermagem segundo os pareceres do Conselho Federal de Educação e a alteração dos níveis na faixa dos profissionais de nível técnico científico;

— divulgou na Seção a realização do Congresso Internacional do ICN;

— trouxe ao movimento associativo as enfermeiras estrangeiras que estão chegando ao Ceará para trabalharem em organizações católicas ou particulares ou como Voluntárias da Paz e orientou-as quanto à revalidação do diploma de enfermeiro;

— trabalhou com a finalidade de anular os cursinhos de enfermagem que se iniciaram com freqüência nas organizações sociais de bairros, paróquias ou instituições oficiais e particulares, transformando-os em programas de higiene ou treinamento de pessoal;

— ofereceu o trabalho voluntário de algumas sócias ao Arcebispo de Fortaleza para os programas Assistenciais das Paróquias;

— recebeu colaboração eficiente da enfermeira que trabalha no Serviço de Fiscalização da Medicina e profissões afins, executando com muita diplomacia a sua árdua tarefa em prol da defesa da classe;

— associou novas enfermeiras que vêm prestando grande colaboração no plano de atividades da Associação; embora a Seção não possua grande número de sócias quites, movimenta as enfermeiras existentes no Estado, num total de 130;

— comemorou a Semana da Enfermagem com muito entusiasmo, visando principalmente a divulgação da profissão e do curso de enfermagem e o entrosamento de enfermeiras e estudantes de enfermagem com outros profissionais e grupos sociais;

— iniciou os trabalhos preliminares para a fundação de uma Seção da UNAE no Ceará para agregar os auxiliares de enfermagem aqui existentes e desenvolvê-los como membros da equipe de enfermagem;

— intensificou os trabalhos em prol do quadro de enfermagem no Estado; conta êste com o apoio e colaboração de autoridades estaduais, aguardando apenas o processamento final para publicação no D. O.;

— continuou trabalhando pela aquisição da sede própria para a Seção;

— a Diretoria e as enfermeiras cearenses prestaram homenagem à memória de Marina de Andrade Resende, ex-presidente da ABEn, falecida a 20 de junho de 1965;

— aumentou o número de assinantes da Revista Brasileira de Enfermagem em 1964 e 1965 para uma sucursal de 100 assinaturas;

— fêz eleger membros para a Diretoria da ABEn e Diretoria da Seção que ficou assim constituída:

Presidente, Tereza Carmelita da Cruz Gadêlha; 1.ª Vice-presidente, Lígia Barros Costa; 2.ª Vice-presidente, Maria de Oliveira Melo; 1.ª Secretária, Maria Leontina de Lima; 2.ª Secretária, Maria Inês Bezerra Fialho; 1.ª Tesoureira, Rita de Cássia Vasconcelos, 2.ª Tesoureira, Sílvia Maria de Jesus Silva; Conselho Fiscal: Ana Maria de Jesus Silva; Maria Jarina Moura Martins; Maria do Carmo Barros; Representante Setor CICIAMS, Francisco Vasconcelos; Representante Setor ICN, Ester Colares;

— elegeu delegadas para as Assembléias Gerais da ABEn, apresentou relatório das atividades, através de sua Presidente, por ocasião do XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

A ABEn — Seção do Ceará enviou à Diretoria da ABEn um relatório das atividades no período de **julho de 1965 a junho de 1966.**

APLICAÇÃO DOS ARTIGOS 90 E 91 DA LEI 4 024 DE 20/12/61 QUE FIXA AS DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

SISTEMÁTICA DE TRABALHO DO PLANO INTEGRADO SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA — SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA PARA ASSISTÊNCIA AO ESCOLAR

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1.º — A Assistência Médico-Odonto-Sanitária e Social do Escolar — A. M. O. S. S. E. tem por objetivo orientar, coordenar e fiscalizar tôdas as Unidades Sanitárias Escolares do Estado do Paraná.

Parágrafo Único — A A. M. O. S. S. E. funcionará no ano de 1965, como plano pilôto, no município de Curitiba.

Art. 2.º — Unidade Sanitária Escolar — U. S. E. — é uma unidade sanitária que servindo uma Comunidade Escolar, pública ou particular, tem por objetivo dar assistência médico-odonto-sanitária e social ao Escolar, devendo realizar as seguintes atividades:

I — cadastrar o escolar em ficha geral (Modêlo Dus-Dct. 10);

II — organização e guarda do fichário da Comunidade Escolar;

III — cadastro tuberculino torácico e administração de B. C. G. se fôr o caso;

IV — imunização: anti-variólicas, diftérica-tetânica e outras;

V — tomada sumária da acuidade visual;

VI — exame de pele;

VII — atendimento odontológico;

VIII — profilaxia;

IX — educação sanitária;

X — serviço social escolar;

XI — educação alimentar e merenda escolar;

XII — encaminhamento dos escolares que necessitam atendimentos especiais aos diferentes serviços da Secretaria de Saúde Pública ou Secretaria de Educação e Cultura.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3.º — A Assistência Médico-Odonto-Sanitária Social ao Escolar compreende:

I — Colegiado, do qual fazem parte, como membros, os Chefes dos seguintes serviços da Secretaria de Saúde Pública e Secretaria de Educação e Cultura: Serviço de Higiene Escolar — Serviço Odontológico Sanitário — Serviço de Merenda Escolar e Serviço Saúde e Higiene Escolar, que será o órgão normativo do Plano Integrado.

§ 1.º — O Colegiado será presidido por um de seus membros, escolhido por seus pares e com mandato de um ano.

§ 2.º — O Colegiado deverá se reunir cada 3 meses, no mínimo, em data prèviamente marcada pelo seu Presidente.

§ 3.º — A Chefia Executiva de Plano Integrado será exercida por elemento designado pelo Colegiado.

II — Chefia Executiva, compreende Chefe e Escrevente datilógrafo.

III — Pessoal Técnico, compreendendo:

a) — Médicos;

b) — Dentistas;

c) — Enfermeira Alto Padrão;

d) — Educadoras Sanitárias Grau Médio;

e) — Assistentes Sociais;

f) — Professôres.

Art. 4.º — Para consecução dos objetivos da AMOSSE, o Estado será dividido em Distritos Sanitários Escolares, cujo número e área territorial será o mesmo dos Distritos Sanitários.

§ 1.º — Em cada sede de Distrito Sanitário será constituído um Colegiado Regional, composto de Chefe do S. S., Inspetor Regional de Ensino e o Prefeito Municipal do Município sede de DS ou seu representante credenciado.

§ 2.º — Em cada Município que não seja de DS, o Médico Chefe da Unidade Sanitária, o inspetor auxiliar de ensino e o Prefeito Municipal ou seu representante credenciado, constituirão o Colegiado Municipal.

Art. 5.º — Em cada comunidade escolar (pública ou particular), que tiver um mínimo de 200 (duzentos) alunos, será instalada uma Unidade Sanitária Escolar, tanto nas Sedes Municipais como nas Distritais.

Parágrafo único — As comunidades escolares com menos de 200 alunas serão atendidas por USE VOLANTE.

Art. 6.º — As USES, de acôrdo com a amplitude das atividades a desenvolver, dividem-se nos seguintes tipos:

I — USE 1 — é a unidade polivalente que tenha capacidade para efetuar as atividades especificadas no ítem n.º 2.

II — USE 2 — são aquelas que não ofereçam condições técnicas ou materiais para a realização de todo o trabalho da USE 1;

Art. 7.º — Cada USE estará sob a responsabilidade de 1, 2, ou 3 professôres de acôrdo com o número de períodos (turnos escolares).

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8.º — À Chefia compete:

I — organizar, orientar e coordenar as atividades das USEs.

II — propôr a consignação de verbas ao Colegiado para consecução das finalidades das USEs.

III — sugerir ao Colegiado, medidas necessárias para o plano e satisfatório funcionamento das USEs.

Art.º — Aos Médicos compete:

I — Assistir à Chefia da A. M. O. S. S. E.;

II — Visitar tôdas as USEs, realizando, anualmente:

a) — exame de pele e saúde;

b) — supervisão da tomada sumária da acuidade visual e

c) — atender os chamados por notificação de doença infecto-contagiosa, com o encaminhamento dos casos confirmados.

Art. 10 — Aos cirurgiões dentistas compete: executar os trabalhos conforme normas já estabelecidas pelo Serviço de Odontologia Sanitária.

Art. 11 — À Enfermeira de alto padrão compete:

I — dar assistência direta a tôdas Educadoras Sanitárias;

II — supervisionar o trabalho das Educadoras Sanitárias, coordenando sua execução;

III — assistir, quando solicitada, à chefia da AMOSSE.

INSTRUÇÕES ÀS ESCOLAS AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Do Diretor do Ensino Secundário — Brasília - DF

Tendo em vista a indicação, do Egrégio Conselho Federal de Educação, de 9-4-1965, que considerou esta Diretoria, na atual estrutura do Ministério, como a mais adequada para responder pelos Cursos de Auxiliar de Enfermagem, integrantes do ensino médio, comunico-vos para orientação dessa Inspetoria Seccional e dos interessados, terem sido remetidas, às Escolas de Auxiliar de Enfermagem, as seguintes instruções:

2 — Ofício-Circular n.º 815/66, de 11-5-66 — "Encaminha cópia do Parecer n.º 903/65, do C. F. E.".

3 — Ofício-Circular n.º 816/66, de 11-5-66 — "Faz comunicação".

"Tendo em vista a INDICAÇÃO, de 9-4-65, do Egrégio Conselho,

Federal de Educação, que considerou a Diretoria do Ensino Secundário "como a mais adequada para responder pelos Cursos de Auxiliar de Enfermagem, integrantes do nível médio, solicito o obséquio de vossas providências no sentido de serem observadas as seguintes determinações:

I — As FIRMAS constantes dos certificados expedidos pelas Escolas de Auxiliar de Enfermagem e remetidos a esta Diretoria, para REGISTRO, devem ser RECONHECIDAS.

II — De acôrdo com as diretrizes do Conselho Federal de Educação (Parecer n.º 903/65), além de outros documentos constará, do arquivo da Escola, certidão de nascimento do aluno, ou transcrição, nos registros da escola, dos dados essenciais retidos da mesma certidão, **inclusive a indicação do número do livro e da página em que conste o registro no cartório".**

2 — Assim, solicito seja remetida, anexa ao certificado a mencionada transcrição (ítem II), ou a certidão de nascimento do aluno que será devolvida, à Escola, após o registro do certificado.

3 — Com tal previdência resguardamos a responsabilidade desta Diretoria, com referência à autenticidade dos dados pessoais do aluno e colaboramos com as Escolas de Auxiliar de Enfermagem, no sentido de ser resguardada a regularidade dos assentamentos escolares".

4 — Ofício-Circular n.º 865/66, de 19-5-66 — "REMETE INSTRUÇÕES".

"Tendo em vista as conclusões do Conselho Federal de Educação no Parecer n.º 903/65, "os órgãos encarregados da inspeção do ensino nas escolas vinculadas ao sistema federal, com fundamento no disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e neste parecer, complementarão, quando oportuno, estas normas, com circulares e orientação principalmente no que se refere aos relatórios a serem remetidos anualmente pelas escolas".

2 — Assim, solicito o obséquio de vossas providências no sentido de remeter, a esta Diretoria, Seção de Fiscalização da Vida Escolar, os elementos abaixo discriminados, relativos aos anos de 1964, 1965 e 1966.

3 — Encareço urgência na remessa dos Relatórios solicitados, visto o registro dos certificados de Auxiliar de Enfermagem, expedidos por essa Escola, estar na dependência de dados constantes dos referidos relatórios.

ELEMENTOS DISCRIMINATIVOS DO RELATÓRIO ANUAL, A SER ENVIADO, NO INÍCIO DE CADA ANO LETIVO, A ESTA DIRETORIA, PELAS ESCOLAS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM:

ELEMENTO I — Plano curricular e carga horária (artigos 3.º, 4.º, 5.º e 6.º da portaria n.º 106, de 28-4-65).

ELEMENTO II — Corpo docente (artigo 7.º, portaria n.º 106, de 28-4-61).

ELEMENTO IV — Relação dos alunos matriculados no 2.º ano.

ELEMENTO III — Relação dos alunos matriculados no 1.º ano.

ELEMENTO V — Características do curso de auxiliar de enfermagem:

ANO:

INÍCIO DO ANO LETIVO:

EXAMES DE ADMISSÃO: DISCIPLINAS, SISTEMA DE APROVAÇÃO, NOTA MÍNIMA DE APROVAÇÃO

CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM: Sistema de apuração do rendimento escolar; critério de aprovação. Nota Mínima de Aprovação (1.ª Época); critério de aprovação, nota mínima de aprovação (2.ª Época).

ELEMENTO VI: DADOS ESTATÍSTICOS:

ANO DE 19.... (ANO ANTERIOR)

MATRÍCULA INICIAL

PROMOVIDOS EM 1.ª ÉPOCA
PROMOVIDOS EM 2.ª ÉPOCA
MATRÍCULAS CANCELADAS
TRANSFERÊNCIAS RECEBIDAS
TRANSFERÊNCIAS EXPEDIDAS

ANO DE 19.... (ANO LETIVO CORRENTE)

QUADRO GERAL DE MATRÍCULAS

ELEMENTO VII: TÉRMINO DO ANO LETIVO (ARTIGO 1.º, PORTARIA N.º 106, de 8-4-1962.

NORMAS PARA OPÇÃO NOS TÊRMOS DO ARTIGO 110, DA LEI DE DIRETRIZES E BASES

Sendo já numerosos os casos de opção pelo sistema federal, efetivado por estabelecimentos particulares de ensino médio, nos têrmos do art. 110 da L. D. B. e dos pareceres dêste Conselho que o interpretaram, torna-se necessário fixar algumas normas que regulem essa nova situação na órbita da autoridade federal.

Considerando os vários aspectos do problema, a Câmara de Ensino Primário e Médio apresenta a seguinte Indicação, que será posta em vigor mediante Resolução do Presidente do Conselho.

1. — A opção será requerida pelo Diretor do estabelecimento de ensino médio até o prazo estipulado na Lei, mediante ofício encaminhado à respectiva Diretoria do Ensino do Ministério da Educação e Cultura. No caso de não haver Diretoria correspondente à modalidade de ensino do estabelecimento, indicará êste Conselho qual o encaminhamento mais aconselhável.

2 — A opção poderá ser requerida, dentro do referido prazo, tanto pelos estabelecimentos já reconhecidos, como pelos que foram ou vieram a ser autorizados após vigência da L. D. B.

3 — O estabelecimento de ensino fará comunicação do seu pedido de opção aos órgãos competentes do respectivo Estado ou do Distrito Federal.

4 — A opção supõe, da parte do estabelecimento de ensino, a satisfação a tôdas as exigências regulamentares referentes à autorização e reconhecimento, dispensando-se nova documentação no caso de estabelecimentos já autorizados ou reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura.

5 — O regimento do estabelecimento deverá estar adaptado à L. D. B. e às normas fixadas pelo Conselho Federal de Educação para a regulamentação do respectivo ramo de ensino, admitindo-se a concessão de prazo para a remessa do documento, à Diretoria competente, que o examinará, cabendo a êste Conselho a solução das dúvidas levantadas quanto à adaptação.

6 — Fica, desde já, indicada a Diretoria do Ensino Secundário, na atual estrutura do Ministério, como a mais adequada para responder pelos Cursos de Auxiliar de Enfermagem, integrantes do nível médio.

7 — Cada Diretoria de Ensino informará trimestralmente êste Conselho quanto ao processamento das opções solicitadas e às dúvidas surgidas na sua efetivação.

Documento n.º 36, p. 97 — Aprov. em 9-4-1965.

REVISÃO DO CURRÍCULO MÍNIMO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

AO PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

Senhor Presidente,

Diretoras de escolas de enfermagem, reunidas no Rio de Janeiro em 5 de janeiro pp para o estudo dos currículos do curso de gra-

duação de enfermagem e do curso colegial de enfermagem, dirigem-se a V. Excia. a fim de solicitar revisão de currículo mínimo do curso de graduação de enfermagem, de acôrdo com o ítem III da Indicação, aprovado em 13 de setembro de 1962, que estabeleceu as Normas sôbre Currículo (Doc. n.º 8, pág. 87).

Baseadas na experiência adquirida a partir de 1963, em face das determinações da Resolução decorrente do Parecer n.º 271/62, que fixou em três anos letivos o currículo mínimo do curso geral de graduação de enfermagem, data vênia, encaminham ao Egrégio Conselho Federal de Educação as seguintes sugestões:

1. O currículo mínimo do curso de graduação de enfermagem será constituído por:
   a) um tronco comum em três (3) anos letivos.
   b) um 4.º ano diversificado, oferecendo duas opções:
      I — Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia.
      II — Licenciatura em Enfermagem

2 — O curso para formação de enfermeira obstétrica (obstetriz) ou de licenciado em enfermagem será de quatro (4) anos.

JUSTIFICAÇÃO

1 — Esta nova estruturação do currículo do curso de graduação de enfermagem virá atender às necessidades das próprias escolas que com muita boa vontade procuraram ajustar o currículo às determinações da Resolução decorrente do Parecer n.º 271/62, sem, porém, obter resultados satisfatórios. Durante o XVI e XVII Congressos de Enfermagem, realizados respectivamente na Bahia, em 1964 e no Rio de Janeiro em 1965, diretoras e docentes de escolas de enfermagem manifestaram-se altamente desfavoráveis quanto à redução do currículo. Realmente, não tem sido possível preparar profissionais de alto gabarito em um curso de 3 anos, quando a experiência de 40 anos no Brasil e a experiência de outros países têm demonstrado ser necessário para tal fim um curso de 4 anos de duração.

Com a redução do currículo do curso de graduação de enfermagem para 3 anos letivos quiz o Egrégio Conselho Federal de Educação contribuir para formação de maior número de enfermeiros, à vista das exigências dos serviços de saúde do País. Todavia, a criação do curso colegial de enfermagem pelos Conselhos Estaduais de Educação da Guanabara e de Pernambuco, e em vias de criação pelo Conselho Estadual de Educação de São Paulo, curso êste destinado à formação de técnicos de enfermagem, representa solução adequada para o problema do aumento do pessoal de enfermagem. Resolvido o problema quantitativo, as escolas de enfermagem poderão conti-

nuar sua função de preparar profissionais competentes para o desempenho de atividades técnico-científicas no campo hospitalar e de saúde pública, função esta interrompida de 1963 até o presente.

O currículo estruturado em um tronco comum de 3 anos letivos e um 4.º ano diversificado oferecerá enormes vantagens, podendo o estudante optar pela enfermagem obstétrica ou obstetrícia, conforme as exigências da referida Resolução ou então para a licenciatura em enfermagem, que viria substituir o Curso de Enfermagem de Saúde Pública. Com esta substituição não pretendem as diretoras diminuir a importância do ensino de enfermagem de saúde pública. Êste seria ministrado no Curso de Licenciatura porquanto sua inclusão no currículo do curso de graduação de enfermagem é recomendação da Organização Mundial de Saúde e de especialistas em educação de enfermagem em tôda a América. No Brasil esta disciplina está profundamente integrada no curso de enfermagem quanto a enfermagem hospitalar.

Terminado o 4.º ano de licenciatura, o enfermeiro teria recebido preparo mínimo suficiente para o exercício tanto de enfermagem de saúde pública como de outros ramos, tais como, enfermagem médico-cirúrgica, pediátrica e psiquiátrica. A especialização em qualquer dêsses ramos seria feita em cursos de pós-graduação.

No que se refere à distribuição de matérias, tanto no tronco comum como nas duas opções do 4.º ano, seria mantida a mesma contida na Resolução, com acréscimo de matérias pedagógicas na opção de licenciatura, de acôrdo com o Parecer n.º 292/62.

Em outras palavras, no nôvo currículo, seriam ministradas no **tronco comum** as mesmas matérias estabelecidas pela Resolução para o Curso Geral. No curso de Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia igualmente seriam conservadas as matérias fixadas no Parecer 271/62 e ampliadas no Parecer n.º 303/63. No Curso de Licenciatura seriam também mantidas aquelas matérias que o Parecer 271/62 fixou para o Curso de Enfermagem de Saúde Pública, acrescidas de matérias pedagógicas tais como Psicologia da Educação, Didática e Prática de Ensino.

Convém mencionar que estas matérias pedagógicas não virão sobrecarregar o currículo do 4.º ano, porquanto nas escolas de enfermagem até fins de 1962 tais matérias achavam-se incluídas no curso de graduação, dadas as funções educativas que o enfermeiro desempenha seja no campo hospitalar (educação sanitária dos pacientes e seus familiares, ensino e supervisão do auxiliar de enfermagem e atendentes) seja no campo de saúde pública(onde suas atividades profissionais tem caráter precìpuamente educativo.

2 — Além do que já foi exposto, a restauração dos quatro anos letivos do curso de graduação de enfermagem viria atender à exigências do Decreto n.º 57 180, de 8 de novembro de 1965, que, retificando o artigo 1.º do Decreto n.º 54 015, de 13 de julho de 1964, classificou o enfermeiro entre os profissionais de cursos universitários de duração de 4 anos letivos.

Confiantes no atendimento de V. Exa. a esta solicitação aproveitam o ensejo para apresentar seus protestos de elevado estima e distinta consideração.

Rio de Janeiro, de 1966

O ENSINO MÉDIO DE ENFERMAGEM NA NOVA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (*)

Maria do Rosário Souto Nóbrega **
Haydée Guanais Dourado ***

Estando, atualmente, o Ensino Médio de Enfermagem, neste Ministério, abrangido pela Diretoria do Ensino Secundário, e em fase de se encontrar em andamento uma reforma na estrutura e nas funções das repartições atuais do Ministério, tendo em vista ajustá-lo à Lei n.º 4 024, de 20/12/1961, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, apresentamos êste documento com o fim de fornecer à Diretoria do Ensino Secundário e à Secretaria Geral do Ministério da Educação e Cultura, subsídios técnicos que porventura possam ser úteis à elaboração do referido projeto de reestruturação.

1. GRAU DO ENSINO E REGISTRO DOS TÍTULOS — DURAÇÃO DOS CURSOS

O Ensino Médio de Enfermagem abrange dois cursos:

a) Curso Auxiliar de Enfermagem com a duração de dois anos letivos, em que se ministram, simultâneamente, as disciplinas específicas e as de cultura geral de duas séries ginasiais. Confere o certificado de Auxiliar de Enfermagam, além de aprovação nas duas séries ginasiais cursadas.

,O exercício de ocupação de Auxiliar de Enfermagem está regido pela Lei n.º 2 604 de 1955. O certificado é registrado no M. E. C. segundo o artigo 48 da L. D. B., com validade nacional.

b) Curso Colegial Técnico de Enfermagem, com a duração de três anos letivos, em que se ministram, concomitantemente, as disciplinas específicas e as de cultura geral das três séries colegiais.

---

* Apresentado em maio de 1967 a fim de servir de subsídio aos tratrabalhos de reestruturação do M. E .C.

* * Professor Adjunto do Ensino Superior, servindo na Diretoria do Ensino Secundário do M. E. C.

* * * Enfermeira, membro da Comissão de Especialistas do Ensino da Enfermagem no M. E. C.

Confere o diploma de Técnico de Enfermagem, além do certificado de 2.º ciclo secundário.

O exercício da ocupação de Técnico de Enfermagem deverá ser regido por lei, ora em estudo, designando-lhe uma faixa própria de atribuições nos serviços de saúde. O diploma terá que ser registrado no M. E. C. segundo o artigo 48 da L. D. B., com validade nacional, sendo que sòmente a partir de dezembro de 1968, haverá diplomados, uma vez que o ensino foi instituído em 1966 pelo Conselho Federal de Educação.

2. ESCOLAS EXISTENTES

Tôdas as regiões do País têm escolas dêsse nível, havendo cêrca de oitenta de Auxiliares de Enfermagem e cêrca de oito Colégios Técnicos de Enfermagem.

3. CARGA DE TRABALHO DA REPARTIÇÃO DO M. E. C.

O órgão do M.E.C. que orienta, coordena e controla o registro das escolas e os títulos médios de Enfermagem tem desde já um apreciável movimento de vez que nele é feito o registro dos certificados e diplomas conferidos por tôdas as escolas dêsse grau de ensino do País. Quanto à orientação, coordenação e fiscalização do ensino pròpriamente, metade de cada grupo está a cargo dessa repartição do M. E. C., isto é, as que optaram pelo sistema federal de ensino.

4. EXPANSÃO FUTURA

A carga de trabalho acima referida segue em rítmo acelerado.

É crescente o número de escolas criadas a serem autorizadas e reconhecidas. Continuadamente novas entidades mantenedoras resolvem abrir escolas dêsse tipo, o que interpretamos ser conseqüência da grande procura de Auxiliares de Enfermagem no mercado de trabalho.

É tão grande a carência dêsses Auxiliares no País, que deveríamos triplicar o número das escolas, se isso fôsse possível. No momento, tal iniciativa não é exequível, principalmente por falta de pessoal docente, isto é, de enfermeiras, diplomadas por Faculdades de Enfermagem, com curso de duração de quatro anos.

Como o ensino médio de Enfermagem é essencialmente prático, toma-se como média nacional, o número de seis enfermeiras para o corpo docente de cada Escola, sendo, no mínimo, quatro trabalhando em regime de tempo integral, totalmente remuneradas para

o ensino, e as duas outras trabalhando em regime de tempo parcial, pagas para o ensino, podendo também receber outro salário pelo seu trabalho, que porventura execute em serviços de saúde.

5. GRAU DE ENSINO: Ajustamentos para a conjuntura atual

No presente, o Curso de Auxiliar de Enfermagem, durando dois anos letivos, é ministrado com as disciplinas de cultura geral da 1.ª e 2.ª séries e em algumas escolas com as disciplinas de cultura geral da 3.ª e 4.ª séries ginasiais. Bem sabemos que a formação para as ocupações deveria incidir no 2.º ciclo e não no 1.º ciclo secundário.

Entretanto, as Escolas Auxiliares de Enfermagem estão desempenhando uma função de interêsse nacional, de recuperação humana. Dentre as pessoas que dão assistência de Enfermagem no País, 70% correspondem a Atendentes adultos, muitos dêles sem conclusão do curso primário.

Parece-nos conveniente, por mais alguns anos, continuarmos estimulando os Atendentes de Enfermagem a fazerem o Curso Auxiliar de Enfermagem, como também, outros adultos que desejam obter emprêgo a curto prazo, em virtude de premência da necessidade de perceber salário. Vale ressaltar que parece funcional, para a comunidade, o aproveitamento de Auxiliares de Enfermagem, uma vez que a mesma vem sendo servida por Atendentes.

Convém, ainda, registrar o interêsse do Ministério da Educação e Cultura em ampliar e dar grande flexibilidade a êsse ensino que é legìtimamente **ginásio orientado para o trabalho.** Apesar de hoje durar dois anos, nada obsta que sejam criados ginásios, de 4 séries completas, para essa modalidade de ensino.

6. PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA DO M. E. C.

Fazendo-se um paralelo entre os recursos e necessidades que têm as Escolas Superiores e Médias de Enfermagem, quanto à previsão dos auxílios e subvenções dêste Ministério, verificamos que as últimas não possuem verba própria, incluída no orçamento-programa em vigor no M. E. C. (receberão, apenas, o auxílio de pouca significação, constante do orçamento em virtude da Lei n.º 775, de 6 de agôsto de 1949), assim como pessoal técnico suficiente (enfermeiras especializadas e educadoras), na Diretoria do Ensino Secundário, a fim de conhecer melhor os recursos e necessidades reais de tôdas as escolas, orientá-las e dar-lhes as informações necessárias.

7. SUMÁRIO E RECOMENDAÇÕES

O Ensino Médio de Enfermagem é de grande influência para o desenvolvimento do País. Está abrangido na assistência à saúde para o bem estar do homem.

2. A Diretoria do Ensino Secundário encarrega-se, atualmente, da orientação, coordenação e contrôle de Ensino Médio de Enfermagem. Necessita ampliar seus recursos, principalmente, de pessoal e financeiros destinados a essa função.

3. Para conseguir-se o melhoramento ocupacional dos Atendentes de Enfermagem e satisfazer as necessidades dos Serviços de Saúde, torna-se necessário o aumento do número de Escolas Auxiliares de Enfermagem.

4. Uma vez que o Ministério da Educação e Cultura deverá sofrer uma reforma administrativa, é esta a oportunidade de ser estruturada uma repartição para cuidar das atividades do Ensino Médio de Enfermagem em equivalência ao Ensino Comercial, Industrial e Agrícola.

PESSOAL DE ENFERMAGEM FORMADO PELAS FÔRÇAS ARMADAS E MILITARIZADAS

Portador de diploma de enfermeiro não registrado no MEC — 13-1-66

Fôrça Armada ou Militarizada	Perícia	Número de títulos conferidos	O curso de enmeiro continua.
Exército	1933-1952 (1)	237	
	1953-1957	—	Não
Marinha	1923-1952 (2)	109	
	1953-1957	201 (4)	Sim
Aeronáutica (3)	1945-1960	392 (5)	Sim
Polícia Militar	1932-1952	158 (6)	
do Min. Jus. ..	1953-1914	— (7)	Não

FONTE — Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem — Trabalho elaborado por Haydée Guanais Dourado, Diretora Associada.

NOTA 1 — Adotou-se a contagem até 1952 com vistas ao estudo de beneficiar em lei futura os formados antes da Lei 775/1949.

NOTA 2 — Só depois de 1958 foram obtidas informações de órgãos similares dos Estados, por êste motivo não foram tabuladas a tempo de serem utilizados na presente tabela.

(1) O Exército, de 1953 a 1954 interrompeu o funcionamento de seu curso. Desde 1955 confere certificados de auxiliar de enfermagem que não é registrável no M. E. C., pois o curso não segue a Lei 775/1949.

(2) O Departamento de Instrução da Diretoria do Pessoal da Marinha confere, e continua a conferir diploma de "enfermeiro" até o presente. O curso não é reconhecido pelo M. E. C.; outra repartição do mesmo Ministério (AMSA) mantém um curso de auxiliares de enfermagem reconhecido.

(3) Há um curso de aperfeiçoamento para Sargentos do Ministério da Aeronáutica, e adicionalmente, outro curso chamado "de especialização" dando diploma de **enfermeiro** que diplomou 592 profissionais com nível comparável ao de auxiliar de enfermagem; êste continua a ser mantido, sem seguir lei alguma. Não foram obtidos números separados por ano, como foi tentado.

(4) Até 1957.

(5) Até 1957.

(6) Dos quais, 112 estão ativos na enfermagem, segundo informações obtidas na Polícia Militar em dezembro de 1958.

(7) De 1955 em diante o curso continuou a ser dado, sendo conferido até o presente um **certificado** não mais o título de enfermeiro.

HISTÓRICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM "ANA NERI" — Parte II

I — ENFERMEIRAS DA ESCOLA ANNA NERY QUE ESTIVERAM NOS ESTADOS UNIDOS COM BÔLSA DA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER, de 1925 a 1938 *

NOME	DATA
Luiza Barros Then	janeiro de 1925 a dezembro de 1926
Lais Netto dos Reys	junho de 1925 a dezembro de 1926 — S. Pública
Maria do Carmo Ribeiro Prado	junho de 1925 a setembro de 1926 — S. Pública
Olga Campos Salinas	junho de 1925 a junho de 1927 Inst. E. Enf.
Zulena Castro Amado	junho de 1925 a setembro de 1926 — S. Pública
Maria Castro Pamphiro	junho de 1926 a setembro de 1927 — S. Pública
Zaira Cintra Vidal	maio de 1927 a março de 1929 — Inst. E. Enf.
Silvia Maranhão	julho de 1926 a novembro de 1927 — S. O.
Iracema Cabral	maio de 1 927 a novembro de 1928 — S .Pública
Rachel Haddock Lôbo	maio de 1927 a dezembro de 1929 — Administr.
Celia Peixoto Alves	junho de 1928 a fevereiro de 1930 — Inst. S. Pública
Iracema dos Guaranys	junho de 1928 a fevereiro de 1930 — D. Contag .
Maria de Oliveira Regis	fevereiro de 1929 a junho de 1930 — Obstetrícia
Alaide Lott	fevereiro de 1929 a junho de 1930 — não completou
Hilda Krisch	fevereiro de 1937 a agôsto de 1938 — Administração

* Dados fornecidos pela Sra. Ruth Barcelos, secretária da Escola de Enfermagem Ana Neri, a Haydée Guanais Dourado.

Alayde Borges Carneiro	agôsto de 1936 a janeiro de 1937 — outubro de 1937 a outubro de 1938 — Instr.
Aurora G. de Afonso Costa	setembro de 1937 a setembro de 1938 — Cirurgia
Delizeth Oliveira Cabral	setembro de 1937 a setembro de 1938 — S. Pública
Yolanda Lindenberg	setembro de 1937 a setembro de 1938 — Nutrição

II — ENFERMEIRAS AMERICANAS QUE VIERAM AO BRASIL CONTRATADAS PELA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER

A) Diretoras da Escola Anna Nery (e professôras de Ética do curso):

1. Miss Clara Louise Keninger	de 2 de fevereiro de 1922 a 31 de de agôsto de 1925
2. Miss Loraine Dennhardt	de 18 de julho de 1925 a 26 de agôsto de 1928
3. Miss Bertha L. Pullen	de 1934 a setembro de 1938

B) Superintendentes do Serviço de Enfermagem:

4. Mrs. Ethel Parsons	de 2 de set. 1921 a 3 de set. de 1931

C) Instrutoras de Fundamentos de Enfermagem:

5. Miss Anita Leonard	de 6 de nov. 1922 a 15 nov. 1925

Instrutoras de Enfermagem Médica ,Cirúrgica e das Especialidades:

6. Louise Pitz	de 22 de fevereiro de 1922 a 9 de junho de 1923
7. Lilian Mackinnon	de 11 de outubro de 1924 a 20 de agôsto de 1926
8. Elise Atkinson	de 6 de novembro de 1922 a 1 de dezembro de 1922
9. Florence Thurber	de 23 de janeiro de 1923 a 5 de junho de 1923
10. Patronella Witzenberg	de 23 de janeiro de 1923 a 8 de agôsto de 1923
11. Evangeline Landes	de 11 de outubro de 1924 a 16 de março de 1927

12. Ruth Burbett	de 29 de agôsto de 1925 a 11 de dezembro de 1927
13. Mary Carmody	de 5 de agôsto de 1926 a 6 de março de 1927
14. Frances Baird	de 16 de julho de 1927 a 15 de dezembro de 1928
15. Dorothy Morse	de 9 de fevereiro de 1929 a 10 de março de 1930
16. Erna Kuhn	de outubro de 1921 a janeiro de 1922
17. Johanna Julia Scrwarte	de 15 de fevereiro de 1922 a 9 de fevereiro de 1928
18. Agnes Elizabeth Smith	de 15 de fevereiro de 1922 a 5 de maio de 1927
19. Margueritte Cunninghan	de 15 de fevereiro de 1922 a março de 1923
20. Anne Shaw	de 28 de março de 1922 a 4 de dezembro de 1924
21. Alice Herbert Cooper	de 28 de março de 1922 a 2 de outubro de 1927
22. Clara Walther Curtis	de 27 de abril de 1923 a 31 de março de 1926
23. Freda Johnson	de 26 de fevereiro de 1925 a 25 de janeiro de 1928
24. Synneve Yvonne Eikun	de 5 de fevereiro de 1927 a 1 de março de 1930
25. Bertie Meekins Rice	de 27 de abril de 1922 a agôsto de 1927
26. Winifred Dawson (Canadense)	de 28 de março de 1922 a 9 de fevereiro de 1928
27. Lilian Trotteur (Inglêsa)	de 1 de agôsto de 1922 a 30 de setembro de 1926
28. Anna Wetterhunhs (Norueguesa)	de 20 de agôsto de 1922 a 31 de março de 1924
29. Louise Murray (Holandesa)	de 26 de junho de 1923 a 30 de junho de 1926
30. Marie Haney (Holandesa)	de 1 de julho de 1923 a 30 de setembro de 1925
31. Charlotte Colton (Inglêsa)	de 17 de setembro de 1923 a 1 de agôsto de 1930
32. Josette Ledoux (Belga)	de 1 de janeiro de 1928 a 20 de março de 1930
33. Miss Bertha L. Pullen	de 5 de fevereiro de 1927 a 30 de junho de 1931

TEOLOGIA DO CORPO HUMANO *

Frei Fernando Zanini (Capuchinho) *

O corpo humano merece um sagrado respeito. A enfermeira zela por êle, com desvêlo e seriedade. Pela sua educação, ela percebe que está lidando com um sacrário de coisas misteriosas e sagradas.

Um dia, no início da criação, "a terra estava vazia e informe. O Espírito de Deus, porém, librava-se sôbre as águas" (Gen. 1,2). Não havia formas bonitas sôbre a terra. Havia o caos, o universo informe, sem vida alguma. De repente, aconteceu uma explosão de formas lindas, de harmonias, de tendências puras, de coisas equilibradas. O valor divino do Espírito Santo, que é Amor em Pessoa, espargiu o dom da vida, espargiu o dinamismo do amor na criação tôda. E apareceram as formas elegantes das palmeiras; as sementes sentiram um impulso para germinar, brotar, crescer até os céus; os galhos das roseiras desabrocharam em rosas rubras, perfumadas de amor; tudo na criação palpitou nos anseios da vida, do viver sempre, de transformar-se, do progredir, do crescer, do multiplicar-se... Ninguém queria morrer!

O homem foi tratado ainda com mais carinho. Depois de desenhado e plasmado com mãos supremas de artista Deus soprou nêle. Javé soprou nêle o Espírito da Vida, inspirou-lhe no corpo o Espírito do Amor. E o homem nasceu dos lábios de Deus, dos lábios divinos que sopraram o Espírito da Vida. O homem nasceu amando. Nos seus primeiros respiros, sentiu a tendência fortíssima para a vida, para o amor. A imagem e semelhança de Deus. Até mesmo sua carne apelava para outra pessoa. Apelava para outrem igual e diferente ao mesmo tempo. O homem sentiu na sua alma, no seu coração, na sua mesma carne, o instinto misterioso do sexo, da polaridade, do encontro, da complementação. Êle estava repleto do Espírito vivificante do Amor.

A enfermeira é uma imagem de Deus amoroso, inclinada sôbre o corpo do homem, para infundir nêle o espírito da saúde, da vitalidade, da energia para tudo o que é bom e belo.

A teologia do corpo humano descerra maravilhas do amor de Deus.

---

* Mensagem às participantes do I Seminário Regional de Ensino Médio de Enfermagem — Região Sul — Curitiba - PR

A história do corpo humano começa com o quadro simpático de um Artista Supremo e fecundo que se dispõe a coroar o universo de belezas sem fim com a Obra Prima por excelência. Fêz então o homem e a mulher. Muitos dizem que Javé não tinha nenhum modêlo, nesse instante máximo da criação. Duns Scotus disse que Deus tinha um modêlo: Jesus Cristo e Nossa Senhora. A escultura extraordinária do corpo humano, plasmada pelas mãos puríssimas de Deus, e vivificadora pelo sôpro de seus lábios, que é o Espírito da Vida, é o primeiro elemento da teologia do Corpo Humano.

Nos primeiros dias de vida, a Igreja Cristã, por instituição de Cristo, batiza a criança. Ao escorrer esta água misteriosa, o paraíso desce sôbre esta pequenina pessoa. A transformação é prodigiosa. Êste corpo pertence ao céu. Esta pessoa é herdeira de Deus Pai. O Espírito Santo, já presente neste corpo nos sinais da vida humana, torna Sua presença mais plena e ativa. Coloca nesta alma mais um pouco do Sôpro da Vida: as sementes vivas da fé, esperança e caridade.

Mais tarde, vem o santo crisma. E o corpo humano, ungido pelo bispo com o óleo sagrado, começa perceber energias gigantescas, capazes de transportar montanhas e arrebatar de conquista o reino dos céus. O homem recebeu o Sacramento do Espírito Santo.

A criança tornou-se menino. Prepara-se para a Primeira Comunhão. A Carne e o Sangue de um Deus, são comidas, assimiladas pelo corpo humano. Parece mitologia grega. O homem sempre sentiu fome e sêde de Deus. A carne humana e seu sangue suspiraram sempre para unir-se à Carne e Sangue de Deus.

Pelo sacramento da Penitência, o homem recebe a vida divina talvez perdida. Pela graça da vida divina, a pessoa humana torna-se filho de Deus, como Cristo. Quem tocar nele, tocou num filho de Deus, tocou no corpo de Cristo.

E quando o homem morre, depois de ter vencido as últimas batalhas, fortificado pela unção dos óleos, antes do adeus, a Igreja abençoa êste corpo carregado de uma misteriosa fôrça de ressurreição, como as sementes das plantas.

A enfermeira deve reviver todos êsses sagrados mistérios da teologia do corpo humano, quando cuida de uma pessoa enferma. Como é suave zelar pelo homem doente, quando êle é contemplado dentro desta moldura de sua teologia.

Francisco, um môço admirável, entusiasta por flôres, por plantas bonitas, por céus azuis e sóis irradiantes, fã das môças nobres de coração ansioso por tudo o que é belo e bom, passou certo dia, montado em seu cavalo fogoso, vestido com elegância, perto de um leproso. Êste deu logo sinal de sua presença, tilintando uma campainha. De longe, suplicou uma esmola. Francisco atirou-lhe à dis-

tância, como se atira uma pedra. Ao prosseguir seu caminho, teve um remorso: "Tudo o que fazeis a um dêsses pequeninos, é a Mim que o fazeis" — disse Cristo. Aquêle leproso é Cristo para mim. Por que atirar de longe a esmola?

Num outro dia, repetiu-se a mesma cena. Vencido pela repugnância instintiva, sentiu-se mal, e de nôvo, atirou de longe sua esmola. Aquêle pensamento revivia com insistência em Francisco: É Cristo que pede esmola".

Na terceira vez aconteceu coisa admirável. O leproso pediu esmola de longe. Francisco esporeou seu cavalo em direção ao leproso. Desceu logo do cavalo, abraçou com fôrça, com calor, com afeto e respeito êste corpo em trapos. E os lábios sadios dêsse môço bom, beijaram as carnes apodrecidas do morfético. Suas vestes bonitas e perfumadas, mancharam-se de sangue corrompido pela doença. Levou consigo o pobre doente. Banhou-o em água tratada com ervas perfumadas. E o leproso ficou são. Sua carne ficou pura, sadia, linda... Francisco sentiu a alegria profunda de ter abraçado Cristo, de ter beijado a Cristo, de ter banhado a Cristo, de ter curado a Cristo.

Assim deve a enfermeira cuidar do corpo doente. É o corço de Cristo, crucificado no leito do hospital. Deve fazer como a Mãe de Jesus, que leva o corpo de Seu Filho morto na cruz, perfumando-o, cobre-o com roupas brancas prepara-o para a Ressurreição! Então a enfermeira irá escutar um dia estas palavras de vida eterna: "Eu estava doente, e tu cuidaste do meu corpo. Vem bendita para o Reino de meu Pai que está preparado desde sempre para ti".

PÁGINA DO ESTUDANTE

O ESPÍRITO DE ENFERMAGEM

Irmã Maria de Santa Brígida *
"Mens sana in corpore Sano" (Juvenal)

A enfermagem é tão antiga quanto a humanidade, e ambas caminharam sempre ao lado uma da outra. Onde havia um enfêrmo aí estava a enfermagem assistemática atendendo suas necessidades mais prementes. Mas a Enfermagem, como profissão baseada nas ciências e na técnica é jovem.

Quando Florence Nightingale sentiu o chamado de Deus para um apostolado que seria uma profissão e atirou-se com dedicação, na guerra da Criméia, aos serviços de seus irmãos, não pensava talvez que estivesse lançando as bases da enfermagem profissional. De volta a seu país fundou, em 1860, uma escola para enfermeiras no Hospital Santo Tomás. Fundadora da Enfermagem científica deixou uma réstea de luz para as enfermeiras do futuro.

No Brasil, devemos aos jesuítas as primeiras atividades de enfermagem. Trouxeram das Santas Casas da metrópole portuguêsa o modêlo para os rudimentares hospitais da colônia.

Cabe a Santos a glória de cidade pioneira, com a primeira Santa Casa de Misericórdia brasileira. No Rio, no atual Estado da Guanabara, o Padre Anchieta foi o enfermeiro dedicado que tratou os doentes. Foi médico, cirurgião, enfermeiro.

Êste espírito de caridade, de amor evangélico marcou a enfermagem brasileira, deixando aos que a seguissem o ideal e o espírito que a deveria orientar, de devotamento e trabalho, de estudos e pesquisas, de renúncia e amor.

Frei Fabiano de Cristo, no Convento de Santo Antônio, no Rio de Janeiro, trabalhou como verdadeiro enfermeiro pelo espírito e pela renúncia, durante quarenta anos. Escolheu fiéis escravos que pudessem aprender o ofício, "o nôvo sacerdócio", e cuidar dos doentes. Êsse espírito evangélico foi continuado pelas Irmãs de São Vicente que aportaram na Bahia.

---

* Aluna da 2.ª série do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem "Ermantina Beraldo".

A enfermagem, dado o seu teor científico e técnico exige estudos e preparo. Era natural então, que as primeiras tentativas de preparo surgissem ao lado das cátedras de Medicina. Foi assim que, em 1830, na Escola de Medicina da Bahia, Ana Joaquina diplomou-se como parteira.

Os germes da enfermagem obstétrica foram lançados. Germens não só de estudos, de técnica, mas de verdadeiro espírito de devotamento, de apostolado que deve marcar aquêles que se dedicam a essa profissão.

Ana Neri, acompanhando os filhos na Guerra do Paraguai notabilizou-se como modêlo dêsse espírito que marca a profissão de enfermeira.

O primeiro relatório do Comitê de Peritos de Enfermagem, da Organização Mundial de Saúde, em 1950, usou a palavra **enfermeira** como sinônimo de "profissional", aplicando-o a pessoas que num país, possam dispensar melhores e mais acurados cuidados de enfermagem, aquêles que envolvem maiores responsabilidades.

A Nona Assembléia Mundial de Saúde, em 1955, assinalou entre outras, cinco funções como responsabilidade fundamental da enfermeira:

1. cuidar do doente e do incapacitado, de acôrdo com suas necessidades físicas, emocionais e espirituais seja ou não em hospitais;
2. ser educador de saúde e conselheiro do paciente e sua família (pouco importa o lugar);
3. observar cuidadosamente as condições e situações físicas e emocionais que podem alterar a saúde e tornar disso ciente as equipes encarregadas do setor;
4. selecionar, orientar e formar o pessoal auxiliar necessário no trabalho de enfermagem em hospitais e na comunidade, sôbre cuidados individuais a determinados doentes ou incapacitados;
5. participar dos planejamentos e da análise das necessidades no campo de saúde, procurando resolvê-las.

Tais funções são passíveis de discussão. Há autores que preferem relacioná-las de maneira diversa, pois opinam que trabalho de seleção e formação dos auxiliares e o planejamento de atividades e serviços são também responsabilidades de corpo médico, de sociedades de assistência à saúde, de legisladores, etc.

Seja qual fôr a classificação de suas atribuições, um fato podemos dar como certo: nenhum enfermeiro pode omitir-se quando se trata de trabalhos para a melhoria dos auxílios prestados aos enfermos.

O progresso das ciências médicas e da técnica levou a enfermagem a participar do conhecimento dessas técnicas.

Há o campo da enfermeira como há o do médico. Mas a evolução dos tratamentos chama muitas vêzes a enfermeira a participar de certas tarefas do médico. Além disso o doente deve ser compreendido e orientado para ajudar sua cura.

Enfermagem não é, portanto, só treinamento. Quanto mais a enfermeira dominar o campo da cultura tanto mais apta estará para desempenhar seu papel. Por isso é que se diz que a enfermagem como ocupação é tão velha quanto a humanidade, mas é tão jovem como profissão.

Não se improvisa uma enfermeira como não se improvisa um médico.

Ao lado das habilidades, ela deverá formar em si atitudes diante da doença e do doente, compreender os complexos problemas de certos pacientes, utilizar devidamente as técnicas aprendidas, interessar-se realmente pela pessoa humana.

A enfermagem moderna não vê no doente apenas um corpo afetado por enfermidade mas uma pessoa que tem um passado, uma história que acompanha seu desenvolvimento físico, moral, mental e emocional.

As relações humanas têm um papel preponderante no tratamento de certos pacientes. A enfermagem precisa descobrir os pontos delicados da enfermidade para bem atender seu paciente. Daí a importância dos trabalhos de pesquisas e sondagens.

A ENFERMEIRA E A VIDA ESPIRITUAL

A caridade é a vida de amor ao próximo. A enfermeira busca na caridade evangélica a água que vivifica sua vida espiritual a fim de ter uma linguagem de caridade para com o irmão enfêrmo.

Múltiplas são as responsabilidades das enfermeiras na execução das ordens médicas, no que se refere à administração de medicamentos e no confôrto e segurança física e espiritual do paciente. Responsáveis ainda são pela diminuição de doenças, redução de acidentes e suas conseqüências. Para nós, enfermeiras cristãs é importante considerar o homem não só como um ser bio-psico-social mas também portador de uma alma criada para a eternidade.

Eis o que nos disse a respeito Marina de Andrade Resende:

— "A enfermeira respeita, no paciente, a integridade da pessoa; se cada vez mais ela conhece as ciências que regem a vida humana mais ela deve, ela precisa capacitar a servir-se dessas ciências e das técnicas delas decorrentes em conformidade com a natureza das coisas e com as exigências da **vocação espiritual do homem**". (6)

Ainda em seu trabalho sôbre a Vida Cristã da Enfermeira a autora se firmou na expressão de outra alma que vive o mesmo ideal — Virgínia Henderson.

> "Faz parte do cuidado básico de enfermagem respeitar os anseios espirituais do paciente e mesmo ajudá-lo a satisfazê-los em qualquer situação. Se a prática religiosa é essencial para o bem estar do indivíduo quando do gôzo de sua saúde, é mais indispensável ainda quando está enfêrmo.
> ... favorecer condições sob as quais o paciente possa conversar reservadamente com o sacerdote; tornar possível para êle receber os sacramentos quando façam parte de sua vida religiosa — conseguir o ministro de sua religião para ir visitá-lo.
> Para a enfermeira quanto mais amplos forem seus conhecimentos sôbre as diferentes religiões, quanto maior fôr sua crença no poder de cura, com o auxílio da fé, quanto mais evoluir espiritualmente e quanto maior fôr a sua tolerância para com todos os tipos de crença, maior será o auxílio que poderá prestar a seus pacientes".

BIBLIOGRAFIA

1. ALCÂNTARA, Glete — Revisão do currículo: princípios gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 13 (1): 50-59 março, 1960.
2. ANDRELL, Maysa — O papel da enfermeira no programa de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 11 (2) 106-113, junho, 1958.
3. BOCKWINKEL Maria Rosalva — Formação moral da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 15 (6): 489-495, dez., 1962.
4. CAMERON, F. J. — Responsabilidade no preparo da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 11 (2): 133-139, jun., 1958.
5. HENDERSON, Virginia — Princípios básicos sôbre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, Fundo de Impressão da ABEn, 1962.
6. RESENDE, Marina Andrade — Vida cristã na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 17 (1-2): 48-56, fev-abr, 1964.
7. SANTOS, C. A. F. e NADOR, H. M. P. — O ensino de Ciências Sociais na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 13 (4): 449-480, dez., 1960.
8. SCHOTT, Gladys — Responsabilidade na seleção de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 11 (2): 114-121, jun., 1958.

NOTÍCIAS

UMA PRECE

Para IRACEMA ISABEL NIEBLER, falecida em São Paulo no dia 25 de janeiro de 1967.

Filha de Sophian Niebler e Serafina Maria Regina Niebler, nasceu Iracema Niebler em Campinas em 17 de janeiro de 1891, e nesta mesma cidade completou os cursos primário e parte do secundário, em 1909. Em 1911 diplomou-se pela Escola Normal Secundária da Praça da República em São Paulo e em 1927 recebia o diploma de Enfermeira pela Escola Ana Nery. E em 1947 fêz o curso de Pós Graduação Acadêmico na Escola de Enfermagem da Universidade Vanderbilt, em Tenessee.

Para completar seus estudos foi-lhe oferecida, pela Coordenação de Negócios Interamericanos, um bôlsa de estudos que a possibilitou fazer as seguintes visitas à instituições no exterior:

1. New York: Centro de Saúde Henry Stuart e Universidade de Columbia.
2. New Haven: Universidade Yale Hospital Geral serviço de Higiene Escolar e Saúde Pública.
3. Toronto: Universidade de Toronto Hospital Geral de Moléstias Mentais, serviços de Saúde Pública e Higiene Escolar.
4. Albany: Serviço de Registro de Enfermeiras inspeção de Escolas de Enfermagem.

Em agôsto de 1927 foi nomeada Enfermeira Auxiliar em comissão, no cargo de adjunta do Grupo Escolar Oswaldo Cruz e em setembro do mesmo ano foi comissionada junto ao Serviço Sanitário do Estado ambos os cargos exercidos em São Paulo.

"PER CAPITA" da ABEn

Uma importante decisão, digna dos maiores encômios, foi tomada na última Assembléia de Delegados realizada em Belém do Pará por ocasião de XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Já há algum tempo ouvia-se, entre os colegas, comentários comparativos sôbre a contribuição que nós enfermeiros dávamos à nossa Associação em relação à de outras profissões. A idéia inicial de

uma revisão no "per capita" partiu, portanto, do sentimento de justiça dos próprios associados.

A fim de fazer um cálculo o mais exato possível, do aumento necessário para cobrir as reais necessidades da ABEn foi designada uma Comissão Especial que estudou profundamente o assunto, examinando seus orçamentos e balanços. Dêsse estudo resultou a proposta aprovada, pela qual as Seções deverão encaminhar à ABEn, a partir de janeiro de 1967, o "per capita" igual à quarta parte do salário mínimo vigente na Capital Federal no dia 1.º de janeiro de cada ano.

Em 1.º de janeiro de 1967, o salário mínimo vigente em Brasília era NCr$ 84,00. O "per capita" dêste ano será então: NCr$ 21,00. Se o nôvo mínimo, aprovado em março de 1967, estiver vigorando em 1.º de janeiro de 1968, como é de se supor, teremos nesse ano, um "per capita" igual a NCr$ 26,25.

XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Será realizado êste ano em Brasília, D. F., de 16 a 22 de julho p. f. A presidente da Comissão de Temas, Dra. Glete de Alcântara, estipulou o prazo até 31 de maio para o recebimento dos trabalhos que serão apresentados e discutidos nas sessões plenárias. Como inovação introduzida pela primeira vez, não haverá divisão dos temas em oficial e livres, com discussão dos primeiros e apenas apresentação dos últimos. Todos os trabalhos serão apresentados e discutidos igualmente. A Comissão de Temas e a Diretoria da ABEn esperam, assim, tornar mais dinâmicas as sessões do Congresso e despertar maior interêsse entre os associados, na apreentação de trabalhos.

V CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS

Será realizado em Recife, PE, de 2 a 7 de julho, pela Associação Brasileira de Hospitais e Associação Pernambucana de Hospitais. O tema será "Tendências e perspectivas da assistência hospitalar no Brasil".

CURSOS MINISTRADOS

1. **Na Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto,** sob a responsabilidade de Maria Aparecida Minzoni, instrutora de Enfermagem Psiquiátrica, será realizado um curso de extensão universitária sôbre "Uso de material em Instrução Programada", de 6 (seis) se-

manas de duração. As aulas terão início em 2 de maio p. f., e serão ministradas às segundas, quartas e sextas feiras de 20 às 22 horas.

2. **A ABEn — Seção de Minas Gerais** assinou convênio com a INFORMAC (Instituto Nacional de Formação Cultural) para realização de Cursos de Enfermagem do Lar por correspondência, durante 1 (um) ano.

3. **A ABEn — Seção de São Paulo,** pela Comissão de Educação, organizou um Curso de Enfermagem do Lar, a ter início no próximo dia 10 de abril. As aulas serão dadas na Escola de Enfermagem de São Paulo, às segundas, quartas e sextas feiras, das 16 às 18 horas.

CURSOS NOVOS

1. A Diretora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto comunica que esta Escola irá oferecer, a partir de 1967, os seguintes cursos para enfermeiros:

a) 4.ª série de Enfermagem de Saúde Pública.

b) Pós graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

A Escola oferece residência; as inscrições estarão abertas de 2 a 31 de janeiro e haverá uma taxa no valor de NCr$ 20,00.

CICIAMS

Realizar-se-á em Montreal, Canadá, nos dias 20, 21 e 22 de junho p. f., o Congresso Nacional Norte-Americano do CICIAMS cujo tema será "O sofrimento na terra dos homens".

ICN

Reunião do Conselho de Presidentes

Aproveitando viagem à Europa representará a Associação Brasileira de Enfermagem na reunião do Conselho de Presidentes em Evian, no próximo dia 23 de junho, Amália Corrêa de Carvalho, da ABEn — SSP. Segundo notícias do Boletim Informativo do ICN, 22 associações já se comprometeram em enviar representantes.

VIAGEM PARA O EXTERIOR

Dra. Glete de Alcântara, Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, seguiu para a cidade do México em janeiro p. p., como consultora da OPAS/OMS por um período de 4 meses e meio.

MANUAL ILUSTRADO DE ROTINAS DE HOSPITAL

Está em fase de elaboração pela Chefia do Serviço de Enfermagem do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Univesidade Federal do Rio Grande do Sul. Contaremos em breve com mais esta publicação de inegável utilidade para os serviços de enfermagem que poderão, através dêsse Manual, manter todo o pessoal que serve nos hospitais informados sôbre as rotinas comuns existentes nesses serviços.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

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

Assinatura:

No Brasil ..... NCr$ 12,00

No Estrangeiro ..... NCr$ 15,00

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

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

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

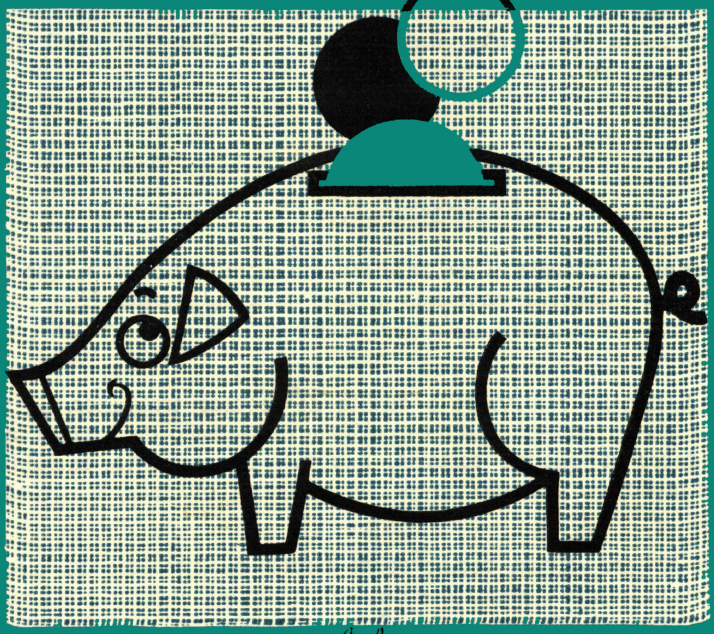
Solicita-se permuta
Exchange is requested

Se solicita el canje
On désire établir échange

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

ÓRGÃO OFCIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Econômicas... custam 10% menos que as feitas à mão!



As Compressas de Gaze Johnson's poupam dinheiro e poupam tempo - custam menos e eliminam o trabalho das enfermeiras, pois já vêm prontas para usar. Não têm fios soltos, suas dobras são para dentro. Não existem mais seguras... nem tão práticas!

COMPRESSAS DE GAZE Johnson's

Nos tipos Brunswick* (malha aberta), Clinicas (malha média) e Belleview* (malha fechada). Tamanhos : 7,5x7,5 e 10x10. Cada grupo de 10 pacotes de 500 unidades é acondicionado em embalagens de papelão ondulado.

Em seu hospital ou casa de saúde, mude para as Compressas de Gaze Johnson's.

- FÁCEIS DE ESTERILIZAR
- FÁCEIS DE ARMAZENAR
- FÁCEIS DE MANIPULAR

FÁCEIS DE CONTROLAR... À MEDIDA QUE SÃO UTILIZADAS

Johnson & Johnson

DIVISÃO HOSPITALAR

*Marcas Regs