

# *revista brasileira de enfermagem*



ANO XXIV

ABRIL/JUNHO DE 1971

N.ºs 3 e 4

# Revista Brasileira de Enfermagem

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

---

ANO XXIV ABRIL/ JUNHO DE 1971 N.ºs 3 e 4

---

## SUMÁRIO

<b>EDITORIAL:</b> .....	131
<b>EDUCAÇÃO:</b>	
Novas tendências no ensino da Enfermagem Pediátrica — <b>Maria Lúcia Cardoso dos Santos</b> .....	141
Enfermagem Psiquiátrica para Auxiliares de Enfermagem — Sugestão do Programa — <b>Maria Aparecida Minzoni</b> e <b>Maria Ignez Barini</b> .....	148
O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem — <b>Wanda de Aguiar Horta, Yoriko Hara e Nara Sena de</b> <b>Paula</b> .....	159
<b>SERVIÇO:</b>	
Uma experiência de Treinamento em Serviço — <b>Celina</b> <b>Arruda Camargo</b> .....	170
Eliminação e controle de odores em Unidade de Queimados — <b>Arlete Oguisso da Cruz e Jandira Funiko Ohara</b> <b>Higuti</b> .....	178
Elementos Básicos da Assistência de Enfermagem Pediá- trica — <b>Duke N. Rocha *</b> .....	186
Síndromes Respiratórias e Infecções mais freqüentes do recém-nascido — <b>Lygia Paim</b> .....	192

---

Diretor Responsável: Amália Corrêa de Carvalho  
Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado  
Gerente: Ir. Maria Notarnicola  
Editor: Vilma de Carvalho  
Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - Sala 1304  
Telefone: 252-3998 — Rio de Janeiro — GB.

**INTERESSE GERAL:**

Contribuição à História da Enfermagem — Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — <b>Clélia de Pontes</b> .....	199
Médico-Enfermeira — Interrelação Profissional — <b>Maria Francisca de Jesus Barros</b> ... ..	216

**LEGISLAÇÃO:**

Organização administrativa do Ministério da Educação e Cultura .....	220
--	-----

**NOTICIÁRIO:**

Tóxicos ... ..	230
----------------	-----

## **Editorial**

### **1. FALTA DE AMOR: ABUSO DE DROGAS**

Guiar a educação da criança e do adolescente para uma vida que valha a pena é a maior força para obstar o aumento dos viciados em drogas. Para a saúde da mente, é sabido que a pessoa deve empenhar-se em atividades criadoras. E sua concepção da vida deve ser crescentemente altruística.

Vemos a mãe insistindo discretamente com o interlocutor de seu filhinho para que aceite o chocolate que este oferece. E os pais que colocam seus filhos no escotismo para aprenderem a estar “sempre prontos a servir aos outros”.

A educação religiosa cristã é o meio mais eficiente de fortalecer o caráter da pessoa humana, livrando-a dos abismos do mau viver. Isto porque nas origens mais profundas das toxicomanias está o hedonismo de nossos dias, as pessoas voltadas para interesses egoísticos. É muito importante a criança vivenciar situações de vida em que ajude os outros.

Vejamus a seguinte reflexão de L.J. Lebreton (in Dimensões e Caridade — Ed. Duas Cidades).

“A criança ama o que lhe dão e a quem lhe dá. Seu amor revela-se egoísta, tudo faz convergir para si, porque, diante da vida, é só fraqueza, insegurança e dependência. Ama por necessidade, necessidade instintiva, que jamais a engana. A criança se adapta à sua carência e aquilo que pode supri-la.

Relaciona o bem desejado com quem lhe proporciona. Seu amor próprio leva-a, de certo modo, a amar a outrem, ao bem-feitor que a envolve em amor. A criança tem tanta necessidade de um clima de ternura, quanto de alimento. Para ela, o princípio, o universo, se resume na sua mãe que, sózinha, satisfaz plenamente os seus anseios.

Chega o dia em que a criança dá, para agradar a alguém: à mãe, ao irmão, ou a quem a beneficiou. Fase nova abriu-se em sua vida; esta valerá, daqui por diante, na medida em que se multiplicar e se alargar aquele primeiro gesto.

Talvez essa criatura venha a dar unicamente porque ama. Dará do seu e de si mesma, quando se dedicar aos necessitados. Amor de gratidão, amor de complacência, de benevolência, são para ela fonte de felicidade.

Esquecer-se em outrem ou por outrem poderá tornar-se habitual, para ela. Estará, então, fixada no amor e, se este fôr correspondido, conhecerá, além da camaradagem a amizade. A amizade é o amor recíproco daqueles que, sobrepujandose a si mesmos, comungam o mesmo bem". Terminamos aqui a citação de Leuret, que tem a clareza que a importância desses assuntos está a exigir.

## 2. ABUSO DE DROGAS: Problema Psicosocial

Vieram a São Paulo participar do II Simpósio sobre Tóxicos no Ambiente Universitário grandes autoridades no assunto. O que divulgaram especialistas como os professores Charles Schlster e Pierre Renault, da Universidade de Chicago é do maior interesse, como veremos a seguir. Entre as drogas em abuso, há as ilegais e as aceitas, pela sociedade; o álcool, que está neste caso, lidera as estatísticas como das mais usadas e mais potentes, causando danos aos indivíduos. Hoje há tendência de dar-se ênfase ao combate não só ao LSD e à maconha, mas também ao álcool. Para a prevenção do abuso de drogas, o Prof. Schlster afirma que o problema talvez não existisse se a sociedade oferecesse alternativas construtivas para o indivíduo. Cita como exemplo o fato de que até alguns anos, o problema se limitava às classes menos favorecidas. Agora já se difunde o uso de drogas entre os abastados, posto que o conforto e a segurança econômica não satisfazem a pessoa humana.

Nas sociedades agrárias, a prática de levantar cedo e trabalhar o dia todo tira do homem a necessidade de procurar as drogas, enquanto o ócio, nas sociedades urbanas, propicia o indivíduo ao seu uso.

Quanto ao tratamento, o prof. Pierre Renault, afirmando que cada tipo de dependência causada pelo abuso de drogas requer tratamento específico, acentua que a maior ou menor dificuldade para a reabilitação clínica do viciado depende exclusivamente de sua **motivação** em abandonar a droga. E que, em Nova York, o índice de reabilitação está em torno de 60 a 70% dos casos tratados. Na ordem

de freqüência do uso, nos Estados Unidos, as drogas mais difundidas são em primeiro lugar o álcool, seguido da heroína, barbitúricos, anfetaminas e maconha. Da maconha produz-se o haxixe. Entre os jovens norte-americanos constata-se o abuso de anfetaminas e estimulantes; o uso da heroína se dá mais entre as pessoas que podem pagar seu alto preço.

Na reabilitação dos dependentes de drogas, busca-se seu engajamento no trabalho ou estudo.

Quanto aos aspectos legais, afirmam os professores citados, que a lei federal, nos Estados Unidos, pune com maior rigor o traficante de drogas, e que, quanto ao viciado, a partir de 1.º de maio de 1971, os juizes contam com duas opções, — pena de prisão e multa ou enviá-lo para tratamento clínico.

Assim é que a sociedade está sendo levada a considerar todos os aspectos dêsse mal — dependência de drogas — para o diminuir. A idade de ouro para instalação dos hábitos de vida que levarão à saúde, há concordância geral, é a infância, ao serem marcadas, pelas idéias e pela prática, as linhas mestras da personalidade humana.

H.G.D.

## **INAUGURAÇÃO DA SEDE DA ABEn EM BRASÍLIA**

Foi inaugurada a 1.ª fase da obra no dia 15 de maio último, como parte das comemorações da 32.ª semana da enfermagem. A solenidade foi presidida pela Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, Amália Corrêa de Carvalho que, dando início à sessão, passou a palavra ao Dr. Caio F. Prates da Silveira, representante do Sr. Governador do Distrito Federal para uma breve saudação aos presentes. Em seguida usou da palavra a Sra. Presidente que enalteceu o espírito de união que reina entre as enfermeiras brasileiras, o que tornou possível a realização de obra de tão alto valor e de tão grande significação para os destinos da ABEn. A Sra. Vera Prates da Silveira, espôsa do Sr. Governador do D.F., descerrou a placa comemorativa da inauguração sob os aplausos dos presentes. Logo após, o Sr. Mário Dias Moraes, Gerente da Divisão Hospitalar da Johnson & Johnson fez a entrega dos prêmios aos primeiros colocados no concurso do melhor cartaz da Semana de Enfermagem, instituído pela Seção de Brasília e patrocinado pela Johnson & Johnson.

Para encerrar as solenidades, Dom José Newton de Almeida Batista, arcebispo de Brasília, procedeu à benção do Crucifixo e fez uma oração invocando as graças de Deus para o trabalho das enfermeiras e da Associação Brasileira de Enfermagem.

Foi servido um coquetel aos convidados entre os quais, além de inúmeras enfermeiras de Brasília, Goiânia, S. Paulo, Guanabara e Maranhão, foi anotada a presença do Sr. Secretário da Saúde do DF, Dr. Alvaro Simões, de autoridades civis e militares ou de seus representantes, de Diretores dos Hospitais de Brasília, dos representantes das Universidades de Brasília e de Minas Gerais, de chefes ou representantes dos Serviços de Enfermagem de diversos hospitais de Brasília, da Guanabara e de S. Paulo, de diretoras ou representantes de Escolas ou Faculdades de Enfermagem, e de representantes de Laboratórios Farmacêuticos.

Dentre os membros da Diretoria, da Associação Brasileira de Enfermagem foi registrada a presença, entre outras, das seguintes pessoas: Maria Dolores Lins de Andrade, 1.<sup>a</sup> vice-presidente; Irmã Ma. Tereza Notarnicola, 1.<sup>a</sup> tesoureira; Ursula Engel, Coord. da Com. de Assistência de Enfermagem; Anayde Corrêa de Carvalho, da Com. Documentação e Estudos; Haydée G. Dourado da Com. Legislação; Alice Andrade Maciel, da Com. Especial de Construção da Sede; Clarice Della Torre Ferrarini, Secretária Executiva; e as seguintes presidentes de Seções Estaduais: Maria Francisca Rangel de Jesus Barros, de Brasília; Tael Pimenta Machado, de Goiás; Lourdes Tôres de Cerqueira, de S. Paulo; Terezinha de Jesus Nogueira Frias. do Maranhão e Izaltina Goulart de Azevedo, de Minas Gerais.

**MENSAGENS** — Foram recebidas as seguintes mensagens:

Da Escola de Enfermagem da USP — Senhora Presidente,

Em nome da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e no meu próprio, tenho a grata satisfação de cumprimentar a Associação Brasileira de Enfermagem, na pessoa de V. Exa., pela inauguração da sede própria no Distrito Federal.

Peço estender a tôdas as enfermeiras as congratulações de que são merecedoras pelo decidido apóio que emprestaram para essa grandiosa realização.

Valho-me do ensejo para reiterar a V. Exa. os meus protestos de distinta consideração.

Maria Rosa S. Pinheiro, Diretora

Da Associação Paulista de Hospitais — Senhora Presidente,

No momento em que a ABEn se instala em sede própria na Capital da República, a nossa Associação Paulista de Hospitais, se

congratula com as enfermeiras do Brasil por tão auspicioso acontecimento.

O Brasil muito deve à Enfermeira que hoje está se constituindo em uma força viva em prol do seu desenvolvimento.

Encontramos em todos os rincões de nossa Pátria, na enfermeira, o exemplo vivo da dedicação, solidariedade humana, amor ao próximo, e desprendimento.

Impossibilitado de comparecer, por motivos alheios à minha vontade, à Brasília e pessoalmente participar das solenidades deste dia, pedi à Enfermeira Clarice Ferrarini, do Hospital das Clínicas deste Estado, que me representasse, cumprimentando em meu nome e da Associação Paulista de Hospitais à laboriosa classe de tão beneméritos profissionais.

Dr. Odair Pacheco Pedroso, Presidente

Da Universidade Estadual de Campinas — Senhora Presidente,

Tenho a grata satisfação de dirigir-me a V. Exa., a fim de acusar o recebimento de seu convite para a cerimônia de inauguração da Sede “Associação Brasileira de Enfermagem” em Brasília.

Agradecendo a gentileza do convite, valho-me da oportunidade, para cumprimentá-la calorosamente, pelo feliz acontecimento e desejar-lhe contínuo sucesso.

Ao ensejo, apresento a V. Exa., os meus protestos de alta estima e distinta consideração.

Zeferino Vaz, Reitor

Do Secretário de Saúde do Estado de Sta. Catarina,

Apraz-me comunicar o recebimento do convite da Associação Brasileira de Enfermagem, para a Cerimônia de inauguração de sua Sede em Brasília.

Aprroveito a oportunidade, para congratular-me com esta Associação pela realização de tão importante feito, apresentando protestos de estima e consideração. Atenciosamente,

Henrique Manoel Prisco Paraiso, Secretário da Saúde

Da Associação Brasileira de Escolas Médicas — Sra. Presidente,

Acuso recebimento do convite de V. Sa. para a solenidade de inauguração do edifício sede dessa prestigiosa Associação. Impossibilitada de comparecer a tão grato evento, por compromissos já assumidos comunico que designei o prof. Oswaldo Martins Reis como representante da ABEM a essa cerimônia.

Na certeza de que a sede que agora se inaugura significará um progresso acelerado dessa Associação, traduzindo o dinamismo e eficiência dessa Presidência, reitero, na oportunidade protestos de elevada estima e consideração.

Celia Lucia Monteiro de Castro, Diretor Executivo

Irmã Visitadora das Filhas de Caridade de S. Vicente de Paulo, Congratula-se imenso, com a inauguração da Sede Federal da ABEn, no próximo dia 15, pedindo a Deus que multiplique em bênçãos divinas e graças especiais, os esforços, a luta, as dificuldades ocultas em cada tijolo e grãos de areia, que hoje formam o magestoso prédio na NOVACAP — Minhas felicitações, Ir. Alzira Eugênia Eppinghauss, F.C.

Da Secretária da Escola de Enfermagem da USP — Senhora Presidente,

Queira receber com a digna Diretoria da ABEn, os meus efusivos cumprimentos pela inauguração da sede própria em Brasília.

Sou conhecedora da grande batalha travada pelas enfermeiras para concretização desse objetivo. “Deo Gratias” — atenciosamente,

Helena de Barros Silveira

Da Secretária da ABEn, membro honorário da Associação Senhora Presidente,

Cumprimenta-a e a todas as enfermeiras, por mais esta vitória alcançada pela ABEn, a amiga certa.

Clelia Allevato

#### **CARTAS E TELEGRAMAS RECEBIDOS**

Cel Odelmo Teixeira Costa, Secretário Segurança Pública de Belo Horizonte.

Jaci Ferreira da Silva, diretora da Escola de Enfermagem “Coração de Maria”, de Sorocaba, S.P.

Iracema Novais, em nome das enfermeiras da Escola de Auxiliar de Enfermagem e do Hospital das Clínicas “Augusto Leite” de Aracaju, Sergipe.

Gerência da Winthrop de S. Paulo

Departamento de Enfermagem da Winthrop de S. Paulo

Ivanete Nascimento, em nome das Enfermeiras Pernambucanas

Aline Galvão, em nome da Escola de Enfermagem da U.F. da Bahia

Faculdade de Enfermagem “S. José”, de São Paulo.

## ENVIARAM FLORES

Banco Mineiro do Oeste; Dr. Campos da Paz, Diretor do Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek; Administração de Darrow Laboratórios S/A; Divisão Hospitalar da Johnson & Johnson.

## Discurso da Presidente

A expectativa das enfermeiras do Brasil em torno da solenidade que hoje se efetua era grande e plenamente justificada. Iniciar as gestões a fim de conseguir a doação do terreno pela Novacap e dar começo à edificação da primeira fase desta obra não foram tarefas fáceis; pelo contrário, os percalços que sofreram o processo de doação do terreno e o alvará para a construção da Sede já constituíram problemas sérios para diretorias consecutivas da Associação Brasileira de Enfermagem. Manter, porém, as obras da construção em ritmo normal, dentro da anormalidade do encarecimento do material e da mão de obra, constituiu uma aventura que ficará celebre nos anais da Associação, somente comparada às das histórias de quadrinhos, de verdadeira "ficção econômica". Impulsionadas por um idealismo incontido, incentivadas pelo exemplo outras pioneiras femininas, esse pequeno grupo, de mulheres em quasi sua totalidade, realizou o milagre de financiar um trabalho cujo orçamento inicial ultrapassava em muito as possibilidades da Associação; na verdade, somente a execução de sua primeira etapa custou duas vezes mais do que a estimativa feita para o total da obra. Foi difícil, exigiu muito trabalho e sacrifícios, que as Seções Estaduais aceitaram de bom agrado, a fim de concretizar o plano da Associação de ter a sua sede administrativa no Distrito Federal.

A história da Casa que hoje inauguramos tem seu início em 1958 quando Maria Rosa S. Pinheiro, então presidente da Associação, alertada pela enfermeira Cacilda Bertoni, pioneira entre as enfermeiras de Brasília, solicitou da Novacap a doação do terreno para a sua edificação. As presidentes que se seguiram, Marina de Andrade Rezende e Clarice Ferrarini, auxiliadas pelas enfermeiras do Distrito Federal, entre as quais destacaram-se Diva Câmara, Haydée G. Dourado e Maria José de Abreu, trabalharam para conseguir o consentimento para a doação, o que se deu teoricamente em 1963, época

---

(\*) Amalia Corrêa de Carvalho, Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem.

em que tiveram início as campanhas para angariar recursos para a construção.

A doação oficial do terreno, entretanto, efetuou-se em 1967, na gestão de Circe de Melo Ribeiro, após muita insistência e muita luta; logo depois foi conseguido o alvará para a construção, com a aprovação da 3.<sup>a</sup> planta apresentada pela ABEn; a pedra fundamental foi lançada por ocasião do Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado aqui, em Brasília. O início das obras deu-se em novembro de 1968.

Com especial carinho ressaltamos a dedicação dos membros da Comissão Especial destinada a tratar dos assuntos relacionados com a nova sede. Presidida até 1966 por Diva Câmara, e desde então por Alice Andrade Maciel, desta Comissão e destas duas colaboradoras de invulgar valor obteve a Associação todo o auxílio de que necessitava para acompanhar o crescimento do edifício. Ao reconhecer a extraordinária colaboração de ambas, estendemos os agradecimentos a um outro membro cujo nome não consta da Comissão, mas que prodigalizou assessoria constante ao trabalho da esposa. Trata-se do Eng.<sup>o</sup> Enery Maciel que, como tantos outros maridos de enfermeiras, faz sua causa da esposa, auxiliando D. Alice no acompanhamento dos trabalhos.

Não podemos deixar de mencionar a atuação miraculosa da tesoureira da ABEn, Irmã Maria Tereza Notarnicola que, acumulando o cargo de presidente da Comissão de Finanças, fez verdadeiro prodígio na multiplicação dos dinheiros da Associação. Não seria justo, tão pouco, deixar de mencionar o interesse e o desprendimento que algumas seções estaduais demonstraram ao ultrapassar a meta de contribuição que lhes cabia, a fim de suprir as deficiências das seções com menores possibilidades financeiras. Distinguiram-se as Seções da Guanabara, de Pernambuco, do Pará, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul, de Brasília e a de S. Paulo que, além de ultrapassar, dobrou essa meta. Dentre os colaboradores individuais, merece destaque o gesto simpático de Maria Rosa S. Pinheiro que doou à Sede o produto dos dois prêmios que recebeu em 1970 — de Enfermeira Paulista e de Enfermeira do Ano.

Senhoras, Senhores,

O que inauguramos hoje é apenas o edifício, como vêem. Não quizemos prolongar por mais tempo a expectativa das enfermeiras quanto à instalação da sede de sua associação de classe; por isso aproveitamos as comemorações da 32.<sup>a</sup> Semana da Enfermagem para

dar como finda essa primeira etapa do empreendimento. Sabemos dos compromissos que ainda pesam sobre nossos ombros com relação ao término da obra, ao mobiliário, decoração e instalação definitiva em Brasília. Quem testemunhou, porém, o esforço e o desprendimento das Seções Estaduais e dos Distritos da ABEn, de algumas associadas individualmente, e de amigos sinceros que abraçaram nossa causa nessa campanha de angariar recursos financeiros; quem testemunhou a custa de quantos sacrifícios chegamos a este 15 de Maio, sabe que poderá continuar confiando na determinação e no idealismo do grupo, porque conhece os objetivos fundamentais de todo o movimento associativo das enfermeiras e que podem ser resumidos em três itens essenciais: 1) a união e a cordialidade entre os membros da Associação, objetivando o fortalecimento e o aperfeiçoamento profissional, fatores importantes no desenvolvimento e na manutenção de uma liderança efetiva no seu campo de ação — a assistência integral de enfermagem; 2) a união e a cordialidade entre as enfermeiras e os representantes de profissões afins, para facilitar o trabalho de equipe numa área em que somente através de esforço conjunto se consegue oferecer ao indivíduo e à comunidade a assistência de saúde a que tem direito; 3) a colaboração com as autoridades governamentais na solução de problemas comuns, educacionais ou assistenciais, que possam afetar o preparo do pessoal de enfermagem ou o seu exercício profissional.

Esses objetivos, na verdade, poderiam ser perseguidos e alcançados mesmo sem as facilidades físicas que planejamos colocar como base de toda a nossa programação futura. Acreditamos, porém, em boas condições de trabalho como fator importante de produção, qualitativa e quantitativamente. Esperamos que de Brasília a Associação possa, eficientemente, comandar as atividades culturais e assistenciais das associadas de todo o País.

A todos os que de alguma maneira nos auxiliaram a transformar esse projeto em realidade, nossos sinceros agradecimentos. Nomeá-los não seria possível, pois são muitos e correríamos o risco de não encarecer devidamente a contribuição de cada um.

Agradecimentos especiais ao digno representante de Sua Excelência Sr. Governador do Distrito Federal, à Sua Excia. Reverendíssima, Dom José Newton de Almeida Batista, Arcebispo de Brasília, às Excelentíssimas Autoridades Cíveis, Religiosas e Militares que com o prestígio de sua presença vieram abrilhantar esta solenidade.

A Exma. Sra. Vera Prates da Silveira, a expressão do nosso mais profundo carinho pela sua participação em tão importante fato da vida das enfermeiras brasileiras.

Para tôdas as colegas, pela participação e pela presença, o muito obrigado da atual diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem.

Brasília, 15 de maio de 1971.

## Educação

### **NOVAS TENDÊNCIAS NO ENSINO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA \***

Maria Lúcia dos Santos \*\*

MARTAGÃO GESTEIRA, pediatra brasileiro, na sua vida de intenso lidar junto a criança, disse: “Nenhum problema maior, mais grave, mais premente no Brasil, do que aquele que ressalta dos nossos coeficientes de mortalidade e de mortalidade infantil, por isso que joga de perto com o futuro e a grandeza do país”.

A força motivadora deste certame é sem dúvida o desejo que anima todos nós de ampliarmos nossos conhecimentos sobre Enfermagem Pediátrica, estruturarmos em bases mais firmes o intercâmbio complexo do atendimento à criança, formando assim um ambiente propício para um aprendizado melhor no que tange ao aluno, e mais amplas atuações no cuidado à criança. Há portanto uma alegria verdadeira ao analisarmos o quanto foi importante e proveitoso os assuntos abordados e o grande interesse que despertou em todos. A participação positiva e dinâmica foi uma prova irrefutável de que novos encontros devem ser planejados para que possamos usufruir conhecimentos e experiências para aplicá-los no “dia a dia” profissional.

Tôda enfermeira pediátrica ou não, inevitavelmente terá contato com crianças, — mormente hoje quando já se começa no nosso país a concepção de que a enfermagem centralizada na família, precisa se tornar realidade e, gradativamente o atendimento se deriva no sentido da família e não de um elemento isolado.

No contexto sócio-econômico-cultural, as mudanças bruscas e os progressos rápidos da ciência fazem com que haja redefinições dos propósitos, com significado de funções e objetivos. Há portanto, a necessidade de tomada de consciência dos profissionais de saúde

---

\* Trabalho apresentado no I.º Encontro de Enfermeiras Pediátricas — Gb — 1970.

\*\* Professôra de Enfermagem Pediátrica — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — SP.

as realidades da comunidade brasileira, procurando um atendimento o mais adequado possível ao bem estar humano.

Disse GLÓRIA LEIFER, na introdução do Symposium on the Nurse and the Ill Child: "A enfermagem na nova pediatria oferece uma visão moderna para a enfermagem mundial de amanhã, com esta mudança de valores e novas demandas para as necessidades, identificadas claramente nos objetivos de enfermagem".

O atendimento à criança doente que era a Enfermagem Pediátrica Hospitalar, cedeu lugar ao atendimento a família, que é a Enfermagem Pediátrica Social, abrangendo a criança desde o início de sua formação até a adolescência, num conjunto de necessidades próprias, especiais e inerentes a ela e orientando a família para que um eixo único de direção, no qual o que mais recebe, o mais aquinhado é a criança. O conceito de que enfermagem pediátrica é só o cuidado da criança doente persiste na mentalidade leiga, mas o que é mais agravante, persiste ainda na mentalidade do profissional de saúde, na nossa mentalidade.

A própria psicologia nos mostra que o descondicionamento de conceitos formados e de comportamentos, não é fácil. Teoricamente acreditamo-nos capazes de tal transformação, entretanto esbarramos ao primeiro obstáculo para nos acomodarmos nos princípios antigos, pois a resistência à mudanças é um fato que não deve ser negado no contexto de nosso comportamento psicológico. Mister se faz que reeduquemos nossas mentalidades na nova conjuntura de ação, e uma vez conscientizados da nossa responsabilidade de educadores, possamos ajudar o aluno de enfermagem a desempenhar o papel que lhe cabe na equipe de saúde, com a qual deve se identificar para desenvolver a verdadeira e nova pediatria.

Já não podemos pensar em enfermagem pediátrica sem pensarmos numa equipe de saúde, composta de vários elementos interprofissionais e interligados no mesmo objetivo: Professora de Enfermagem Pediátrica, Médico Pediatra, Médico Sanitarista, Enfermeira Pediátrica, Enfermeira de Saúde Pública, Enfermeira de Ambulatório, Psicóloga, Nutricionista, Assistente Social, cada qual atuando no seu setor, interdependentes com as atividades de toda equipe que se centraliza, como vimos anteriormente, na comunidade, na família, na criança.

Não é difícil reconhecermos que uma criança sem família é um ser incompleto do ponto de vista bio-psico-social. Os agravos decorrentes dessa situação com conseqüências desastrosas para o "homem do amanhã", na mutilação da sua personalidade, através do desequilíbrio das suas aquisições, das suas frustrações sucessivas fazendo-o olhar o mundo pela "janela do negativismo e da descrença",

fizeram com que o grito de alerta que já se fazia tardar, encontrasse eco e ressonância em todos aqueles responsáveis direta ou indiretamente pela situação. Daí estarmos empenhados em uma luta que está fadada à vitória através do que virá a ser a criança de hoje, no futuro promissor do amanhã.

Sugerimos anteriormente que a enfermagem é em parte responsável pelas necessidades de saúde da comunidade, funcionando como membro desse grupo de multiprofissionais interrelacionados.

Como fazer para entrosarmos o aluno nesta nova conceituação de enfermagem pediátrica? Como fazer para que ele participe no seu aprendizado de uma nova maneira de trabalho capaz de lhe dar uma vivência diferente e completa, levando-o a sentir as vantagens dessa equipe interdependente e assim consiga, quando profissional, enquadrar-se sempre como uma parte num todo, em prol da saúde da comunidade?

A interação interprofissional pode proporcionar recursos necessários para que se unifiquem os planos, programas e diretrizes. Devemos ter uma filosofia que motive nossas ações levando, através dos objetivos, às finalidades que são precisamente as necessidades do paciente centralizado. Deriva-se daí todo nosso campo de ação.

É estranha a expressão "a nova pediatria", pois sempre se cuidou da criança e convenhamos, os pais entravam quando necessário no programa de atendimento. Entretanto não deve haver "quando necessário", mas **sempre** é necessário o entrosamento com os pais, os outros familiares, e às vezes com a comunidade em que vive a criança. O nosso aluno precisa receber de nós a cristalização desta idéia e, juntamente conosco pô-la em prática. Temos que coordenar todas as oportunidades no campo do ensino ou provocá-las, quando não satisfaçam pelo menos as exigências mínimas do programa.

A Pediatria Social estende-se à comunidade, orientando a família, prevenindo paulatinamente os tão debatidos "males da ignorância" na vida da criança que, não são outros, senão os **erros alimentares**, nas conseqüências desastrosas de diarreias, de vômitos, de desidratação e de distúrbios crônicos e agudos da nutrição; e a **verminose** com seus efeitos negativos no organismo infantil. Esses males nós podemos e precisamos saná-los.

A Enfermagem Materno-Infantil no binômio mãe-filho dá ao aluno uma visão interligada das necessidades de ambos. A tendência moderna do "Roming In" tem um significado muito importante, vindo de encontro ao desejo de darmos à criança, quando hospitalizada, a continuação o mais aproximado possível do seu lar. Infelizmente o nosso aluno, às mais vezes, não tem esta vivência, indo encontrar a criança hospitalizada sem nenhum dos seus fa-

miliares. Na própria organização de um Hospital de Clínicas nem sempre é possível o acompanhante do doente, contudo, se todos os hospitais abrissem suas portas facilitando a permanência dos familiares, as condições sócio-econômicas destes nem sempre lhes permitiriam essa permanência junto à sua criança.

JAMES ROBERTSON no seu livro *Young Children in Hospitals* comenta que uma criança de dois anos aprecia sua mãe como uma pessoa particular e tem fome do seu amor; que no crítico estágio de desenvolvimento da criança jovem, ela sendo admitida sòzinha no hospital, experimenta uma série de frustrações, comprometendo seu amor e a sua segurança, podendo marcar a sua personalidade que se tornará menos confiante e menos segura na vida.

O "Roming In" não seria então só para R.N. e sim para crianças até a segunda infância. Seria ideal vermos a mãe cuidando do seu filho no lar, no hospital quando doente, e novamente no lar quando retornasse a êle, não sofrendo conseqüentemente, solução de continuidade a ligação mãe-filho, no seu triplo aspecto bio-psico-social, e assim o aluno acompanharia de perto o desenvolvimento da criança e o cuidado dado pela mãe orientado por nós.

Para realizarmos nossos trabalhos, elaboramos as seguintes unidades do programa de Enfermagem Pediátrica:

- Unidade I — Desenvolvimento bio-psico-social da criança
- Unidade II — Neo-natologia
- Unidade III — Puericultura
- Unidade IV — Dietoterapia Infantil
- Unidade V — Aubulatório
- Unidade VI — Patologia Infantil

Nestas unidades vai o aluno desde o início se ajustando à convivência com outros profissionais unindo a teoria à prática.

Na unidade I, ou seja **Desenvolvimento**, a psicóloga, a socióloga e a professôra de enfermagem procuram mostrar o desenvolvimento bio-psico-social da criança sadia. Assim vai o aluno estudando a criança na 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> 3.<sup>a</sup> infância e adolescência, vai entrando em contato com ela em creches, parques e escolas, daí conhecendo de perto as fases do desenvolvimento humano. Não é apenas a criança sadia que o aluno vê e estuda, pois a criança internada não é um ser só fisicamente doente, também o é social e psicologicamente. Isto vai de encontro à filosofia da Nova Pediatria ou Pediatria Social que visa, como vimos anteriormente a criança no seu desenvolvimento integral, tanto na prevenção quanto na cura. Esse trabalho

não para aí, vai se integrando em todo desenrolar do curso de Enfermagem Pediátrica.

Na unidade II, **Neo-natologia**, juntamente com a professora de obstetrícia e o pediatra berçarista especificamente, damos ao aluno uma visão ampla das primeiras necessidades do R.N. na sua vida extra-uterina e das ansiedades e ajustamento da mãe à nova situação. A oportunidade é excelente, pois a mãe está motivada para prepará-se não só naquêlo momento, e nem só para aquêlo filho, mas ajustar-se para desempenhar suas funções junto aos outros filhos, com diferentes idades e com necessidades também diferentes.

A unidade III, **Puericultura**, junto com a professora de Saúde Pública levamos o aluno a aprender tudo o que é necessário a criança sadia. A "Consulta de Puericultura", no seguimento à criança sadia pode ser feito normalmente pela enfermagem e o nosso aluno vive essa experiência embora rapidamente indo praticá-la em maior escala, no seu estágio de Saúde Pública. Portanto, dentro da Saúde Pública comparar, medir, analisar valores, necessidades, perdas, ganhos e o desenvolvimento da criança sadia é tarefa que já compete a enfermagem desempenhar.

A unidade IV, **Dietoterapia Infantil**, junto com a nutricionista damos ao aluno um programa orientado de teoria e prática da alimentação e necessidades nutricionais da criança; êste capítulo, realmente importante, leva o aluno a ensinar a mãe a importância da alimentação natural e o condicionamento para o desmame tardio, pois sabemos que o desmame precoce, com suas conseqüências de desnutrição também precoce, já é um assunto que está pondo em alerta os profissionais. As causas de desmame já as suspeitamos, falta pesquisar a sua veracidade. O aluno aprende ainda nesta unidade a usar os recursos do meio para a elaboração de um cardápio equilibrado para a alimentação da criança, seu valor nutritivo e as possibilidades aquisitivas dos pais.

Na unidade V, **Ambulatório**, juntamente com a professora de Saúde Pública a enfermeira de ambulatório, o pediatra e a assistente social formamos uma equipe, onde o aluno aprende a lidar com a criança doente não hospitalizada e os inúmeros problemas familiares aí apresentados tendo a visita domiciliária como ponto principal para orientação, usando recursos dos diversos grupos sociais da comunidade.

Na unidade VI, **Patologia Infantil**, temos um campo enorme de ação da mesmo equipe citada anteriormente, ou seja, o médico pediatra a nutricionista, a psicóloga e a assistente social. O aluno desenvolvendo técnicas especiais e cuidados de cabeceira à crianças acamadas, observando as reações e sintomatologia apresentadas,

num plano elaborado para cobrir as necessidades da criança, vai desenvolvendo sua capacidade de observação e o quanto significa para o organismo infantil certas patologias com efeitos secundários terrivelmente dolorosos. É enfim um aprimoramento de todo aprendizado numa atuação criança-família.

É importante que dentro das unidades do programa, o ideal de pesquisa dos alunos seja sempre reforçado, pois nossa finalidade não é preparar apenas o profissional, mas também, estimular o pesquisador em enfermagem.

Pela situação exposta concluímos que pouco ou nada realizaremos sòzinhos. O programa apresentado só será efetivo se tivermos condições ambientais propícias, pois sabemos que as necessidades das crianças são inúmeras, em mesmo que ela tivesse a mãe ao seu lado quando hospitalizada, existem também outros fatores que interferem de perto na formação da sua personalidade, tais como: estudo, recreação, ar livre, etc. É muito mais cômodo tentarmos adaptar a criança às situações artificiais de vida dentro do hospital, do que modificarmos e reformarmos atitudes, estruturas, regras e procedimentos hospitalares, para darmos aquilo que a criança de fato precisa. Então, o que se vê comumente, é uma clínica pseudo-adaptada para pediatria quando deveria haver uma clínica condicionada às necessidades biopsico-sociais da criança. É comum se ouvir que a mãe atrapalha o andamento do cuidado à criança hospitalizada então, o que primeiro nos ocorre é afastar a mãe. Isto não é enfermagem pediátrica. É possível acreditarmos, que às vezes, a ignorância e angústia do pais possam servir de transtornos aparentemente, mas isto não quer dizer que afastarmos os pais é a melhor solução. Esquecemos que o filho é dêles? Esquecemos o seu desequilíbrio emocional no momento? Acalmá-los, fazê-los conhecer onde o filho está e como está, que permaneçam tanto quanto possível ao lado da criança, isto é, remédio tanto para o filho como para os pais.

A tendência moderna das escolas maternas, pré-primária e primárias é proporcionar tanto quanto possível, ambiente semelhante ao da criança no seu relacionamento cotidiano. Façamos o mesmo com nossas clínicas pediátricas, lutemos para que nelas possa existir pelo menos visita diária dos pais, professora para continuação do estudo interrompido com a internação, recreacionista para promover a recreação da criança, áreas abertas com jogos e brinquedos para as suas diferentes idades, tendo sempre em mente a supervisão dos profissionais especializados da equipe.

Pensamos numa clínica ideal? Não. Pensamos nas necessidades e os desejos reais dos nossos filhos, nas necessidades e desejos de toda criança sãdiamente irrequieta e transportamo-nos para o hospital onde as necessidades e desejos da criança doente não são menores.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA,, Glete de — Formação e aperfeiçoamento da enfermeira em face das exigências modernas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 17(16): 408-419 p. dez., 1964.
- CARVALHO, Amália C. — Campos de estágio para escolas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 14(6): 535-539, Dez., 1961.
- GARCIA, Lourdes R. e RIBEIRO, Circe de M. — Padrões mínimos para campo de prática de estudantes de enfermagem (IV Simpósio: Problemas de Enfermagem Hospitalar). **Revista Brasileira de Enfermagem**, 21(5): 369-374 p. out., 1968.
- LEIPER, G. — Ed. The Nurse and the ill child (Symposium on the nurse and the ill child). in: **The Nursing Clinics of North America**. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London — 1: (1) — March 1966, 73-93 p.
- NEILL, Alexander S. — **Liberdade sem medo** — Prefácio de Erich Fromm, Tradução de Nair Lacerda. 2.<sup>a</sup> edição. S.P., IBRASA (1965), 376 p.

## ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA PARA AUXILIARES DE ENFERMAGEM SUGESTÃO DE PROGRAMA

\* Maria Aparecida Minzoni

\* Maria Ignez Barini

Porque ensinar Enfermagem Psiquiátrica para Auxiliares de Enfermagem.

Segundo SEGARRA (1), a função do hospital moderno passou de "asilar" para a de diagnóstico-terapêutico. Esta última função ativa, tornou o hospital uma instituição cuja finalidade é recuperar, reabilitar e ressocializar o doente. Nesse sentido, sabe-se que os hospitais psiquiátricos brasileiros também estão tentando modificar seu tipo de assistência, passando de uma era de hospital "custodial" para teralêutica ativa compreendendo uma transformação de ambiente com mais liberdade e mais responsabilidade para o doente mental (2). Essa necessidade de modificação com tôdas as exigências correlatas foi o motivo da realização do "Colóquio sôbre problemas e necessidades da psiquiatria assistencial e preventiva no país", em Pôrto Alegre em 1967. Dêsse colóquio surgiu a seguinte conclusão"... o que se tem observado é uma grande deficiência na assistência psiquiátrica hospitalar, o que se evidencia no deficit generalizado de leitos hospitalares, de **peçoal técnico**\*\* e na precariedade de instalações." (3). Ainda como resultado do colóquio, saiu uma recomendação para que fossem feitos levantamentos sôbre a assistência psiquiátrica no país, a fim de que se obtivessem dados reais e se pudesse iniciar trabalhos de reforma a partir dêles. Dr. Luiz Cerqueira, mesmo antes dessa data, já havia iniciado um trabalho de levantamento nesse sentido. Dos trabalhos realizados por êsse autor (4 e 5) observa-se que a maioria do pessoal que trabalha em enfermagem nos hospitais psiquiátricos é constituída de guardas e vigilan-

---

\* Professôres da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto.

\*\* O grifo é dos autores.

tes,".. que entretanto não podem ser incluídos efetivamente na equipe por serem, de um modo geral, de um primarismo incompatível com o diálogo impessoal" (4).

Diante dessa situação os autores sentem reforçadas suas idéias em relação ao aproveitamento do pessoal auxiliar de nível médio para suprir, em parte\*, as deficiências do cuidado de enfermagem dispensado ao doente mental. Essa sugestão justifica-se porque o pessoal deste nível existe em maior número quando comparado ao pessoal de enfermagem de nível universitário, conforme demonstram as estatísticas existentes (6) e, por ser mais econômico para os hospitais.

Essa sugestão conduz a outro problema — preparo do auxiliar de enfermagem. Nesse campo, conforme ficou demonstrado em trabalho anteriormente realizado (7), apenas 34% das escolas incluem a disciplina de enfermagem psiquiátrica no currículo dos auxiliares. Este fato leva os autores a pensar se não será responsabilidade das Escolas de Enfermagem preparar os auxiliares de enfermagem também, em enfermagem psiquiátrica. Este pensamento e mais os pedidos constantes que esta escola tem recebido para o envio de programas e conteúdo da matéria ministrada no curso de enfermagem psiquiátrica para os auxiliares, objetivaram a realização desse trabalho.

O que ensinar de enfermagem psiquiátrica para os Auxiliares de Enfermagem.

O primeiro passo a ser dado é definir o que se espera do auxiliar de enfermagem nos hospitais psiquiátricos. Espera-se de uma maneira geral, que ele dê **eficientes cuidados de enfermagem** aos doentes mentais. Mas, em que consistem esses cuidados, que atividades eles compreendem? A fim de responder estas questões procurou-se descrever o que se espera do auxiliar de enfermagem definindo, assim, os objetivos do programa.

**Objetivos específicos** — O auxiliar de enfermagem deve ser capaz de:

- dizer quais os tipos de assistência que a comunidade oferece ao doente mental;
- observar com objetividade o comportamento do doente mental;

---

\* Foi usada a expressão **em parte** porque o auxiliar de enfermagem está preparado para cuidar do doente mas, não o está para as funções de Supervisão e Administração.

fazer comunicações objetivas, verbais ou por escrito, do comportamento observado no doente mental;

- identificar as alterações no comportamento do paciente que indicam doença mental;
- dizer quando o doente necessita receber cuidados físicos diretos do pessoal de enfermagem e quando êle precisa sômente ser estimulado para cuidar-se;
- dar cuidados físicos ao paciente, quando necessário;
- estimular o paciente a cuidar-se, de acôrdo com os princípios aprendidos;
- preparar o ambiente para os tratamentos psiquiátricos específicos;
- preparar o paciente para receber os tratamentos que serão ministrados;
- cuidar dos pacientes quando estão sendo submetidos a tratamentos específicos;
- manter um ambiente hospitalar harmonioso (ou terapêutico) junto aos doentes mentais;
- manter um relacionamento com o paciente de acôrdo com o comportamento por êle apresentado;
- recepcionar o doente mental ao ser admitido, de acôrdo com as regras hospitalares e os princípios de enfermagem aprendidos;
- executar suas funções no hospital como membro da equipe psiquiátrica.

Observe-se ainda que dar **cuidados eficientes de enfermagem** implica em atitude interna de compreensão e aceitação do doente mental como uma personalidade e como membro de uma família e da comunidade (8). Essa atitude de compreensão e aceitação se manifesta através do comportamento do pessoal de enfermagem, seja colaborando com a equipe de tratamento ou com a administração seja dando cuidados diretos ao paciente. Essa atitude envolve ainda ter sempre presente que a recuperação do doente mental significa também a sua reintegração na família e na sociedade.

Tendo em vista os objetivos especificados e a necessidade de ajudar o estudante a desenvolver essa atitude interna de compreensão e aceitação do doente mental\*, foi elaborado o programa a seguir:

### **PROGRAMA DO CURSO\*\***

Unidade I — O auxiliar de enfermagem se integra no hospital psiquiátrico.

1. O doente mental e a sociedade.

- 1 A Assistência psiquiátrica através do tempo.
- 2 A aceitação do doente mental no hospital, na família e na sociedade.

2. O ambiente hospitalar psiquiátrico.

- 1 A equipe de tratamento e de enfermagem.
- 2 O hospital como uma pequena comunidade.
- 3 Admissão e alta do paciente.

3. Funções do auxiliar de enfermagem.

- 1 Observação e comunicação do comportamento do paciente.
- 2 Inter-relacionamento com o paciente.
- 3 Cuidados físicos que o paciente necessita.

- 3.1 proteção da paciente.
- 3.2 higiene do paciente.
- 3.3 alimentação do paciente.

4. Cuidados aos pacientes nos tratamentos específicos.

- 4.1 terapia medicamentosa.
- 4.2 convulsoterapia.

---

\* Sabemos que segundo Mager os objetivos em termos de atitudes não podem ser medidos, portanto, não deveriam ser considerados. Todavia, temos como meta, ao ministrar esse curso, que cada estudante desenrolva melhor compreensão do doente mental.

\*\* O conteúdo do programa foi baseado nos livros: (9) e (10).

4.3 insulino-terapia.

4.4 terapia ocupacional e recreacional.

4.5 Psicoterapia.

#### 4. Princípios éticos aplicados à enfermagem psiquiátrica.

Unidade II — O auxiliar de enfermagem identifica alguns tipos de comportamento do doente mental e dá cuidados específicos de enfermagem.

1. Pacientes hiperativos.
2. Pacientes hipoativos.
3. Pacientes que se isolam.
4. Pacientes negativistas.
5. Pacientes regressivos.
6. Pacientes com delírios e alucinações.
7. Pacientes agressivos.
8. Pacientes com problemas sexuais.
9. Pacientes que controlam a ansiedade por meio de rituais.
10. Pacientes que projetam sua ansiedade nos outros.
11. Pacientes que utilizam bebidas alcoólicas.
12. Pacientes que apresentam crises convulsivas.
13. Pacientes com retardamento mental.

Como ensinar enfermagem psiquiátrica aos auxiliares de enfermagem.

Desde 1960 a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto tem incluído no seu currículo, cursos regulares de enfermagem psiquiátrica para os auxiliares de enfermagem. O resultado dessa experiência é a utilização dos métodos de ensino que são apresentados nesse trabalho. Não se chegou à situação atual repentinamente, mas através de avaliações e modificações no programa e na forma de ministrá-lo, a cada nova turma que passava pelo curso.

A fim de que o leitor possa observar melhor, para que nível de pessoas o programa foi organizado e como os alunos têm correspondido ao ensino incluiu-se, os quadros I, II e III onde aparecem a idade, o nível de escolaridade dos estudantes e a avaliação do curso de enfermagem psiquiátrica.

## QUADRO I

Idade dos estudantes o curso de auxiliar de Enfermagem matriculados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Grupo etário	Ano									
	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	Total	
18	23	5	4	6	7	9	3	2	6	42
23	28	5	7	12	2	4	4	7	6	47
28	33	2		4	2	3	2	3	2	18
33	38		1		1	2		1	2	7
38	43	1					1		2	4
43								1*		
Total		13	12	22	12	18	10	14	18	119

\* Um estudante com 44 anos de idade

## QUADRO II

Escolaridade dos estudantes — auxiliares de enfermagem — matriculados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Escolaridade	Ano									
	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	Total	
Primário**										
1.º ciclo secundário	C	10	6	5	7	9	5	2	8	52
	I	3	3	10	2	2	2	6	3	31
Total			3	7	3	7	3	6	6	36
		13	12	22	12	18	10	14	17*	118

C = secundário completo I = secundário incompleto

\* Um estudante com o curso secundário 2.º ciclo completo

\*\* Todos com primário completo

**QUADRO III**

Avaliação dos estudantes — auxiliares de enfermagem — que frequentaram o curso de enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Avaliação	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	Total
<b>Ótimo</b>									
		3		1	4	4		1	13
<b>Muito bom</b>	3	2	7	2	5	3	8	5	35
	3	1	6	2	8	2	6	9	37
<b>Bom</b>	7	6	9	7	1	1		3	34
<b>Regular</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Total</b>	13	12	22	12	18	10	14	18	119

Observando-se os três quadros apresentados verifica-se que a maioria dos estudantes estão entre as idades de 18 e 27 anos e que a partir de 33 anos de idade o número de alunos diminui.

De todos os estudantes matriculados na escola 43,7% só têm o curso primário completo, seguindo-se os que têm curso secundário incompleto, 30,5% e por último aqueles com curso secundário completo (26,8%). No entanto, ao comparar-se os estudantes com curso secundário completo e incompleto com os que possuem apenas o primário constata-se que a maioria já cursou ou está cursando a escola secundária.

A análise da avaliação dos estudantes (quadro III) mostra que a maioria está classificada com o conceito **Bom** e **Muito Bom**. Convém esclarecer aqui que o curso é organizado dentro do nível dos estudantes e as exigências para avaliação do aprendizado se baseiam exatamente no que foi ministrado durante o mesmo.

Nenhuma análise mais profunda dos quadros está sendo feita, porquanto, o que se pretendeu com sua apresentação foi apenas descrever em seus aspectos de idade, instrução prévia e aproveitamento do curso, a população dos alunos auxiliares de enfermagem.

**MÉTODOS DE ENSINO UTILIZADOS**

Sendo o curso programado em 140 horas e a proporção entre ensino teórico e prático de 1:3, quarenta e seis horas (46) são destinadas à parte teórica e noventa e quatro horas (94) às atividades práticas. O ensino teórico segue o programa já descrito que é desen-

volvido através de aulas expositivas acompanhadas de material audio-visual, estudos em grupo e grupos de discussão com e sem o professor.

Através da avaliação, os alunos têm mostrado preferir o estudo em grupo que é feito com material preparado pelos professores. Esse material é constituído de fichas coloridas contendo a matéria escrita de forma simples, com vocabulário fácil e muitas ilustrações. As fichas são agrupadas de acordo com o assunto e foram confeccionadas várias iguais (contendo o mesmo assunto). Alguns alunos, após o estudo, levam as fichas para casa para tomar apontamento ou estudá-las melhor. As fichas são acessíveis aos alunos para que possam reestudar um assunto, quando tiverem necessidade.\* A classe é dividida em pequenos grupos, de 5 a 7 estudantes, os quais recebem as fichas e têm de algumas horas para estudá-las. O tempo varia conforme o assunto. Após o estudo a classe toda estuda a matéria com o professor, as dúvidas são levantadas e explicações suplementares são fornecidas. Terminada a discussão cada aluno se submete à avaliação escrita previamente preparada. As verificações são corrigidas, comentadas com os estudantes e devolvidas.

Algumas fichas foram preparadas com parte do assunto a ser estudado e a complementação é feita em classe pelo professor; outras, contém o assunto completo. Exemplos: **Aula de observação do paciente**. Os aspectos gerais sobre o que é observação, características de observação são estudados na ficha, enquanto que — o que observar no paciente — é dada em classe pelo professor.

Mostraremos a seguir dois exemplos de fichas.

### FICHA 1

#### Como deve ser o relatório de enfermagem

Os relatórios de enfermagem psiquiátrica são bem diferentes das anotações que se faz em outras especialidades. Não se anota simplesmente as ocorrências, mas todo o comportamento do paciente é descrito, no fim de cada plantão. Apesar disso, algumas situações são relatadas no momento em que ocorrem como as fugas, suicídios e acidentes .....

---

\* A facilidade com que o material é colocado à disposição do aluno trouxe um problema de ordem econômica, perderam-se muitas fichas.

**FICHA 2****AUX. DE ENFERMAGEM:****INTERPRETAÇÃO**

João sei que você está muito zangado com o que aconteceu ontem. Podemos conversar sobre o assunto, eu o ouvirei com prazer.

Esta é uma atitude de simpatia e bondade para com a paciente. O auxiliar está mostrando interesse pelos dissabores do paciente; esta sendo ... ..

As atividades práticas são executadas no hospital psiquiátrico, onde os alunos têm a oportunidade de treinar suas habilidades, dando os cuidados de enfermagem aprendidos, e de desenvolver sua capacidade de observação, comunicação e identificação de algumas das necessidades e comportamentos apresentados pelos pacientes. Além disso, sua atitude ao interrelacionar-se com o paciente é observada e comentada pelo professor. Cada estudante, não só dá cuidados aos pacientes mas, deve ainda, preencher uma ficha semanalmente, onde o comportamento do paciente é descrito e os cuidados de enfermagem são relatados. Essa ficha é corrigida pelo professor e depois discutida com os alunos.

**FICHA DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do aluno .....Semana de .....  
 Nome do paciente .....

**Descrição do comportamento do paciente:**

Paciente como com as mãos urina na roupa e passa o tempo falando sozinho.

**Descrição dos cuidados de Enfermagem:**

Ajudar o paciente a se alimentar, sentando-se ao seu lado oferecendo-lhe o talher e elogia-lo sempre que ele use o talher.

Esta ficha não é preenchida com facilidade pelos alunos. No entanto, ajuda-os a pensar mais detidamente no paciente e nos cuidados de enfermagem que estão dando. Por outro lado, ajuda o professor a acompanhar mais de perto o desenvolvimento dos estudantes e é um valioso auxiliar para a orientação deles.

A avaliação é feita através da observação do comportamento do estudante. Observa-se sua participação nos grupos de estudo e nas discussões; as respostas dadas nos testes de verificação; o conteúdo da ficha de observação do paciente; o seu relacionamento com os doentes e a execução dos cuidados de enfermagem. Para isso o professor utiliza um sistema de anotação individual, onde os progressos do aluno são acompanhados com freqüência e discutidos com êle em entrevistas individuais. Essas anotações são feitas em uma fôlha própria, conforme mostra o exemplo a seguir.\*

#### Ficha de ocorrências

Disciplina . . . . . Classe . . . . . Período . . . . .  
Nome do Aluno . . . . .

Ocorrências	Observação
1/7/68 — Estudante chegou atrasado no estágio pela 3. <sup>a</sup> vez.	3/7/69 — Entrevista individual. Foi discutido com o estudante as razões do seu atraso e afastamento dos doentes.
Continua a se afastar dos pacientes, não conversa com êles, fecha-se no pôsto de enfermagem.	O estudante falou de suas dificuldades e foi orientado como se relacionar melhor com os pacientes.

Deve-se esclarecer que essa fôlha não contém os problemas ou confidências que o aluno possa fazer ao professor. Limita-se às observações de ordem geral referentes ao seu desenvolvimento no estágio e orientações recebidas durante o curso.

Os autores têm percebido que a forma de apresentação do curso tem sido um fator muito importante, além de outros, para a sua aceitação. No primeiro dia de aula, cada estudante recebe uma ficha, um dêles a lê em voz alta e os outros o acompanham em silêncio. Após a leitura inicia-se os comentários em tórno da especialidade

\* As fichas de observação do paciente e de ocorrências não são criações originais dos autores. Foram aprendidas com Desdemona B. Fernandez, professora de enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Recife. Com o tempo de uso elas sofreram modificações.

e as idéias e preconceitos de cada um são expostos e discutidos. Somente após essa discussão é apresentado o programa e a forma com êle será desenvolvido. A ficha de abertura do curso é a seguinte:

**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Enfermagem Psiquiátrica**

**CURSO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM**

É como grande prazer que nós a(o) recebemos em nossa "Unidade de Trabalho" que ora em diante será **sua** também. Você será um elemento importante dentro da equipe de tratamento e sua contribuição será muito valiosa.

O doente mental é uma pessoa cujo mundo ficou muito reduzido devido aos grandes problemas que o acompanham. Nós, as pessoas que estamos sempre com êle, fazemos parte desse mundo. Temos, portanto, papel importante junto ao doente e êle espera de nós e, esperará de **você**, atenção, carinho, compreensão, energia; bondade e eficiência. Quando você sentir o quanto é valiosa sua atuação junto ao paciente, você achará fácil o seu trabalho.

**Seja bem-vinda(o)**

**BIBLIOGRAFIA**

- SEGARRA — Adolfo Serigó — Evolución del concepto de hospital. **En Hospital Madrid**, 1969, 25 (1): 7-13.
- NUNES, Portela e QUILELI, Roberto — Uma experiência de comunidade terapêutica. Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Neurologia e Higiene Mental, Rio de Janeiro, julho de 1969.
- Relatório do colóquio sobre problemas e necessidades da psiquiatria assistencial preventiva no país. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, 1967, 7 (único): 141-143.
- CERQUEIRA, Luiz — Por uma psiquiatria Social, ed. part., Rio de Janeiro, 1968, p. 44.
- CERQUEIRA, Luiz — Novos levantamentos sobre o hospital psiquiátrico Psiquiatria realizado no Rio de Janeiro em julho de 1969.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — Dados estatísticos sobre pessoal de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 1965, 28 (213): 178-182.
- MINZONI — Maria Aparecida — Ensino de Enfermagem Psiquiátrica nos cursos de Auxiliares de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 1966, 29 (2 e 3): 85.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — Comitê de expertos en enfermeria psiquiátrica. Série de informes técnicos n.º 105, 1.º informe, Ginebra, out. 1956.
- MERENESS e KARNOSH — Elementos de enfermeria psiquiátrica. Centro Regional de Ayuda Técnica, México, (1964), 351 p.
- ROBINSON, Alice — The psychiatric Aide. J.B. Lippincott, Philadelphia, (1956), 185 p.

# O ENSINO DOS INSTRUMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

\* Wanda de Aguiar Horta  
\*\* Yoriko Hara  
\*\* Nara Sena de Paula

## I — INTRODUÇÃO

Consideramos que as funções básicas do enfermeiro sejam: a determinação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração e execução do plano de cuidados, a liderança da equipe de enfermagem e a colaboração com outros profissionais para atendimento das necessidades globais do paciente.

Tendo em vista estas funções, as escolas de enfermagem se preocupam em incluir, nos seus currículos, atividades que promovam a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das habilidades necessárias ao desempenho eficiente dessas funções e de outras atividades profissionais correlatas.

No ensino de Fundamentos de Enfermagem alguns desses conhecimentos e dessas habilidades são considerados instrumentos básicos indispensáveis ao desenvolvimento profissional do estudante. São eles: comunicação, planejamento, avaliação, método científico ou de problema, observação, trabalho em equipe, destreza manual e criatividade.

Nêste trabalho temos por objetivo relatar como é feito o ensino dos instrumentos básicos aos estudantes do primeiro ano da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Como nossa experiência com o ensino dos instrumentos básicos de enfermagem data de poucos anos não contamos ainda com dados que nos possibilitem tratamento estatístico dos fatos aqui apresentados, pelo que nos limitamos a descrevê-los.

---

\* Professôra de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

\*\* Instrutoras de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

## II — DEFINIÇÕES

Para melhor compreensão do que pretendemos expor, daremos a seguir definições que consideramos fundamentais e das quais decorre o conceito proposto de instrumentos básicos de enfermagem.\*

Com apoio em definição pedagógica, instrumento é objeto utilizado como meio de alcançar um fim e instrumental pedagógico, é o conjunto de noções e hábitos indispensáveis ao estudo das diferentes matérias de ensino e para a prática dos exercícios educativos (3).

Apoiadas nestas duas definições às quais juntamos o vocábulo **básico** para tornar mais evidente que o que propomos estudar e o que julgamos ser a base no ensino da enfermagem profissional, concluímos que **instrumentos básicos na enfermagem** são o conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais.

## III — O ENSINO DOS INSTRUMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM EM FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Durante os nossos anos de experiências no ensino de Fundamentos de Enfermagem, sentimos que não era suficiente e não satisfazia aos estudantes, nem a nós, a ênfase dada ao desenvolvimento da habilidade técnica. Ano após ano fomos sentindo que precisávamos desenvolver outras habilidades que eram tão ou mais significativas que a já mencionada. Lentamente fomos tomando consciência desta necessidade procurando então, pouco a pouco, definir aquelas que achávamos de fundamental importância para o enfermeiro. Em 1965 incluímos experimentalmente em nosso programa o ensino dos instrumentos básicos acima citados; e os introduzimos oficialmente em 1967, ao mesmo tempo em que definíamos de maneira precisa os nossos objetivos.

Na metodologia formal e informal de ensino, no que se refere aos instrumentos básicos, seguimos uma única orientação: partimos de uma filosofia por nós elaborada e discutida no que diz respeito à educação e à enfermagem, isto é, a idéia fundamental de que o estudante é um indivíduo com potencialidades a serem identificadas, conscientizadas, orientadas e desenvolvidas; que sua formação profissional se inicia adquirindo conhecimentos, habilidades e pelo desenvolvimento de atitudes específicas.

---

\* Quando, daqui em diante nos referirmos a instrumentos básicos, trata-se de instrumentos básicos de enfermagem.

O ensino formal é programado para a primeira semana do curso, chamada "Semana de orientação", e é desenvolvido sob a forma de aulas teóricas dinamizadas com a participação dos alunos.

Os assuntos abordados em 8 horas de aula para a introdução aos instrumentos básicos são: o método científico, orientação ao planejamento, à comunicação, ao trabalho de equipe, à bibliografia, ao ensino e aprendizagem.

O ensino informal segue-se a esta introdução teórica. É realizado pela integração dos instrumentos básicos em todas as disciplinas que estão sob a orientação direta ou coordenação de Fundamentos de Enfermagem. Realizamos esta integração aplicando as noções já adquiridas às seguintes atividades didáticas:

- a) ensino em campo clínico;
- b) métodos ativos de ensino (simpósio, seminário, relatório oral, discussão de grupo, visitas, dramatização, observações, estudo dirigido, etc);
- c) trabalhos;
- d) provas de aproveitamento;
- e) avaliação pelos alunos (de cursos, de estudo dirigido e de suas apresentações nos métodos ativos);
- f) atividades extracurriculares, como levantamentos de recursos comunitários, programação da semana de enfermagem, cursos, visitas a instituições, etc.

Atribuímos ao ensino dos instrumentos básicos tal importância que estes foram incluídos e integrados no sistema de avaliação final para efeito de promoção.

Abordaremos a seguir, especificamente, cada um daqueles conhecimentos ou habilidades que julgamos compor os denominados instrumentos básicos na enfermagem, dando o seu conceito e a metodologia de ensino utilizada.

## **COMUNICAÇÃO**

Ato ou efeito de comunicar fazer saber, tornar comum, participar. A mensagem transmitida pela fonte deve ser compreendida pelo receptor.

A interação enfermeiro-paciente é constituída essencialmente de comunicação.

O ensino formal se inicia como parte integrante dos assuntos abordados na semana de orientação.

As aulas teóricas que fundamentam a comunicação ficam a cargo da disciplina de Enfermagem de Saúde Pública, quando são enfocadas diversas técnicas de comunicação como entrevista, palestra, demonstrações, etc.

Estes conhecimentos são aplicados nas entrevistas específicas para contacto com a equipe de enfermagem e de saúde, entrevistas com pacientes para histórico de enfermagem, com clientes em visitas domiciliares e no atendimento em centros de saúde.

O ensino da comunicação também é feito e aplicado em salas de aula na apresentação em relatórios, simpósios, seminários, dramatizações e discussão em grupo em que se observa a dinâmica de grupo; e informalmente, toda e qualquer comunicação do aluno, seja com colegas, pacientes, professores, ou equipe de trabalho é observada, analisada e aproveitada para ensino.

Accompanha-se ainda o desenvolvimento da aprendizagem do aluno, em termos de comunicação, através da avaliação diária de sua atuação no campo clínico.

### **PLANEJAMENTO**

É a ação de planejar e também o instrumento (ou plano) obtido. Planejar é elaborar um programa de ação. (7). O planejamento é um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise. (4).

O atendimento de enfermagem em qualidade e quantidade só é adequado quando resultante de um planejamento eficiente.

Durante a semana de orientação damos aos alunos noções sobre planejamento, como um dos princípios de administração.

São destacados sua importância, as características de um plano e o objetivo a ser alcançado. Antes do início da prática no hospital damos uma aula sobre plano de trabalho, como elaborá-lo e como definir seus objetivos, destacando a sua importância.

Antes do estágio há aula sobre plano de cuidados de enfermagem desenvolvendo-se, então todos os aspectos do planejamento de cuidados.

O ensino informal é feito pela orientação dos alunos nas diversas disciplinas. Todos os professores realçam a necessidade de planejar estudos e outras atividades. Os alunos fazem planos para confecção de material áudio-visual, para apresentação de simpósios, seminários, dramatizações e, o que é importante, os executam e avaliam.

Durante toda a prática no hospital apresentam planos de trabalho que são discutidos e avaliados diariamente. No estágio, além do plano de trabalho, o aluno faz e executa o plano de cuidados.

Nas folhas de supervisão do trabalho prático e no boletim de estágio há itens para avaliao do plano de trabalho e dos hábitos de planejamento.

### **AVALIAO**

 apreciao, medida. Na educao,  a verificao do rendimento da aprendizagem em sua extensão e profundidade, tendo em vista os objetivos propostos.  um processo integrante do desenvolvimento da aprendizagem.

Bsicamente, a avaliao se divide em auto-avaliao e avaliao propriamente dita (dos outros).

Para poder bem avaliar  necessário, inicialmente, que o indivíduo possa se auto-avaliar objetivamente.

Na enfermagem, trabalhamos com sêres humanos e  exigido de seu profissional o uso constante do poder de avaliao.

A avaliao objetiva e construtiva  um processo difícil, principalmente no que diz respeito  auto-avaliao.

O ensino formal da avaliao  feito inicialmente através da preleo dinamizada sobre método científico e planejamento, em que são salientadas sua necessidade e importância em qualquer empreendimento.

Aps êstes conhecimentos, segue-se o ensino informal. Êste se desenvolve durante todo o programa, através do seguimento dos alunos nas suas atividades escolares e em campo clínico. Assim, a avaliao  ensinada através de:

- auto-avaliao e avaliao sobre o trabalho dos colegas nas apresentaes dos métodos ativos de ensino, principalmente aps as discusses de grupo com aplicao da dinâmica de grupo;
- auto-avaliao e avaliao de grupo nas atividades em campo clínico: diariamente, aps o estágio;
- avaliao de grupo. Em casos de problemas da classe, como de relacionamento, atitude, etc.

Para toda avaliao são observados critérios estabelecidos segundo os objetivos do programa. Êstes são apresentados anteriormente aos estudantes para tornar mais fácil e objetiva a avaliao.

Independentemente da avaliao dos estudantes, os docentes também os avaliam e procuram se auto-avaliar constantemente, seguindo também critérios comuns pré-estabelecidos.

Após o término de cada disciplina é feita geralmente a avaliação sobre a mesma em relação ao conteúdo, método didático e atividades discentes.

### **MÉTODO CIENTÍFICO OU DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMA**

É o método lógico que utiliza o método científico e, segundo Frota Pessoa, consta das seguintes fases:

- observação;
- identificação do problema;
- definição e isolamento do problema;
- emissão de hipóteses ou teorias;
- comprovação das hipóteses por experimentação, raciocínio lógico ou pesquisa bibliográfica;
- análise e conclusões;
- generalização.

No desenvolvimento dessas fases são utilizados os processos de raciocínio indutivo-dedutivo e analítico-sintético.

Para solucionar problemas de enfermagem, o método de resolução de problemas pode e deve ser utilizado.

O ensino formal é feito através de aula teórica na semana de orientação, em que são fornecidos os fundamentos do método. Segue-se a aplicação desses conhecimentos nas situações práticas curriculares, tais como: algumas provas de aproveitamento, situações reais no hospital, experiências de laboratório, solução de certos problemas que surgem entre os alunos, identificação dos problemas do paciente para determinação do diagnóstico de enfermagem e execução do plano de cuidados.

O professor aproveita as situações novas que se apresentam para induzir o aluno a utilizar o método de problema, acompanhar seu raciocínio e analisar suas conclusões.

A evolução do desenvolvimento do aluno no uso do método científico é acompanhada principalmente pela avaliação subsequente dos planos de cuidados.

### **OBSERVAÇÃO**

É a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia; atenção que se dá a certas coisas.

Florence Nightingale assim se exprimiu sobre a observação: "sem o costume de observar de maneira rápida e atilada, nós, enfermeiras, seremos inúteis, mesmo com toda nossa abnegação" (8).

A observação é o primeiro passo para execução de todos os cuidados de enfermagem.

O ensino formal da observação é realizado em duas etapas. A primeira durante a semana de orientação, em que o assunto é abordado em aula sobre o método científico, dando-se ênfase à observação como o primeiro passo deste método, a sua importância na enfermagem e no estudo em geral. Na segunda etapa, já na metade do curso, quando abordamos as unidades do programa de Fundamentos, "Observação de Sinais e Sintomas" e "Observação sistematizada". Nessas aulas insistimos na importância da observação para a enfermagem, a responsabilidade do enfermeiro, o que, como, porque observar; anotação e registro das observações, a utilização da inspeção, palpação e ausculta na observação sistematizada. De maneira informal, a observação é desenvolvida nas ciências básicas, tendo como roteiro os manuais de estudo dirigido ou de laboratório. O aluno deve observar peças, lâminas, desenhar o que viu, fazer pequenas experiências, descrever as observações e resultados das experiências realizadas, além de responder a questionários e exercícios sobre o assunto estudado.

Nas disciplinas de enfermagem, o aluno recebe orientação oral ou escrita para observação de visitas a serviços de saneamento, a instituições de saúde e a aspectos de comunicação interpessoal, do comportamento do paciente diante de determinadas situações como, por exemplo, sua admissão ao hospital.

Durante todo o ensino prático e estágio o estudante é induzido a observar sinais e sintomas, comportamento do paciente e ambiente; faz o histórico de enfermagem de seus pacientes acompanhado da observação sistematizada.

Nas folhas de avaliação do trabalho prático há sempre itens relacionados à observação do paciente, ao ambiente, etc., permitindo que o aluno se autoavale e que seja orientado pelo professor.

### **TRABALHO EM EQUIPE**

Atividade sincronizada e coordenada, sem atritos, desenvolvida por um grupo estreitamente unido.

Hoje não se concebe mais um profissional que trabalha isoladamente. Na complexidade da estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro no desempenho de suas tarefas que geralmente são especializadas.

O ensino do trabalho em equipe é feito através de uma preleção na semana de orientação e, posteriormente, os estudantes passam a trabalhar e estudar em grupo.

O ensino informal e prático consta de:

- participação em métodos ativos de ensino em que é sempre analisada a dinâmica de grupo;
- confecção de material audio-visual;
- ensino em campo clínico: após a primeira fase do estágio que se destina principalmente a desenvolver a comunicação e destreza, os grupos de estudantes passam a ser responsáveis por uma tarefa. Recebem uma enfermaria com vários pacientes, escolhem um coordenador, distribuem as tarefas, planejam e executam o trabalho e fazem a sua avaliação.

Após a avaliação do aluno, é realizada a avaliação do professor que a integra no boletim final.

#### **DESTREZA MANUAL**

É a capacidade que o indivíduo tem de executar trabalhos manuais.

É indispensável na enfermagem um bom desenvolvimento da habilidade manual como um instrumento de trabalho e não como um fim.

Há ainda necessidade da habilidade manual nos laboratórios de Bioquímica, Fisiologia, Nutrição Microbiologia, Anatomia e Parasitologia, na execução de técnicas básicas de enfermagem e no manejo do material estéril, contaminado e limpo, bem como dos aparelhos e instrumentos utilizados na enfermagem.

O desenvolvimento da destreza manual se faz através do ensino das técnicas que exijam tal habilidade. Este aprendizado começa nos laboratórios das ciências básicas. Os cuidados de enfermagem que exigem habilidade manual são ensinados considerando-se o aumento gradativo de sua complexidade. O ensino das técnicas que exigem maior coordenação motora é ministrado em várias etapas para facilitar a aprendizagem.

A determinação do número de experiências para o desenvolvimento da habilidade manual de cada aluno depende de sua capacidade individual e resulta da observação do professor e auto-avaliação do estudante.

Após cada experiência é feita avaliação, tanto pelo aluno como pelo professor, que se baseiam em critérios comuns pré-estabelecidos nas folhas de supervisão.

#### **CRIATIVIDADE**

É a capacidade que tem o indivíduo de criar, utilizando-se dos seus recursos de imaginação e do espírito criador. A criatividade

é uma necessidade humana e todos os seres humanos a sentem em maior ou menor escala.

Sendo a enfermagem uma ciência aplicada, exige-se de seu profissional a utilização de recursos de imaginação e criatividade na aplicação dos princípios científicos para a assistência de enfermagem.

Por enquanto, o ensino dêsse instrumento básico tem sido só informal, e o realizamos da seguinte maneira: elaboração de técnicas de enfermagem pelos alunos que recebem como único subsídio os princípios científicos implícitos; pela dramatização de primeiros socorros, sendo o "script" e as situações de exclusiva criação dos alunos; modelo de apresentação do plano de cuidados, deixado a cargo da imaginação e criatividade de cada estudante, sendo os modelos apresentados corrigidos posteriormente, buscando-se possíveis aperfeiçoamentos; responsabilidade na manutenção do mural da sala de aula e a pesquisa de soluções possíveis para a resolução dos problemas de pacientes.

#### IV — APRECIÇÃO SÓBRE O RESULTADO DO ENSINO DOS INSTRUMENTOS BÁSICOS

Embora nossa observação não tenha sido baseada em dados estatísticos, pudemos notar que, após a introdução do ensino sistematizado dos instrumentos básicos, em Fundamentos de Enfermagem, houve uma diferença marcante no comportamento dos alunos, em relação aos anos anteriores.

No que diz respeito à **observação**, verificamos que a identificação dos problemas dos pacientes tornou-se mais fácil e rápida e, quanto ao **planejamento**, êste contribuiu na distribuição racional do tempo e na organização do trabalho.

O **método de problema** tem auxiliado no desenvolvimento da objetividade e, juntamente com a **criatividade**, têm possibilitado a atuação eficiente do estudante nas situações imprevistas e na solução dos problemas dos pacientes.

O desenvolvimento da **comunicação** permitiu melhor interrelação aluno-paciente-equipe, facilitando a coleta de dados, identificação de problemas e execução dos cuidados de enfermagem.

A vivência do **trabalho em grupo** tem ajudado a desenvolver o espírito de equipe, melhorar o relacionamento interpessoal e desenvolver responsabilidade.

O uso sistemático da **avaliação** permitiu uma aprendizagem mais objetiva, mais eficiente em tempo e qualidade e mais racional tornando os alunos mais ponderados e conscientes de sua atuação.

O desenvolvimento da **habilidade manual** tem melhorado substancialmente, com a integração de todos os instrumentos básicos e seu enfoque nos princípios científicos aplicáveis em cada cuidado.

A influência benéfica dos instrumentos básicos no desenvolvimento integral dos estudantes decorre da interdependência entre eles, um reforçando o efeito do outro, disto resultando:

- a) observações mais objetivas, mais significativas e em maior número; identificação de problemas com menos dificuldades e maior rapidez;
- b) históricos de enfermagem mais completos; elaboração e execução de bons planos de cuidados básicos; habilidade manual mais aprimorada;
- c) trabalho em equipe harmonioso e com maior rendimento;
- d) avaliações construtivas e objetivas;
- e) iniciativa e criatividade na solução de problemas.

#### V — CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista as observações descritas, podemos chegar às seguintes conclusões:

- O ensino dos instrumentos básicos em Fundamentos de Enfermagem é necessário em vista da influência positiva que exerce sobre o desenvolvimento integral do estudante e sua formação profissional.
- O ensino dos instrumentos básicos é passível de realização pois não exige recursos materiais e humanos especializados.
- O ensino dos instrumentos básicos, por ser essencialmente informal e prático, permite a sua aplicação imediata e a individualização da aprendizagem.
- O ensino dos instrumentos básicos deve ser integrado em todas as situações didáticas.

Julgamos pois, poder recomendar:

- Que as escolas de enfermagem estimulem os docentes a incluir em seus programas o ensino dos instrumentos básicos.
- Que os docentes adotem esse sistema de ensino, iniciando-o em Fundamentos de Enfermagem.
- Que sejam realizadas pesquisas no sentido de:
  - a) testar a validade dos instrumentos básicos aqui apresentados;
  - b) identificar novos instrumentos básicos.

**BIBLIOGRAFIA**

- (1) EEUSP e OPAS. — Seminário nacional sobre currículo do curso de graduação em Enfermagem, 1968.
- (2) FROTA-PESSOA, Oswaldo. — Manual de Bibliografia. 2.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1960.
- (3) HOZ, Victor Garcia e Col. — Dicionário de Pedagogia. Barcelona, Labor, V. 2, 1964.
- (4) KOONTZ, Harold e O'DONNEL, Cyril. — Princípios de Administração. São Paulo, Pioneira, V. 1, 1964.
- (5) LIMA, Lauro de Oliveira. — A escola secundária moderna. 14.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1965.
- (6) MATOS, Luiz Alves. — Sumário de didática geral. 3.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Aurora, 1960.
- (7) MOITINHO, Álvaro Porto. — Ciência da Administração. 5.<sup>a</sup> ed., São Paulo, Atlas, 1963.
- (8) NIGHTINGALE Florence. — Notes on nursing: What it is and What it is not. (Fac simile of 1859 ed.) Philadelphia, Lippincott, 1946.

## Serviço

### **“UMA EXPERIÊNCIA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO”**

Celina Arruda Camargo \*

Em face de uma sociedade sob contínuo processo de mudança, como a que hoje vivemos, já se considera o treinamento em serviço como uma necessidade fundamental para as empresas em geral e particularmente para as instituições hospitalares. Sob o aspecto geral do assunto encontra-se referência, principalmente, sobre programas já levados a efeito, mas, sobre as fases básicas para elaboração de programas não há quase nada na literatura.

Sabemos, entretanto, que um programa deste tipo é como uma peça de vestuário feito sob encomenda, que só assenta bem à pessoa que tirou as medidas e se submeteu às provas necessárias para corrigir os defeitos. Também um programa de educação em serviço, elaborado por uma instituição, poderá ser adotado por outra com ou sem adaptações, porém, não oferecerá a mesma eficiência como o feito sob encomenda. Nós, como todos os outros profissionais interessados no assunto, desejamos um programa que satisfaça à Instituição para a qual trabalhamos, portanto, um programa sob medida.

Este trabalho é o relato de uma experiência atual sobre a elaboração de um programa para atendentes da Divisão Hospitalar de Ortopedia e Traumatologia — Hospital das Clínicas.

Para nossa orientação adotamos a definição sobre o assunto apresentado por G.T. Palmer: “Treinamento em serviço, diferentemente da matrícula em escola ou universidade, é a assistência dada de vários modos por uma organização para a educação contínua de seus próprios empregados que, por sua vez reagirão em benefício do programa da organização”.

---

\* Enfermeira da Divisão Hospitalar do Hospital de Clínicas da U.S.P.

Adotamos esta definição, porque êste é o pensamento da direção do Hospital e também da direção do Serviço de Enfermagem, que desejam, ao mesmo tempo, promover o seu pessoal e torná-lo mais eficiente na assistência aos pacientes.

### **ATIVIDADES DO ATENDENTE NA ORGANIZAÇÃO**

Inicialmente revimos as atividades próprias do atendente dentro da organização do serviço de enfermagem do hospital, para podermos saber em que áreas de trabalho estavam necessitando maior eficiência. Posteriormente, discutimos estas atividades com os supervisoras e enfermeiras e colhemos informações sobre como os atendentes sob sua subordinação realizaram suas tarefas, em relação à qualidade e à quantidade de trabalho. Verificamos, através destas discussões informais, que era dada muita ênfase no aspecto do atendimento da parte específica (traumatologia) em detrimento do aspecto de atendimento das necessidades básicas do paciente. Achamos que pelo interesse demonstrado seria oportuno rever os aspectos de enfermagem relativos à especialidade. Porém, os aspectos sobre necessidades básicas do paciente, precisavam ser revistos, reestudados e reformulados pelas enfermeiras em conjunto. Isto foi feito em uma semana de estudo intensivo com a participação de maioria das enfermeiras. Os temas de enfermagem foram apresentados pelas supervisoras durante os dois primeiros dias, e da metade do 3.º dia em diante, passamos à discussão em grupo sobre os "problemas de enfermagem mais freqüentes", apresentados por Faye G. Abedellah, <sup>(1)</sup> que são os seguintes:

#### **Problemas de enfermagem mais freqüentes**

- 1) Manter boa higiene e conforto físico.
- 2) Promover atividade adequada: repouso, sono, exercício.
- 3) Promover segurança pela prevenção de acidentes, agravos ou traumas e pela prevenção de infecções.
- 4) Manter boa mecânica corporal, prevenir ou corrigir deformidades.
- 5) Manter suprimento de oxigênio necessário.
- 6) Manter alimentação adequada.
- 7) Manter a eliminação.
- 8) Manter equilíbrio hídrico e eletrolítico.
- 9) Reconhecer reações (físicas) do paciente, as condições patológicas, fisiológicas e compensatórias da doença.

- 10) Manter mecanismos e funções reguladoras.
- 11) Manter funções sensoriais.
- 12) Identificar e aceitar reações, sentimento e expressões positivas e negativas do paciente.
- 13) Identificar e aceitar relação emoção-doença orgânica.
- 14) Facilitar boa comunicação verbal ou não verbal.
- 15) Promover desenvolvimento, boas relações interpessoais.
- 16) Definir objetivos pessoais, espirituais para o paciente e facilitar para que sejam atingidos.
- 17) Criar e manter ambiente terapêutico.
- 18) Facilitar o auto reconhecimento do paciente, como um indivíduo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento.
- 19) Aceitar objetivos possíveis à luz das limitações físicas e emocionais.
- 20) Utilizar recursos de comunidade como auxílio para resolver problemas decorrentes da doença (ou causas).
- 21) Reconhecer influência de problemas sociais como causa da doença.

O nosso objetivo principal foi chegar a um consenso sobre como o atendente, na realização de suas funções, poderá colaborar com a enfermeira para a solução destes problemas básicos. Foi atingida uniformidade de pensamento e ação necessários pelo trabalho de colaboração mútua da maioria dos participantes.

#### LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES

Durante o tempo gasto em estudos e já de posse das informações fornecidas pelas enfermeiras, pasamos a observar o trabalho realizado pelos atendentes e assim a determinar as reais necessidades de aprendizado. Como já estávamos de acordo sobre como o atendente em suas funções deveria colaborar com a enfermeira, principalmente no que diz respeito aos onze primeiros itens dos "problemas mais freqüentes", já referidos, para observação mais acurada, fizemos uma lista das atividades e conhecimentos demonstrados conforme o exemplo abaixo:

##### **Item 1 — Manutenção da higiene e conforto físico do paciente.**

- a) como o atendente mantém limpa a unidade do paciente;
- b) como guardar o material usado para esta limpeza;
- c) como fazer a higiene corporal do paciente;

- d) qual o cuidado com o cabelo do paciente;
- e) como remover sujeira corporal antiga;
- f) qual o cuidado dado às unhas do paciente;
- g) após o uso, qual o cuidado com o material de higiene do paciente;
- h) qual a medida adotada antes e após servir comadre ou papagaio ao paciente;
- i) qual o cuidado dispensado a este material após o uso;
- j) qual a medida higiênica adotada pelo paciente antes e após as refeições;
- k) qual a medida higiênica adotada para sua própria pessoa após fazer higiene do paciente ou servir comadre ou papagaio;
- l) o que sabe sobre a necessidade em manter limpo o material de higiene;
- m) o que conhece sobre os benefícios da higiene corporal completa;
- n) o que sabe sobre os riscos de papagaios e comadres mal limpas;
- o) o que sabe sobre a necessidade de lavar as mãos antes das refeições.

Para facilitar as respostas a estas situações, classificamos e codificamos as informações da seguinte forma: usamos o número do item; classificamos as situações pelas letras do alfabeto e codificamos assim as respostas:

Precisa de Revisão Total = T  
 Precisa Melhorar ..... = M  
 Está bem ..... = B

NOME item n.º a b c d e f g h i j k l m n o  
 M T M M T M T M T M M T T M M

A observação direta foi feita de 85% dos funcionários dos períodos manhã e tarde que trabalham com adultos.

Esta forma de levantamento nos deu objetividade sobre qual deveria ser o conteúdo do programa.

De acordo com a M.A. Miller<sup>(9)</sup>, os assuntos de um programa devem corresponder às necessidades reais dos participantes. Através de um levantamento cuidadoso é possível determinar as necessidades reais, porém, não devem ser apenas identificadas por quem as observa, mas também, sentidas, ou melhor, reconhecidas por aquelas

que executam as atividades. Em conversas informais, enquanto observávamos, deixávamos a pessoa à vontade para expôr seus pontos de vista e manifestar seu interesse em melhorar seus conhecimentos. Desta forma conseguimos não só que as pessoas envolvidas reconhecessem a necessidade de aprender, como também despertar o interesse em participar do programa. A forma evidente deste interesse não só que as pessoas envolvidas reconhecessem a necessidade de aprender, como também despertar o interesse em participar do programa. A forma evidente deste interesse não só que as pessoas envolvidas reconhecessem a necessidade de aprender, como também despertar o interesse em participar do programa.

### **MOTIVAÇÃO**

Por não se tratar de escola para aprendizado regular ou para adquirir conhecimentos que permitam o exercício de uma profissão, é preciso predispor àquêles a quem desejamos oferecer este tipo de assistência para encaminhá-los a motivação necessária. Com este fim usamos um questionário prévio respondido quatro meses antes da elaboração do programa. Neste questionário perguntamos se desejavam melhorar os conhecimentos relativos a diversos assuntos; obtivemos 81% de respostas positivas em relação ao total de perguntas. Na observação feita posteriormente fizemos perguntas individuais e diretas, na tentativa de ajudá-los a compreender o valor e as vantagens que o conhecimento traz às pessoas. Entre estas perguntas havia uma que fazia a pessoa pensar sobre quantas oportunidades ela já tivera para aprender na vida. O ponto chave foi "oportunidade para aprender" e com esta forma simples conseguimos ajudá-la a encontrar motivação suficiente.

Uma vez os participantes motivados, e conhecendo de que assuntos constariam basicamente o programa, procuramos um meio de envolver e interessar mais as enfermeiras. Estas, cujo êxito dos programas de trabalho dependem da colaboração mais ou menos eficiente daqueles que com ela trabalham, é o elemento cuja colaboração e participação não poderíamos prescindir. Ela deveria não só estar a par da assistência que começaríamos a prestar aos funcionários para que estes pudessem reagir favoravelmente em benefício de trabalho nas unidades, mas também, reforçar seus próprios conhecimentos e habilidades em supervisão, para melhor ajudar os funcionários a praticar o que lhes fora ensinado.

Com este objetivo discutimos o assunto com as supervisoras e estas indicaram as enfermeiras que colaborariam conosco.

Para maior segurança sobre metodologia de ensino foi oferecido àqueles que se responsabilizaram em prestar sua colaboração, oportunidade para revisão do assunto com a assistência de técnico especializado.

### ELABORAÇÃO DO PROGRAMA

Na elaboração do programa de base, demos prioridade aos assuntos cujo conhecimento iria satisfazer as necessidades reais e imediatas, levando em consideração: — atividades próprias; respostas ao questionário; informações, resultado da observação e o que foi manifestado durante as conversas informais. Outros assuntos, embora necessários, porém não tão imediatos, seriam programados posteriormente. Por exemplo: o problema de anotações no prontuário só terá solução mais adequada quando tivermos oportunidade de rever também um pouco de português. Este, aliás, foi um item com 90% de respostas positivas daquêles que responderam o questionário.

Uma vez elaborado o programa, que absolutamente não pode ser rígido, e sete sofreu diversas alterações até sua redação final, as enfermeiras colaboradoras escolheram os assuntos de suas preferências para preparar as aulas. Estas foram preparadas, apresentadas e discutidas por este grupo de enfermeiras, para que tôdas conhecessem não só o programa como um todo, mas também a forma como os assuntos seriam apresentados e com que objetivo. Estava formada uma equipe de trabalho. Para que o trabalho de equipe seja bem sucedido, entre outras coisas, é necessário que os objetivos sejam comuns a todos os seus membros. Os objetivos individuais para cada assunto ou aula é apenas uma etapa para alcançar o objetivo principal. O nosso objetivo principal estava delineado desde quando chegamos a um consenso sobre a participação e colaboração do atendente na satisfação das necessidades básicas do paciente internado. Em quatro meses cobrimos a parte teórica para os 187 atendentes em exercício.

### MATERIAL AUXILIAR

Chegamos então ao estudo do material auxiliar para o preparo e apresentação das aulas. Todos os recursos de literatura disponíveis foram concentrados em um só local, para facilitar a equipe. Parte do material auxiliar foi preparado por nós no serviço e outra parte conseguimos com outras instituições. Dois fatores básicos nos levam a mencionar o aspecto de material auxiliar. O primeiro é que um dos nossos pontos-chaves foi ajudar o funcionário a aprender através dos sentidos. O segundo, não menos importante, é que, para se atingir os objetivos em um trabalho de equipe, é preciso que sejam oferecidos os meios adequados à execução do trabalho.

### AValiação

Para avaliação do aproveitamento teórico, usamos testes, porém, tivemos o cuidado de deixar os participantes seguros de que o teste seria, bom não só para conhecermos o aproveitamento, mas principalmente para verificarmos as causas de pouco aproveitamento. Na verdade o nosso objetivo foi ajudá-los a adquirir algo durante a aula, portanto, precisávamos detectar imediatamente a causa de pouco aproveitamento quando isto ocorria para podermos corrigir. Fizemos um pré-teste, testes parciais e finais. Durante estes os funcionários demonstravam um pouco de nervosismo, mas também havia uma grande ansiedade em demonstrar o que haviam aprendido.

### SUPERVISÃO

Os conhecimentos adquiridos devem levar à mudança de atitudes, que para nós significa maior eficiência no trabalho. Mas, para que estas mudanças ocorram devidamente, é preciso supervisão adequada. A fim de que as enfermeiras nas unidades tivessem mais elementos para esta supervisão, foi discutido com elas: — o programa, o aproveitamento dos funcionários, a participação deles em classe e quais as mudanças de atividades que deveriam ocorrer.

Elaboramos uma ficha de avaliação. Desta ficha constam 4 (quatro) áreas de atuação prática. A primeira em relação ao cuidado físico direto ao paciente; a segunda sobre o cuidado com o material e equipamento do paciente; e da unidade; a terceira sobre cuidados em relação à especialidade; a última, porém, não menos importante sobre o relacionamento entre o funcionário, paciente e a família; entre os funcionários e com outras pessoas que trabalham na unidade. A forma de atuação foi codificada para facilitar a anotação. Discutimos, interpretamos e analisamos os detalhes desta ficha com as enfermeiras. Decidimos que dois meses seria um prazo para observação e devolução das fichas. Na época prevista tínhamos em mãos elementos para análise comparativa entre o aproveitamento teórico e o prático. Verificamos que outros funcionários haviam demonstrado bom aproveitamento teórico, porém pouca melhora na prática. Discutimos estes achados com as supervisoras e enfermeiras. Juntas chegamos à conclusão de que os métodos de supervisão adotados deveriam ser revistos e de que a avaliação em termos de aplicação do que foi aprendido devia ser realizado mais vezes.

Pelos resultados já obtidos chegamos às seguintes conclusões:

- a) um programa feito sob medida satisfaz tanto o indivíduo como a instituição;

- b) quando as "medidas" para o programa são tomadas a partir de situações reais, como por exemplo: definição de atividades próprias, informações dos chefes, observação escrita e discutida com os interessados, ajudam na motivação dos participantes;
- c) a flexibilidade do programa até sua elaboração final permite equacionar conteúdo do programa, método mais adequado e recursos humanos disponíveis;
- d) a participação de várias enfermeiras em um programa faz com que deixem de ser vistas como "chefes" para serem reconhecidas como as pessoas que também estão interessadas na promoção daqueles que com elas trabalham;
- e) oferece elementos que facilitam a supervisão e a tornam mais objetiva;
- f) facilita a avaliação do programa de trabalho nas unidades.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) ABDELLAH, Faye G. — Patient Centered Approaches to Nursing  
New York, Macmillan, 1961.
- 2) Adult Leadership — The Leaders Digest — vol. n.º 1  
Adult Educations Association of the U.S.A., 1963.
- 3) American Nurse's Association — Nurse Work For Improved Patient  
Care American Nursing Association, New York, U.S.A., 1964.
- 4) BARRET, Jean — The Head Nurse  
New York, Meredith Publishing Company, 1962, U.S.A.
- 5) GERTZ, Boris — A Report on Laboratory Training  
Clemson House, South Carolina, U.S.A., 1963.
- 6) HOLT, Rinchart — Readings in Personnel Management  
Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York, U.S.A., 1963.
- 7) MARCONDES, Ruth S. Educação Sanitária em Nível Nacional (Tese)  
Faculdade de Higiene, U.S.P., 1967.
- 8) MILLER, Harry L. — Teaching and Learning in Adult Education  
Macmillan, New York, U.S.A., 1964.
- 9) MILLER, Mary A. — Inservice Education for Hospital Nursing Personnel  
National League for Nursing, U.S.A., 1958.
- 10) Pontual, Marcos — Seminário de abril de 1967.  
Diretoria do Ensino Industrial — M.E.C., São Paulo.
- 11) Adult Educator Association — How to Teach Adults — Panfleto  
U.S.A. — 1959.

# ELIMINAÇÃO E CONTRÔLE DE ODORES EM UNIDADE DE QUEIMADOS

\* Arlete Oguisso da Cruz  
\*\* Jandira Fumiko Ohara Higuti

## I. INTRODUÇÃO E OBJETIVO:

O Serviço de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, anexo ao Departamento Cirúrgico, conta com 40 (quarenta) leitos distribuídos por sexo e idade.

Neste Serviço predominam crianças menores de 15 anos e mulheres vítimas de acidentes domésticos, ocorridos principalmente com mulheres epiléticas. Há ainda um índice elevado de tentativas de suicídio.

Quanto aos homens, a maioria vítima de acidentes de trabalho ou desastres automobilísticos, em número menor, pois geralmente recorrem aos hospitais de Instituto de Previdência e Serviço Médicos dos segurados. A estatística de um ano dá idéia deste quadro.

### Atendimentos no serviço de queimados de janeiro a dezembro de 1969:

Pacientes do sexo masculino .....	107 casos
Pacientes do sexo feminino . . . . .	254 casos
Pacientes menores de 15 anos .....	417 casos

O objetivo deste trabalho é estabelecer a relação, necrose infecção e mau odor, seu controle através dos métodos terapêuticos e de assistência de enfermagem.

- 
- (\*) Enfermeira-chefe da Clínica de Serviço de Queimados do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.  
(\*\*) Enfermeira encarregada da Clínica de Serviço de Queimados do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.

O odor desagradável das queimaduras é característico de infecção no leito necrótico e pode ser diminuído desde que o paciente e o ambiente sejam devidamente cuidados.

Essa é uma das maiores preocupações das equipes médicas e de enfermagem.

## II. CAUSAS DE ODORES DESAGRADÁVEIS EM QUEIMADOS:

A infecção é um dos fatores responsáveis pelo mau odor, mas, existem condições fisiológicas, patológicas e ambientais que expõem o paciente queimado, sujeitando-o a infecções secundárias.

### 1. Condições pessoais:

São fatores que dependem exclusivamente do processo fisiopatológico relacionado ao próprio paciente.

A pele ou revestimento cutâneo é formado por duas camadas, a epiderme, a mais externa, substituída constantemente pela camada germinativa, e a derma, onde se encontram inúmeras glândulas cutâneas (sebáceas e sudoríparas), vasos, nervos e folículos pilosos.

A substância secretada pelas glândulas sebáceas é oleosa e nos poros da pele se mistura com as bactérias e a sujeira, provocando as infecções.

As glândulas sudoríparas das regiões perianais, pubianas, axilares dos pés, nas palmas das mãos, fronte e axilas.

As glândulas sudoríparas das regiões perianais, pubianas, axilar e mamárias, além do suor secretam substâncias odoríferas e gordurosas. O mau odor da transpiração pode ser devido à presença de bactérias ativas da pele, tornando-se insuportável, quando a atividade bacteriana determina a decomposição da matéria orgânica existente no suor. A presença de estafilococos grampositivos, pseudomonas aerógenas, bacilos gram-negativos, são elementos responsáveis pelos odores desagradáveis do corpo. Um teor elevado de dextrose que o suor apresenta é um excelente meio de cultura para os microorganismos. As mãos, bem como o vestuário, desempenham papel importante na disseminação das moléstias por contaminação direta.

### 2. Condições do paciente:

Na queimadura a destruição extensa e profunda do revestimento cutâneo favorece a contaminação por germes vindo

do ambiente, da pele normal que circunda as lesões, ou da própria lesão. Por outro lado, a presença de tecido desvitalizado favorece a proliferação dos germes, desenvolvendo-se então a infecção. O exsudato das infecções nas áreas queimadas atuam de modo desfavorável por facilitarem a proliferação de germes e dificultarem a atuação das substâncias antibacterianas utilizadas como tratamentos locais. Os exsudatos das necroses são os maiores responsáveis pelos odores desagradáveis em queimados.

A par destas condições locais, o mau estado geral do paciente facilmente predispõem às infecções.

### 3. Condições do ambiente:

A contaminação aérea representada pelas gotículas de Flüger ou os núcleos de Weill, constitui outro fatos de infecção. Salas escuras, mal arejadas, são consideradas impróprias por favorecerem o desenvolvimento de microorganismos.

Ambientes mal cuidados e mal limpos e a manutenção de lixo ou roupas usadas são também contraindicados.

O excesso de movimentação de pessoas nas enfermarias e salas de curativos e outras dependências da Unidade de Queimados deve ser evitado.

### III. CUIDADOS ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DE ODORES DESAGRADÁVEIS EM QUEIMADOS:

Três aspectos importantes devem ser considerados:

1. Cuidados especiais com o paciente.
2. Cuidados especiais com o ambiente.
3. Cuidados especiais com o material.

#### 1. Cuidados especiais como o paciente:

##### 1.1. Combate à infecção:

Para combater a infecção em queimaduras, destacamos dois pontos de relevância. O atendimento do paciente, quando de sua admissão e o esquema de tratamento médico.

O queimado, quando admitido, é colocado em ambiente limpo.

Suas vestes são retiradas e o paciente é envolvido em lençóis esterilizados. É feita a limpeza para retirada dos detritos mais grosseiros e antissepsia da pele em

trêmo das lesões. Esse processo de tratamento da pele é realizado atendendo aos princípios de assepsia.

Com relação à terapêutica, o paciente obedece a um esquema de tratamento com o objetivo de combater o estado de toxemia e elevar seu estado geral. Este esquema terapêutico, com algumas variações, de acordo com cada indivíduo, envolve:

- combate à anoxia com aplicações de oxigênio; o combate à dor, com uso de analgésicos ou similares;
- restabelecimento do volume circulante no sangue, para manutenção do equilíbrio volêmico e eletrolítico, com a aplicação do líquido por via endovenosa tais como: sangue, plasma, sêrosos acrescidos de vitaminas e ions de sódio, ou bicarbonatos ou potássio, de acordo com a espoliação do momento (o paciente queimado perde grande quantidade de líquido, hemácias e substâncias plasmáticas);
- combate à infecção com a administração de antibióticos feitos em altas doses por via endovenosa;
- a alimentação do paciente tem um papel importante na melhoria do seu estado geral. Tão logo o paciente possa receber alimentação, é administrada dieta rica em proteínas e sais minerais, cuja finalidade é um rápido desenvolvimento de tecido de granulação; acrescenta-se hidratos de carbono, que fornecem energia para as células, e vitaminas cujos efeitos plásticos vão colaborar na cicatrização. Inicialmente a dieta é líquida, passando depois para outras formas, de acordo com a aceitação.

#### 1.2. Cuidados higiênicos:

Para eliminar odores desagradáveis há um aspecto de grande importância na assistência ao queimado: o método de higiene pessoal.

Sabemos que toda atividade do corpo humano produz produtos orgânicos ou inorgânicos. As secreções de certas áreas do corpo são desagradáveis de maneira que a aplicação de substâncias adstringentes e desodorantes é indicada a fim de controlar a sudorese. Alguns processos de eliminação destes odores podem ser usados, tais como:

- banho no leito com água e sabão neutro. A limpeza é feita nas áreas não afetadas;
- higiene íntima, duas ou mais vezes ao dia, utilizando-se permanganato de potássio, sal cristalizado em agulhas cor roxa escura, sem cheiro, de sabor ligeiramente ácido e adstringente, que em contato com matéria orgânica produz a oxidação pela liberação de O<sub>2</sub>, sendo por isso desinfetante, desodorante, além de ótimo adstringente.

Para a higiene axilar, utiliza-se desodorizante. Uma composição de grande efeito é fornecida pela farmácia do H.C.: Eucaliptol — 50gr. + Alcól 1.000ml. Quando possível faz-se a tricotomia axilar e pubiana, facilitando desta forma a higiene corporal.

Cuidados especiais de limpeza das cavidades em função da localização das queimaduras é outra medida essencial.

### 1.3. Tratamento das lesões:

A eliminação das condições locais que favorecem a proliferação de germes refere-se principalmente ao tratamento das lesões cuja execução, não raro, é realizada pela enfermagem.

Há vários métodos utilizados com a finalidade de apressar a eliminação dos tecidos desvitalizados:

- balneoterapia
- método químico
- método cirúrgico

A balneoterapia é usada com a finalidade de retirar as secreções e seus exsudatos, além de favorecer a remoção das gases aderentes às lesões, preparando a pele para os curativos. Consiste em banho de imersão em banheira limpa, revestida de cobertura de plástico de uso individual, que é desprezada após o uso. A água é aquecida a 38°C aproximadamente. Para reduzir a hipotonicidade da água em relação aos humores orgânicos, acrescenta-se à mesma, sal na proporção de 1,350gr para 150 l. de água (soro fisiológico a 0,09%).

O doente é colocado nesse banho após a retirada das camadas externas de curativos e mantido imerso por 10 a 15 minutos. A limpeza das lesões é feita com pinça e gaze esterilizadas e sabão neutro.

Após o banho, o doente é colocado sobre campos ou lençóis esterilizados. As áreas lesadas são expostas para a eliminação da umidade e a pele sã é enxuta com os campos esterilizados

O método químico consiste na aplicação local de substâncias químicas, com finalidade de apressar a eliminação dos tecidos desvitalizados. Destas substâncias destacam-se a composição ácido pirúvico a 7% e amido, e líquido de Dakin, associação de hipocloreto de sódio e bicarbonato de sódio.

O primeiro tem o inconveniente de manter a unidade local e pH da pele baixo, por isso está sendo abandonado.

A aplicação de líquido de Dakin é feita na proporção de 1/3 do líquido de Dakin para 2/3 de soro fisiológico, e tem ação germicida.

No tratamento das lesões em sala cirúrgica, sob anestesia, usa-se também o "germ-hand" (produto comercial a base de propileno glicol), e benzina para remover crostas das áreas queimadas. Além desses produtos usam-se dispositivos que permitem irrigação permanente ou intermitente das lesões com água esterilizada ou soro fisiológico a 0,09%.

O primeiro tem o inconveniente de manter a umidade tecido desvitalizado. É feita, na maioria das vezes sob anestesia geral. Sua indicação leva em conta o estado geral do paciente, sobretudo as condições de necrose, sua extensão, tipo e localização. Algumas vezes esta prática de ressecção do tecido morto, não aderente, pode ser feita sem anestesia, na troca do curativo.

## 2. Cuidados especiais com o ambiente:

A unidade de pacientes queimados deve ser planejada atendendo aos mínimos requisitos de conforto e segurança:

- enfermarias de 4 leitos com lavatórios;
- quartos individuais com instalação hidráulica para isolamento de pacientes infectados;
- instalação de serviços tais como: salas de serviço e posto de enfermagem;
- salas de curativos e salas de balneoterapia;
- salas de cirurgia;

- sala de fisioterapia;
- conjuntos sanitários;
- salas de utilidades.

Sua localização deve favorecer a entrada de luz, considerando-se a atividade bactericida dos raios solares.

Aconselha-se janelas teladas, sistema de ar condicionado e pisos laváveis.

Quando estas condições não podem ser atendidas, deve-se usar métodos rigorosos de controle de infecção de ambiente, que suprimam as deficiências. Assim, quando o piso for de madeira faz-se o oleamento, mas nunca o enceramento, pois dessa forma pode-se usar pano umedecido em soluções desinfetantes, para a limpeza do pó acumulado. É indicado o uso do aspirador de pó, nas limpezas diárias. A aspersão de inseticida, de efeitos residuais, também é boa prática e sua aplicação é feita diretamente nas paredes e pisos.

Como norma geral, torna-se básica a adoção de certas medidas de higienização de ambientes tais como:

- piso, janelas e paredes: limpeza mecânica com água e sabão, cuja fórmula é a seguinte:
  - sabão líquido — desinfetante
  - cloróxileno — ação germicida e bactericida
  - essência de pinho — aromatizante
  - álcool
- vaporização do ar com produtos desinfetantes e aromáticos, tais como propilenoglicol, soluções à base de pinho, etc.;
- controles de infestação e procriação de insetos com uso de inseticidas; vaporização do ar com produtos desinfetantes e aromáticos, tais como propilenoglicol, solução à base de pinho, etc.;
- controle rigoroso de circulação de pessoal;
- tratamento de lixo com o uso de recipientes fechados e remoção em carros estanques;
- outras medidas usadas:
  - pesquisa de infecção do ambiente com placas de Petri;
  - controle periódico dos funcionários para identificação de focos de infecção, sobretudo por estafilococos.

### 3. Cuidados com material e equipamento:

A partir da própria unidade do paciente, que é submetida a limpeza concorrente, todo material, de uso individual ou não,

passa por processo de desinfecção ou esterilização, conforme sua natureza.

Material de vidro, tal como papagaio, frascos para diurese, frascos para água, etc., são submetidos a limpeza mecânica com água e sabão.

Material de aço inoxidável, tal como jarros, bacias, cubas, etc., são esterilizados em autoclave após o uso. Todo instrumental de uso em curativos ou banhos é autoclavado, e a roupa usada em queimaduras expostas também sofre o mesmo processo de esterilização.

As salas de balneoterapia e curativos são submetidas a limpezas diárias e quando contaminadas sofrem o tratamento idêntico ao de sala de operação.

#### IV. CONCLUSÃO:

Não é fácil estabelecermos normas para a supressão definitiva de maus odores, conseqüentes das infecções em unidades de queimados, porém é possível diminuir êsses odores através da adequação de métodos e processos de aplicação prática que solucionam parte do problema.

A enfermagem tem parcela de responsabilidade na busca de novos elementos para melhorar essa condição, como também é responsável pela avaliação de eficiência dos métodos empregados.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, A. O banho salino no queimado — Trabalho apresentado na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica — Novembro de 1968.
- HARRISON, T.R. — Medicina Interna — Editôra Guanabara. 4.<sup>a</sup> Edição Rio de Janeiro.
- RUSSO, A.C. — Tratamento das queimaduras — Editôra da USP — 1967 São Paulo.

# **ELEMENTOS BÁSICOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

Dulce N. Rocha\*

## **INTRODUÇÃO:**

Sem dúvida alguma, os programas de assistência à infância refletem o valor que uma sociedade atribui à criança. De todos os problemas de saúde são os relacionados com a infância os que mais intensamente preocupam os governos quando estes estão honestamente empenhados em impulsionar o desenvolvimento de uma nação. Todos os gastos destinados a assegurar uma infância sadia são investimentos sólidamente lucrativos.

Sabe-se que o Brasil é um país de jovens; que 50% da população não atingiu a idade adulta. Sabemos também que grande parte dessa população jovem vive em precárias condições de saúde; que as doenças evitáveis ainda constituem as principais causas de morte; que os serviços Pediátricos ocupam-se primordialmente de crianças com graus assustadores de desnutrição. Por outro lado, observamos que os serviços de saúde são absorvidos, em quase sua totalidade, pela Medicina Curativa. Somos impelidas, a todo momento, a refletir sobre a situação da criança brasileira, analisando nossas atividades. Estarão nossos objetivos de trabalho atendendo realmente às necessidades dos indivíduos a quem atendemos?

## **Fatores Essenciais para assistência de Enfermagem Pediátrica**

- 1 — Conhecimentos básicos do processo de crescimento e desenvolvimento.

Todo sistema assistencial deve nortear-se pelas características dos elementos a serem assistidos e pelas necessidades delas decorrentes. A enfermeira pediátrica ocupa-se de seres que estão através-

---

\* Professor de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da UFRJ.

sando uma fase de vida caracterizada por períodos de rápidas modificações. Qualquer entidade mórbida que interfira na evolução do desenvolvimento da criança pode ter conseqüências danosas para seu futuro. Serão baldados todos os esforços da enfermeira que pretender cuidar de crianças sem conhecer suficientemente as peculiaridades de cada etapa do ciclo de vida do homem e as influências ambientais que podem agir sobre a personalidade. Precisamos conhecer para poder respeitar e promover melhor desenvolvimento em cada fase da vida da criança.

A boa formação profissional aliada a qualidades pessoais da enfermeira pediátrica, como agudo poder de observação e percepção, favorecem a comunicação com o paciente, elemento indispensável para a identificação de suas necessidades.

## 2 — Conhecimentos da situação nosológica e dos fatores que a condicionam.

Nossa ação não deve ser dirigida apenas para a recuperação da saúde. Quando cuidamos de criança, mais que de qualquer outro grupo da população devemos voltar nossa atenção para o futuro. Não basta receber uma criança, acompanhar o tratamento de uma diarreia, reidratar e, como num passo de mágica, devolver a criança à família sem procurar modificar os fatores que provocaram o quadro. Mas para isso é imprescindível estar a enfermeira a par da situação sócio-econômico e sanitária em que vive a criança e imbuida de sentimento profissional e patriótico para utilizar tôdas as oportunidades que se lhe apresentam no sentido de prevenir doenças e promover a saúde.

Muito se tem falado em assistência integral, porém, na prática, pouquíssimo se tem feito no campo da medicina preventiva. Ainda designamos a “enfermeira de saúde pública” como a responsável pela profilaxia da doença.

É comum ouvirmos queixas de que os hospitais não contam com “enfermeiras de Saúde Pública”. É ainda bem marcada a linha entre o hospital e as demais unidades de saúde. E mesmo nos ambulatórios as rotinas antiquadas e falta de estímulos impedem, a enfermeira de agir profilaticamente. Raros são os serviços em que se realizam trabalho educativo com grupos de mães. Os clubes de mães são raros, embora despertem sempre grande interesse mesmo nos grupos mais humildes.

Para prestar assistência visando a criança em todos os seus aspectos é necessário não só preparo profissional básico adequado, mas atualização sistemática e constante. É indispensável que a en-

fermeira participe da sociedade em que vive e trabalha, que seus objetivos estejam acordes com as metas da política de saúde. Suas aspirações devem estar relacionadas com as necessidades regionais de saúde.

Sentimo-nos esperançosas quando verificamos a frequência cada vez maior aos cursos de aperfeiçoamento e atualização que visam tornar a enfermeira apta para prestar cuidados mais eficientes na área materno-infantil, que têm por fim elevar os índices de nascimentos em estado de higidez e assistência mais criteriosa à criança.

### **O Cuidado com a Criança Doente**

A assistência hospitalar tem sido modificada na medida em que vão sendo compreendidas e respeitadas as necessidades da criança nas diferentes fases do seu desenvolvimento. Entre nós a situação é ainda desoladora. A maioria de nossos hospitais pediátricos possui instalações inadequadas; alguns não oferecem condições mínimas para a manutenção do asseio das crianças. Vemos enfermarias com 20 a 25 leitos, com uma banheira e uma pia. As condições de trabalho são muitas vezes as mais precárias não permitindo o atendimento às reais necessidades da criança. Contudo, embora lentamente, cada serviço se vai ajustando melhor ao fim a que se destina e a enfermeira, segura de suas responsabilidades, sente-se encorajada a lutar por meios adequados de trabalho, sem se acomodar as rotinas arcaicas e toda a assistência hospitalar deve ser orientada de forma a **tornar mínimo o tempo de hospitalização, evitando paralelamente as reinternações e prevenindo agressões psíquicas à criança**. A minimização do período de hospitalização além de ser importante do ponto de vista econômico, é ainda um fator essencial para a prevenção de agravos ao psiquismo da criança.

O número de leitos hospitalares é insuficiente para a população infantil, determinando filas enormes de crianças que aguardam uma vaga enquanto seu estado se agrava, quando muitas vezes o bom êxito do tratamento está na dependência de um tratamento precoce. Esse pensamento deve estar sistematicamente presente em cada elemento da equipe hospitalar. Somente numa ação de esforços conjugados é possível aproveitar ao máximo os poucos recursos de que dispomos para assistência à infância.

O relacionamento entre a equipe e a utilização racional dos recursos existentes depende muito do preparo do pessoal nas diversas categorias. Reconhecemos ser utópica a pretensão de ter enfermeiros, ou mesmo técnicos de enfermagem, numericamente suficientes para

atender diretamente a tôdas as necessidades dos pacientes, mas daí a aceitar que as atividades dêsses profissionais sejam sempre distante do leito em tarefas burocráticas e ditas administrativas há uma grande diferença. As atribuições da enfermagem devem ser bem definidas e suas atividades devem ser programadas de forma a dar prioridade ao treinamento e supervisão do pessoal auxiliar, assim como ao planejamento de cuidados de enfermagem.

Desnecessário dizer que para executar eficientemente tais tarefas a enfermeira não poderá distanciar-se dos pacientes.

**A profilaxia das agressões psíquicas** tem hoje tanta importância quanto a de infecções cruzadas. E embora as condições de higiene nem sempre ofereçam bastante segurança do ponto de vista físico a criança hospitalizada parece estar sempre mais exposta a problemas de ordem psíquica. Os trabalhos de Spitz, Bowlby e outros (3,10) vêm há algumas décadas demonstrando os efeitos desastrosos da privação dos cuidados maternos na primeira infância e raros são os Hospitais e, unidades pediátricas no Brasil onde não há uma barreira separando a mãe do leito onde está presa a criança. As visitas são raras e por períodos curtos. Alguns serviços no Rio de Janeiro ainda estão na era da visita através do vidro.

Mesmo levando em conta a dificuldade de grande número de mães assistirem de perto um filho doente, enquanto outros estão em casa a exigirem seus cuidados, e considerando as dificuldades de espaço físico e precariedade de instalações de muitos hospitais pediátricos, devemos entender que um esforço deve ser feito no sentido de evitar que o relacionamento mãe-filho seja seriamente afetado pela hospitalização. E a enfermeira é, sem dúvida o elemento chave para abrir caminho neste sentido. A possibilidade de maior permanência de familiares no hospital está na dependência direta do tipo de atenção e orientação que o serviço de enfermagem está apto a dar aos familiares.

Mesmo nos hospitais onde a presença permanente da mãe seja impossível por falta de condições físicas, deve ser estudado um meio de permitir visitas mais freqüentes, por períodos mais longos e, sempre que possível permissão e até estímulo para que a mãe participe do cuidado com a criança, oportunidade em que estará aprendendo a cuidar melhor em casa após a alta.

Além da presença da mãe e quando esta se torna impossível, o planejamento criterioso de cuidados pode minimizar o sofrimento da criança hospitalizada com medidas várias, como sejam:

- a) evitar os cuidados parciais que determinam que grande número de auxiliares manuseiem os lactentes. A distribuição do

serviço com cuidados integrais permite que a criança se relacione com menor número de pessoas, podendo permitir que ela encontre uma substituta da figura materna.

- b) Seleção e treinamento do pessoal auxiliar a fim de assegurar um trabalho de bom padrão técnico, sob supervisão.
- c) Preparo da criança para experiências dolorosas.
- d) Programação de atividades recreativas.
- e) Atendimento à curiosidade da criança em relação ao seu estado de saúde e ao seu futuro.

#### CONCLUSÕES:

1) "Os objetivos da assistência de enfermagem pediátrica, como em todas as demais áreas da enfermagem, "atender o paciente sadio ou doente na execução daquelas atividades que contribuem para a promoção ou recuperação da saúde," (6) o aspecto particular de estar dirigida para indivíduos em desenvolvimento.

Daí a necessidade de ser a assistência também **evolutiva**, como diz Pedro de Alcântara, a fim de ajustar-se a cada fase de desenvolvimento da criança. Para isso é indispensável que a enfermeira pediátrica esteja bem segura não só dos quadros patológicos, mas também das peculiaridades da criança em cada fase do seu desenvolvimento físico, fisiológico, motor e psico-social.

- 2) Sendo as doenças evitáveis as que mais contribuem para os índices de mortalidade é necessário cuidar sistematicamente dos aspectos preventivos, dando ênfase à educação sanitária.
- 3) O cuidado com a criança hospitalizada deve ter por meta a recuperação da saúde no menor tempo possível, evitando traumatismo psíquicos.
- 4) Para alcançar tais metas torna-se imprescindível haver organização racional dos serviços de enfermagem visando:
  - a) definição de atribuição do pessoal nas diferentes categorias.
  - b) elaboração de normas e rotinas adequadas de serviços.
  - c) Programas de treinamento de pessoal.

**BIBLIOGRAFIA**

- (1) ALCANTARA, Pedro — *Pediatria Básica* — S. Paulo, 1968.
- (2) CAROSO, Ofélia Boisson, *Problemas da Infância*, 1964. Edições Melhoramentos. São Paulo.
- (3) BOWLBY. *Cuidados Maternos Y Salud Mental* — OPAS/oms — 1954.
- (4) FORTES, Flávio D'Andrea, *Aspectos psicológicos da Hospitalização Infantil*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. XV 5-1962.
- (5) JEANS, Blake and Wright. *Enfermeria Pediatrica*. Editorial Interamericano México, 1967.
- (6) LAMBERTSEN — *Cuidados básicos de Enfermagem*.
- (7) PERALES, Maria. *Atitude em Enfermagem Pediátrica*. *Revista Brasileira de Enfermagem* — outubro de 1963.
- (8) PLANK, — *El cuidado emocional del niño en el Hospital*, Paidós — Buenos Aires — 1966.
- (9) RECA, Telma — *Problemas psicopatológicos em Pediatria* — Cordoba — Buenos Aires, 1964.
- (10) SPITZ, René — *O desenvolvimento emocional do recém-nascido* — 1960. Livraria Pioneira Editôra

## SINDROMAS RESPIRATÓRIOS E INFECÇÕES MAIS FREQUENTES DO RECÉM-NASCIDO

\* Lygia Paim

É de primordial importância para a Enfermagem o ato de observar. Quando se trata de R.N. este ato se torna fundamental. Isto, porque hoje se entende o ato de observar em Enfermagem, num sentido bem mais amplo que olhar e ver.

As primeiras horas de vida extra-uterina podem representar uma série de acontecimentos, os mais diversos dentre os quais alguns poderão assumir importância capital condicionada à própria necessidade de adaptação do ser humano. Assim é que, a observação deve ser a base para a ação da Enfermeira. Todavia, quando se fala em observação de R.N., esta deve ser entendida sob o ponto de vista inteiramente científico, isto é, a observação deve ser sistematizada e dirigida. Torna-se necessário esclarecer que o último termo deverá conduzir ao quadro clínico que nessa ocasião se possa instalar.

A grande redução das infecções nas Maternidades deu lugar como causas mais frequentes de óbitos neonatais, às síndromes respiratórias destacando-se pela gravidade A SINDROME DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA IDIOPÁTICA DO R.N. A maior incidência desse quadro ocorre entre os prematuros e em especial nos de mais baixo peso ao nascer. Portanto será oportuno, reavaliar para determinar o quanto de observação em termos de necessidade, a Enfermagem lhes deve oferecer. Por motivos idênticos estão os R.N. a termo filhos de diabéticos, os de parto cesário, os de placenta prévia e outros nos quais se possa admitir a tendência à instalação das síndromes de disfunção respiratória do R.N.

Várias teorias podem explicar estas síndromes; todas elas encerram conteúdos válidos como acréscimos aos pontos de observação para a Enfermeira. Quando nova experimentação é realizada e decorrendo dela surgem novas aceitações teórico-científicas, a

---

\* Professor de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da UFRJ.

Enfermagem, incondicionalmente estará se mobilizando em estudos de novos dados que farão o seu crescimento paralelo, reavaliando o grau de Assistência e colocando em pauta novos aspectos a ela ligados. Reconsiderações de Enfermagem são feitas a cada novo progresso da Ciência, quer seja no aspecto preventivo ou curativo, encerrando em cada uma delas o valor de nova observação conduzida à ação imediata. Assim é que a gravidade das alterações respiratórias são por si sós, ou por suas consequências, uma contribuição à mortalidade e exigem das Enfermeiras um ritmo crescente e paralelo de desenvolvimento a fim de que haja um encontro efetivo de interesse pelas descobertas em favor da vida humana.

Trabalhar na Área de R.N. exige da Enfermeira renovação constante de conhecimento, não só os ligados às novas teorias relacionadas com os diversos quadros clínicos, não só se limitando a uma ação dicotomizada de observação e cuidados ao R.N. em si, mas também a capacidade de interação com outros profissionais das Áreas de Enfermagem: Pediátrica, Obstétrica e Saúde Pública. Ela precisa preocupar-se com as Estatísticas Vitais e a saúde da Criança, não só para conhecer as causas de morte que mais incidem, mas essencialmente para tentar saber a razão porque incidem, analisando e correlacionando as mesmas, à Assistência de Enfermagem que se pode oferecer. Já é tempo de reconhecer que a Assistência de Enfermagem nos Berçários é apenas um dos aspectos da Assistência Integral que se deve prestar e cuja condição única para atingir as necessidades reais do R.N., é a execução do plano trimômio Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Pediátrica. Pensando também sob esse ângulo, as Escolas de Enfermagem, nas suas estruturas departamentais, defendem a importância do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública, nos quais a problemática forma praticamente uma só Área, num trabalho que se completa. É evidente, hoje, que esses três elementos trabalham para alcançar os mesmos objetivos em seções apenas diferentes. É condição imperativa que se encontrem e planejem de maneira conjunta, os trabalhos de Orientação Sanitária, programas PréNatais, Programas Educativos a Pais, Programas de Imunização, Seguimento Pós-Alta e tantos outros que atendam os interesses comuns e facilitem a visão de uma ação conjugada e inteira, contínua e poderosa.

No que tange à Área específica da Enfermeira Pediátrica, um Manual de Berçário e o Treinamento em Serviço, facilitarão em primeira instância, a conscientização adequada à Assistência e à Pesquisa, além de política única no manêjo dos pacientes. Essas, sem

dúvida alguma, são medidas fartamente conhecidas, e se aqui vêm enunciadas, é simplesmente para evidenciar a necessidade de que maior parte do tempo da Enfermeira seja dedicada, especificamente, à observação direta e dirigida dos R.N. A esta profissional compete portanto pôr em foco as atenções para certos pontos críticos, que tanto podem evidenciar como antecipar as síndromes respiratórias. Conduzir essa observação a uma ação imediata é o mesmo que prevenir quadros agravantes.

A observação do R.N. está ligada à própria razão de ser R.N. No entanto sabe-se que, nas síndromes respiratórias há um critério seletivo para a observação sistematizada e conduzida que funciona de acordo com as condições pré-natais e natais. Assim, os Prematuros e quaisquer outros R.N. que tenham relato obstétrico de situações referentes a possibilidades de apresentação das síndromes em aprêço, requerem uma observação dirigida, a intervalos regulares, pelo menos nas primeiras 48 ou 72 horas de vida extra-uterina.

O objetivo primordial será prevenir as crises angustiantes e aplicar as medidas de Urgência, caso um dos quadros se constate. Outro objetivo dirige-se à reavaliação dos sinais e sintomas, o que constitui mais uma das fases da ação da Enfermeira, uma vez que, desta depende o desenvolvimento do Plano de Cuidados de Enfermagem.

Pontos importantes da observação, referem-se ao próprio mecanismo respiratório, destacando-se como fundamental dentre êles, a frequência, que em primeiro plano antecipa tôdas as disfunções congêneres. Outros no entanto, referem-se aos dados informativos subsidiários ao diagnóstico médico diferencial. Entre êstes, citam-se a temperatura corporal, a atividade geral do recém-nascido, a diurese, a frequência cardíaca, que servirão também como uma ajuda à Orientação Assistencial e Terapêutica.

Não seria demais enfatizar, que a determinação da Assistência de Enfermagem depende também dos meios de realização disponíveis.

O ambiente, por sua própria importância, constitui dentre êstes meios de realização, a condição básica à preservação do R.N. Por êsse motivo, as exigências ambientais, são atendidas à custa dos seguintes processos:

1. manutenção da temperatura corporal entre 35,5°C e 37°C.
2. umidade relativa entre 60% e 70%.
3. controle da coloração da pele, para evitar cianose.
4. prevenção das infecções.

Êstes processos em conjunto, implicam numa série de medidas de Enfermagem e que são básicas para o cuidado global ao R.N.

O primeiro dêles refere-se à manutenção da temperatura corporal do próprio R.N. ao invés de tentar elevá-la, a um nível previamente determinado, e desde que ela não ultrapasse os limites: máximo e mínimo. Para isso, a providência de maior importância consiste em regular a Incubadora a tantos graus, quantos sejam necessários para manter uma oscilação mínima, dentro dos limites admissíveis.

À medida que a criança ganha pêso, a sua temperatura tenderá a um relativo grau de estabilidade. A continuidade do trabalho da Enfermeira consiste em acompanhar êsse acréscimo termo-graduai, iniciar a redução gradativa da temperatura da Incubadora, até que se chegue a uma situação tal, que permita transferir o Prematuro da Incubadora para o berço aquecido e em seguida, ao berço comum.

O segundo processo, referente à manutenção da umidade permite também favorecer a fluidificação das secreções, evitar irritação da mucosa respiratória, e até certo ponto, deter a perda inicial do pêso.

O terceiro processo prende-se à ministração do oxigênio, como terapêutica sintomática de urgência, para a cianose. Tal processo envolve uma atividade com alto grau de conhecimento, consciência e responsabilidade da Enfermeira, porquanto, a terapêutica deve ser descontínua.

O quarto processo refere-se à prevenção das infecções. Quando se fala de R.N., principalmente de Prematuros, êste processo deve ser encarado de tal forma, que passe a sublinhar tôdas as atividades da Enfermeira.

Obviamente, a prevenção das infecções comporta uma série de medidas tais como: a) — com relação aos R.N., evitar a manipulação desnecessária, evitar aglomerações, fazer uso de técnicas assépticas com relação ao seu equipo, além da medida de individualidade; b) com relação ao material: limpeza sistemática do material antes de ser usado diretamente no R.N. (estetoscópio, fita métrica, etc.); c) com relação ao pessoal: controlar a saúde do pessoal da equipe, através de exames periódicos e afastamento ao menor sinal de manifestação de doença; d) com relação ao ambiente: controle do ambiente através de testes bacteriológicos, das Incubadoras, dos acondicionadores de ar e partes das Áreas de trabalho.

Além dessas, as medidas de urgência, se constituirão a preocupação constante da Enfermeira, uma vez que, é imprevisível o momento exato em que eclodirá um problema respiratório.





Paralelamente a atenção da Enfermeira deve se dirigir também, ao apóio emocional, à segurança de toda a família, através o seu nôvo participante.

O estado emocional da mãe estará certamente sofrendo alterações, por causas diversas, tais como: insegurança, sentimentos de culpa e de decepção; sua tranqüilidade dependerá de um conjunto de reforços que lhe devem ser oferecidos pela Enfermeira Obstétrica e pela Enfermeira Pediátrica. Ensinar-lhe a ver a criança, a cuidar dela, a valorizá-la, são pontos importantes a focalizar durante a hospitalização, como preparo para a alta. Nesse momento, assume importância prioritária a comunicação dessa alta, à Enfermeira de Saúde Pública, e que tem por fim assegurar a continuidade da Assistência de Enfermagem à criança. Aquela, se certificará das condições domiciliárias, do preparo para a recepção da criança e do seguimento orientado à saúde da família.

Para finalizar, outro aspecto que merece a atenção da Enfermeira, é o que se refere à necessidade afetiva do R.N., como primeira etapa do seu desenvolvimento.

O sofrimento do R.N., é um sofrimento incômodo, inconsciente, porquanto êle o sofre mesmo antes de se dar conta, mesmo quando êste é ainda indiferenciável do ponto de vista cinestésico infantil, pois a função afetiva, aquela que lhe comunica sofrimento precede a função do desenvolvimento perceptivo semântico. A criança sofre dos padecimentos ambientes, pela percepção extra-sensorial.

Que se procure incluir dentre os pontos a considerar no manêjo do R.N., a identificação real dêsse aspecto, cuja evidência depende, em grande parte da atenção que lhe fôr dispensada.

Por caber às Enfermeiras a orientação às mães, cumpre-lhes na sua atividade diária, incorporar mais esta reflexão, uma vez que, do seu valor podem depender as inúmeras responsabilidades pelos acontecimentos das neuroses infantis, essas mesmas que se traduzem até pelas dificuldades de dormir, de brincar, de comer, e de amar aos elementos infalíveis da constelação familiar real ou objetal: o pai e a mãe.

## **Interesse Geral**

# **CONTRIBUIÇÃO À HISTÓRIA DA ENFERMAGEM — ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO — A PIONEIRA DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL**

Clélea de Pontes \*

### **INTRODUÇÃO**

O presente artigo representa um trabalho de pesquisa durante quase dois anos. Alunos e funcionários da escola deram uma colaboração espontânea e pudemos juntar material que de algum modo contribuirá para enriquecer a história da enfermagem.

A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto embora, a mais antiga no país, é por muita gente desconhecida. Por incrível que pareça até mesmo os órgãos federais aos quais está afeta, como o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura ignoram seu objetivo, que é formar enfermeiros.

O fato de ser a mesma uma unidade do Serviço Nacional de Doenças Mentais, dá margem para que se interprete serem os enfermeiros ali formados especializados em psiquiatria. E não é verdade.

Os diplomados por aquela Escola, desde a sua fundação gozam dos direitos e vantagens do enfermeiro em idênticas condições aos formados pelas demais escolas.

A exposição que se segue, dá uma visão global da evolução da Escola.

Não é um trabalho completo, pois, continuamos as pesquisas. Deixamos também de ouvir professôres antigos e a primeira diretora enfermeira.

A êles pedimos nossas excusas, esclarecendo todavia que faz parte do nosso planejamento ouvir o depoimento daqueles que muito contribuíram para a sobrevivência da Escola.

Não há dúvida que ela é o exemplo vivo de como a dedicação, o espírito de servir e o entusiasmo ultrapassam tôdas as dificuldades.

---

\* Ex-diretora da E. Enf. Alfredo Pinto

Que êsse esforço dos antigos diretores, professôres e funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto sirva de estímulo a quantos militam no campo da educação.

### DESENVOLVIMENTO

A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto é a mais antiga do país. Surgiu num momento de crise de pessoal, eivada de êrros, sem planificação didática-administrativa, no antigo Hospital Nacional de Alienados.

Em 21 de junho de 1890, o Decreto 508 aprovava o Regulamento para Assistência Médico Legal de Alienados, sendo nomeado Diretor Geral, Dr. João Carlos Teixeira Brandão. Cheio de entusiasmo, introduziu uma série de modificações, entre as quais a de que a Seção Masculina do Hospício Nacional de alienados passaria à vigiância e à guarda de "enfermeiros", excluindo as Irmãs de Caridade. Estas, até então, eram responsáveis pelo serviço de enfermagem, bem como pelos serviços gerais.

A medida visava evitar maior excitação dos doentes masculinos. Todavia, foi interpretada de modo diverso pelas Irmãs que, sem qualquer aviso, não só abandonaram o hospício, como também convenceram as serventes da seção feminina a imitá-las.

Não há como negar que com a saída brusca das freiras criou-se uma dificuldade imensa para os seus dirigentes.

Só "a posteriori", a idéia da criação de uma escola para formação de enfermeiros, ao mesmo tempo que se cuidava de trazer para o Hospício Nacional de Alienados, enfermeiras francesas nos moldes das da Escola Salpêtrière.

Foi criada, então, pelo Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, a "Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras".

### DA ORGANIZAÇÃO ESCOLAR

O decreto de criação da Escola fixava apenas:

- I — objetivos da escola;
- II — currículo escolar;
- III — duração do curso (2 anos);
- IV — condições de inscrição e matrícula;
- V — título conferido.

Não cuidou-se, porém, dos recursos a serem dados, muito menos de sua direção. O Diretor do Hospício Nacional de Alienados seria o seu natural diretor.

Quanto ao corpo docente, o decreto é inteiramente omisso.

Em 29 de janeiro de 1892, o Decreto 896 consolidava as disposições em vigor, relativas aos diferentes Serviços de Assistência Médico Legal de Alienados. O regulamento, com êle baixado em seu artigo 25, dispõe sôbre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Os mesmos pontos fixados no Decreto 791 foram ali repetidos, não fazendo qualquer referência a sua organização administrativa.

É evidente que por não estar prevista essa organização, seu funcionamento deve ter sido precário.

A Escola, após um surto de efêmero entusiasmo, já se ressentia de fraca vitalidade, conforme palavras do Dr. Mário Néri, um dos facultativos do Hospício Nacional de Alienados.

Com os primeiros laivos da decadência, houve uma reação dos médicos do estabelecimento para que a instituição, em tão boa hora organizada, não viesse a morrer de todo.

Assim é, que em 16 de fevereiro de 1905, precisamente às 20:15, no salão nobre do Edifício do Hospital Nacional de Alienados, situado na Praia da Saudade, hoje Praia Vermelha, presentes o Sr. Ministro de Justiça e Negócios Interiores, Dr. José Joaquim Seabra, o diretor interino do Hospício, Sr. Dr. Júlio Afrânio Peixoto, o Diretor e Secretário da Escola, respectivamente Dr. Antônio Fernandes Figueira e Dr. João Mello Mattos, foi inaugurada oficialmente a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Embora seja citado na referida ata o nome de Dr. Antônio Fernandes Figueira como diretor, nada encontramos sôbre a sua indicação para o cargo.

Na ocasião foram designados professores: Dr. Miguel da Silva Pereira, Dr. Humberto Netto Gotuso e Dr. Amphisio Epaminondas Gouvêa para lecionarem Anatomia e Fisiologia Elementares; Dr. Domingos Alberto Nelmy, Farmacêutico Francisco Ribeiro de Almeida para lecionarem Farmácia e Administração de Medicamentos; Dr. José Cardencl de Arpennas, Dr. Álvaro de Andrade Ramos, e o Sr. Gastão de Oliveira para lecionarem Curativos e Pequena Cirurgia; Dr. Antônio Fernandes Figueira, Dr. Antônio Austregésilo Rodrigues Lima e Sr. João Paulo de Moreira Brito para lecionarem Higiene Geral e Noções de Patologia; Dr. Juliano Moreira, Dr. Afrânio Peixoto, Sr. Francisco Cláudio de Sá Ferreira, Sr. Lúcio Joaquim de Oliveira e Sr. Adelino da Silva Pinto para lecionarem Unidades e tratamento dos alienados; Sr. Paulo Lauret para lecionar Massagem; Sr. Euzébio de Queiroz Mattoso Maia e Sr. Luiz de Rezende Puuk, para lecionarem prática administrativa e disciplinar.

Temos assim, o primeiro currículo de ensino de enfermagem no país:

- I — Anatomia e Fisiologia elementares.
- II — Pequena farmácia e administração de medicamentos.
- III — Anatomia e pequena cirurgia.
- IV — Higiene Geral e Noções de Patologia.
- V — Cuidados e tratamentos aos alienados.
- VI — Prática administrativa e disciplina.

Na ocasião estavam inscritos no curso 23 homens e 7 mulheres.

Anexa à Escola, funcionava um curso primário com a frequência de 32 alunos, 18 mulheres e 14 homens, todos, aspirantes ao curso de enfermagem. Pelos requerimentos de matrículas encontrados por nós, datados de 1906, verificamos que a maioria era de servidores já em exercício no Hospício Nacional de Alienados. Sentiam os médicos que era difícil o exercício da medicina, sem um profissional de enfermagem com educação sistematizada.

Em 29 de junho de 1905 reuniu-se novamente a Congregação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Verifica-se pela ata, a preocupação dos direitos e do corpo docente da Escola, em que a mesma tivesse autonomia, principalmente econômica. A condição de dependência do Hospício Nacional de Alienados impedia que os objetivos a que se propunha a Escola fossem atingidos.

Foi prometido então pelo diretor do Hospício “que seria consignada uma verba para ser aplicada ao arbítrio da administração da Escola”. Prometeu, ainda, fornecer luz à Escola!

Em 29 de junho de 1905, encontramos nova ata da reunião da Congregação, na qual foram apresentados e discutidos os seguintes problemas:

- 1.º — divisão das turmas pelo sexo, como providência de alcance didática e disciplinar;
- 2.º — organização dos programas definitivos de cada cadeira;
- 3.º — revisão do horário de aulas.

Pela leitura da ata deduz-se que, embora a Escola estivesse em funcionamento, o currículo e a seriação estavam em ensaio.

Não havia regimento interno; portanto, tôdas as decisões de ordem didática e administrativa eram tomadas pela Congregação da Escola. O espírito dos médicos do então Hospício Nacional de Alienados, é que fazia sobreviver a pseudo Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Em 11 de julho de 1911, o Decreto 8 834 reorganizou a Assistência aos Alienados. O artigo 67 dispõe sobre o Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Os mesmos pontos foram fixados:

- I — objetivos da Escola;
- II — duração do curso ;
- III — currículo;
- IV — condições de inscrição e matrícula
- V — título conferido.

Não seria dessa vez ainda que estariam previstos os meios para o funcionamento da Escola.

Com o Decreto 5.148, de 10 de janeiro de 1927, é reorganizada a Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal. Seu regulamento foi baixado com o Decreto 17.805, de 23 de maio de 1927; em seu artigo 86, faz referências à Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Encontramos então:

- I — Objetivos da Escola.
- II — Divisão da mesma em duas seções: mista e feminina.
- III — Duração do curso em 2 anos, havendo uma 3.<sup>a</sup> série, para obtenção do título de visitadora social.
- IV — Seriação.
- V — Currículo.
- VI — Calendário escolar.
- VII — Condições de inscrição e matrícula.

No artigo 102 do mesmo decreto é esclarecido que “para o seu funcionamento, a Escola de Enfermeiros reger-se-á por instruções especiais, propostas pelo Diretor Geral e aprovadas pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores.

Sòmente em 2 de setembro de 1921, surge o primeiro regimento interno da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Temos nesse regimento:

- “Capítulo I — Ccomposição e fins da escola, divisão da mesma em três seções: mixta, masculina e feminina.  
— A superintendência de cada seção estava a cargo dos diretores onde funcionavam, isto é, Hospício Nacional e nas Colônias de Alienados e de Alienadas, respectivamente.

Capítulo II — do ensino:

- a) currículo;
- b) seriação;
- c) estágios práticos.

Capítulo III — Dos professôres.

“ IV — Dos trabalhos escolares.

Capítulo V — Da matrícula.

Capítulo VII — Dos exames.

“ VI — Dos alunos.

“ VIII — Disposições gerais.

Capítulo IX — Disposições transitórias”.

Pelo exposto, a direção da Escola e seus recursos ficavam com o Hospício Nacional e a Colônia de Alienados .

Com a criação da Seção Feminina, em homenagem a Alfredo Pinto, então Ministro da Justiça e Negócios Interiores, aquela Seção passou a denominar-se “Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto”.

Seu primeiro diretor: Dr. Gustavo Riedl.

Em 1923, era criada a Escola de Enfermeiras D. Ana Neri, junto ao Departamento Nacional de Saúde. No decreto de sua criação já se estabelecia que a direção seria de enfermeira.

Em 1925, pelo Decreto 16.782-A, foi ela considerada “escola-padrão”.

No país, havia então duas escolas oficiais para a formação de enfermeiros. Donde já podemos lobrigar a discrepância: a Alfredo Pinto — Escola sômente “de direito” enquanto a Escola Ana Neri, não só “de direito”, como “de facto”.

A guisa de ilustração salientamos dois pontos que reputamos condições “sine qua non” para uma Escola de Enfermagem:

- a) Direção da Escola por um profissional.
- b) Liberdade de campo de trabalho para seus profissionais.

A Escola Alfredo Pinto esteve durante 53 anos frontalmente contrária a êstes princípios: A direção integral a médicos e funcionamento “intra-muros”, donde seu campo de estágio limitar-se tão-sômente ao Hospício Nacional e à Colônia de Alienados e Alienadas. Enquanto a Ana Neri distribuía suas alunas pelos diferentes hospitais do govêrno, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras limitava a prática de estágio sômente ao Hospício Nacional e à Colônia de Alienados e Alienadas.

Em 15 de junho de 1931 o Decreto 20.109 regulamentava pela primeira vez o exercício da enfermagem no país. No artigo 4.º dizia que “as escolas de enfermagem oficiais ou particulares que desajassem a equiparação deveriam solicitá-la ao Ministério da Educação e Saúde Pública descrevendo em detalhe a organização dos cursos, as instalações materiais e composição e títulos do professorado, enviando exemplares de seus estatutos regulamentos e regimentos internos”.

Seria excelente a oportunidade para que a pseudo Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras pudesse realmente constituir-se como escola e libertar-se da direção dos diretores do Hospício e Colônia de Alienados.

Na verdade, embora com título de escola, o que se fazia era um treinamento de pessoal para atender às necessidades do Hospício e da Colônia. Tanto assim que as vantagens concedidas pelo Decreto 20.109 não foram solicitadas. Perdeu, assim, a escola sua grande chance.

Em maio de 1933, o Dr. João de Mello Mattos como subdiretor da Seção Mista da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras queixava-se, em seu relatório de:

- I — falta de localização própria para a Escola;
- II — falta de instalações adequadas;
- III — precariedade de recursos econômicos.

Estavam matriculados, na ocasião, 45 alunos.

Em 1941, pelo Decreto-lei 3.189 foram dispostas normas sobre aulas da citada escola. Referiam-se elas a:

- I — Designação de professores, dentre os formados em medicina, pelo respectivo Ministro de Estado;
- II — fixação em 28, o número de vagas de professores;
- III — fixação de gratificação por hora de aula dada.

Contudo não fôra criado o corpo docente, pois, o artigo 2.º desse mesmo decreto especificava que “os professores designados na forma do artigo anterior não ficarão dispensados dos trabalhos do serviço ou repartições em que estiverem lotados”...

Esses professores eram designados por proposta do diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, dependendo de prévia autorização do Presidente da República.

Em 1942, o Decreto-lei 4.725 de 22 de setembro, reorganizou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Os objetivos da escola foram totalmente modificados e passaram a ser:

- I — preparar enfermeiros auxiliares para os serviços sanitários e assistenciais;
- II — promover a especialização, em serviços psiquiátricos, de enfermeiros diplomados.

Aos primeiros, seria fornecido diploma e aos segundos, o certificado correspondente.

Quanto às condições de inscrição permaneciam a de nível primário para o primeiro e diploma de enfermeiro para o segundo.

Nesse decreto são criados ainda o cargo de diretor e secretário da Escola. O primeiro nomeado pelo Presidente da República, por indicação do diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, e o segundo nomeado por este, por indicação do diretor da Escola. Esta passaria a denominar-se Alfredo Pinto.

Nenhuma referência é feita quanto a exigência do cargo do diretor.

No que diz respeito ao corpo docente não há o estabelecimento de cargos, mas há funções de professor. E estes poderiam ser “médicos, enfermeiros nacionais ou estrangeiros, servidores do Estado ou não”.

Interessante é que aqueles já servidores do Estado poderiam ser dispensados dos trabalhos nas repartições de origem, porém ficando na obrigação das 18 horas de trabalho semanais na Escola.

Para os outros, o pagamento seria a base da hora de aula, que poderia atingir até 9 horas por semana, a Cr\$ 40,00 por aula dada.

Em 22 de setembro de 1942, o Decreto 10.472 aprova o regulamento da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Nesse decreto o curso de enfermeiro-auxiliar tem a duração de 18 meses, divididos em 6 períodos de três meses cada um. O curso de especialização em psiquiatria teria a duração de 6 meses e dois períodos trimestrais. Não houve a mínima repercussão!

Quanto as condições de inscrição já é exigido para o curso de enfermeiro-auxiliar um exame de admissão no nível da 2.<sup>a</sup> série ginásial.

Após uma existência de 53 anos sem um profissional de enfermagem na Direção, pois, somente em 1943 assume a direção da escola a primeira enfermeira, D. Maria de Castro Pamphiro, diplo-

mada pela Escola Ana Neri em 1925, a turma pioneira daquela escola.

A riqueza de falhas era tanta que ainda hoje pagamos tributo. A orientação existente caberia a quaisquer outras instituições — menos a uma Escola de Enfermagem.

Encontrou um corpo discente de 42 alunos, “abertas as inscrições para admissão ao primeiro período, apresentam-se 23 candidatos logrando apenas uma aprovação. Realizou-se por êsse motivo um exame de admissão ao qual compareceram 7 alunos sendo todos reprovados”.

Em 1944, o Departamento Nacional de Saúde fazendo propaganda nos Estados despertou maior interêsse por parte dos candidatos.

Dados nos revelam que naquele ano realizaram-se várias inscrições para exame de admissão, que pareciam constar de: português, matemática e ciência. O quadro abaixo descreve melhor o número de candidatos inscritos e aprovados:

MESES	C A N D I D A T O S			
	Inscritos	Compareceram	Aprovados	Reprovados
Fevereiro				
Abril	18	15	0	15
Junho	28	18	11	7
Outubro	70	20	13	7
	33	27	16	11
<b>TOTAL</b>	149	80	40	40

Nesse mesmo ano é criada a Escola de Enfermeiros da Prefeitura do Distrito Federal que em sua resolução n.º 8, dá a ela o nome de Rachel Haddock Lobo.

O curso tinha a duração de 3 anos e era exigido o ginasial.

Dêse modo cada vez mais a Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto se distanciava de suas congêneres, para no Serviço Nacional de Doenças Mentais, embora já com a liderança de enfermeira porém sem recursos administrativos próprios, e não se beneficiando do

Decreto de 20/9/31, que a equiparava a escola padrão. Na realidade a situação era "pro-forma" e isto não se coadunava com o espírito da nova diretoria. A D. Maria de Castro Pamphiro, môça culta e idealista, recém-chegada dos EE.UU. onde fôra fazer um curso de pós-graduação em Enfermagem, lutou intensamente, alcançando liberdade em matéria de ensino e dispondo de regulamento próprio, consoante, discriminaremos dentro em pouco.

Em 1944, o Decreto 17.185 de 18 de novembro aprova o regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde.

No seu artigo 2.º é dado destaque a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto como órgão separado. No artigo 53 diz que em matéria de ensino disporá a escola de regulamento próprio.

Sòmente em 1944, teve a Escola o seu primeiro orçamento, embora vinculado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Quanto às instalações próprias não obtivemos informações precisas e como continuamos em nosso trabalho de pesquisas, é possível que mais tarde encontremos êsse detalhe.

Sòbre o pessoal, seria aquele lotado no Serviço Nacional de Doenças e designado para servir na Escola.

O Decreto-lei 8.772/46 altera as carreiras de Enfermeiros e de Auxiliar de Enfermagem, No seu artigo 1.º o parágrafo 1.º diz: "Para o ingresso na carreira de enfermeiro do Quadro Permanente é indispensável a apresentação de diploma de enfermeiro, conferido pela Escola de Enfermeiras Ana Neri ou por estabelecimentos a ela equiparados".

No artigo 2.º "Fica criada no Quadro Permanente do Ministério da Educação e Saúde a carreira de Auxiliar de Enfermagem".

Parágrafo único — Para o ingresso na carreira de Auxiliar de Enfermagem é indispensável a apresentação do certificado da conclusão do respectivo curso, feito na Escola de Enfermeiras Ana Neri ou em estabelecimentos a ela equiparados.

Não sabemos em que categoria poderiam se enquadrar as formandas da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, se desejassem pertencer ao quadro do pessoal daquele Ministério.

Pela documentação encontrada, verificámos a preocupação da primeira diretora enfermeira no sentido de dinamizar a escola e colocá-la em pé de igualdade com as demais existentes no país.

Em 1943 já subia a 10 o seu número, e tôdas equiparadas à Escola Ana Neri.

Em relação ao corpo docente procurou D. Maria Pamphiro aumentar o seu número.

Temos então em 1943, 31 professôres médicos e de outras especialidades, todos horistas, cuja relação segue abaixo.

N.º de ordem	N. O M E	Matéria que lecionou	Título do professor
1	Dr. Affonso Homem de Carvalho	História Natural	Psiquiátra
2	Dra. Alice Marques dos Santos	Farmac. Terap.	"
3	Dr. Amilcar Barca Pelon	Prat. Saúde. P. Lap.	Sanitarista
4	" Carlos Pimentel Cardoso	Radiol. Fisiol.	Médico
5	" Dênis Malta Ferraz	Prof. e Clínica	Psiquiátra
6	" Fábio Leite Lobo	Física e Química	"
7	" Fábio de Oliveira Camargo	Higiene	"
8	Sr. Francisco de Assis P. Fortuna	Prat. Laboratório	Téc. Laborat.
9	Dr. Geraldo Junqueira Ribeiro	Anatomia	Psiquiátra
10	" Gustavo Augusto de Resende	Serv. de Guerra	"
11	" Januário Jobim Bittencourt	Psicol. Psiquiat.	"
12	Dr. José Carneiro Airosa	Fisiologia	"
13	Dra. Juana Mancusi de Lopes	Ética Enfermagem	Médica
14	D. Leontina Gomes	Prat. Saúde Púb. 2.º p.	Enfermeira
15	Dr. Lintz Caire	Oftalm. Otorrino Ia.	Médico
16	Dr. Luiz Amadeu Robalino de Oliveira	Serviço Sociais	Psiquiátra
17	Dr. Luiz Campos Melo	Dermat. e Sífilis	Sanitarista
18	" Mário Moutinho dos Reis	Medicina de Urg.	Médico
19	" Murilo Vilela Bastos	Prat. de Labort.	Biologista
20	Sra. Olimpia Avelar Lopes	Tec. Sala de Oper.	Enfermeira
21	Dr. Oscar Porfírio de A. Ramos	Cirurgia	Cirurgião
22	" Pedro de Souza da C. e Sá	Obst. Ginec. Urol.	Médico
23	Dr. Walter Silva	Nutrição e Diet.	"
24	" Virgílio Gondim de Uzeda	Meidcina Prevent.	Médico Sanit.
25	Dr. Antônio Xavier de Oliveira	Higiene Mental	Psiquiátra
26	Dr. Elso Arruda	Terap. Psiq. Praxit.	"
27	" Ivan da Costa Rodrigues	Neuriatria	"
28	" José Affonso Neto	Neuro-Psiq. Inf.	"
29	" José Alves Garcia	Psicol. Norm. Pat.	"
30	" Manoel Leite de Novais Melo	Psiq. Clínica	"
31	Dr. Oswaldo Camargo Abib	Psiquiatria	"

Já havia também um grupo de enfermeiro em exercício na escola, para a função de professor, e que abaixo relacionamos:

N.º de ordem	N O M E	Matéria que lecionou	Título do professor
1	Adebia Pedroso Theobaldo	Téc. Enferm. Hosp.	E.A.N.
2	Maria das Mercês Araújo	Ensino Téc. Enf.	"
3	Mercedes Ricardina dos Santos	Téc. Espec. Inter.	"
4	Maria da Penha Machados Pollmann	Nutric. e Dietet.	"
5	Olimpia Avelar Lopes	Téc. Especializ.	"
6	Regina Meinicke	Assist. Aulas Téc.	"
7	Débora Martins Saião	e Exames Teóricos	E.E.A.P.
		Assist. Aulas Téc.	E.E.A.P.
		e Exames Teóricos	

Vimos também que os estágios ultrapassaram os muros do Serviço Nacional de Doenças Mentais. O Departamento Nacional da Criança foi um deles.

Quanto a localização, nessa época, passou a funcionar a Av. Pasteur n.º 298, no andar térreo, antiga residência do Professor Juliano Moreira e atual sede do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Também o pavilhão Bourneville foi cedido à escola, onde até hoje está instalada.

Em 21 de junho de 1946 é criada a Universidade do Brasil. A ela já incorporada a Escola Ana Neri.

O grande marco da enfermagem foi a Lei 775, de agosto de 1949, que regulava o ensino da enfermagem no país. Nela foram estabelecidos dois cursos: o de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem. As condições de inscrição e matrícula para o primeiro seria a conclusão do curso secundário, e para o segundo, apenas o primário.

Em seu artigo 16 parágrafo 1.º dizia: "as escolas oficiais de enfermagem já existentes são autorizadas a manter cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, de acordo com a presente lei".

No artigo 19.º "As atuais escolas de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem, ainda não autorizadas ou reconhecidas, existentes no país, ao ser publicada esta lei deverão requerer, dentro de sessenta dias imediatos a essa publicação, a respectiva autorização do Poder Executivo".

No mesmo ano foi baixado o Decreto 27.426 em novembro onde se aprovava o regulamento para os cursos básicos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. Em seu artigo 44 fixa que "o diretor seja obrigatoriamente diplomado em enfermagem". E no artigo 72: "e os atuais cursos federais de enfermagem e de auxiliar de enfermagem deverão adaptar seus regulamentos e regimentos à lei 775, de 6 de agosto de 1949 e às normas básicas do presente regulamento".

Não obstante, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, embora legalmente reorganizada para formar enfermeiros-auxiliares a partir de 1942, por motivos não encontrados por nós deixou de enquadrar-se à lei 775, como também não cumprir o Decreto-Lei de 1942. Continuava a formar enfermeiros.

Em 1951 quando da separação do Ministério da Saúde do da Educação e Cultura, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que não havia se enquadrado às leis que regulamentavam o ensino da enfermagem, permaneceu no Ministério da Saúde.

Com a designação da nova diretora em 1955, foram logo tomadas providências no sentido de adaptar a Escola as exigências da Lei de Ensino. Foi elaborado então um Regulamento que só em 1957 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Educação, no Parecer 137/59, homologado pelo Sr. Ministro da Educação e Cultura, em 19 de março de 1959.

Nêles foram cuidados os seguintes assuntos:

- I — Da escola e seus fins;
- II — da organização do Curso de Graduação em Enfermagem;
- III — da organização do Curso de Auxiliar de Enfermagem;
- IV — dos órgãos diretivos;
- V — da organização didática do corpo docente;
- VI — do pessoal administrativo;
- VII — do regimento escolar;
- VIII — das disposições transitórias e gerais.

Nesse regulamento a escola novamente altera seus fins, que da formação de enfermeiro-auxiliar, conforme Decreto-Lei 4.725/42, passou a formar enfermeiros, com a duração do curso de três anos, conforme estabelece a Lei 775/49

Foi mantido o curso de especialização porém nada há entre a duração e condições para a sua realização.

O curso de enfermeiro-auxiliar é transformado em auxiliar de enfermagem com a duração de 18 meses.

Os estágios já se ampliaram a outros hospitais, embora permanecendo grande parte no Centro Psiquiátrico Nacional, antigo

Hospital Nacional. Passaram os alunos a beneficiarem-se da prática no Hospital dos Servidores do Estado e Hospital do I.A.P.C.

, A 16 de março de 1961 assumimos a direção da Escola e nesse mesmo ano foi sancionada a Lei 4.024 que dispõe sobre Diretrizes e Bases da Educação. Também nesse ano expirava o prazo concedido pelo parágrafo único do artigo 5.º da Lei 775/49 que permitiu o ingresso daqueles que não tivessem o curso secundário completo.

Situou-se, pois, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto definitivamente em nível superior/

Assim é que em 1962 só puderam inscrever-se no concurso de habilitação, candidatos portadores do certificado do secundário completo.

Uma das nossas preocupações foi o de sistematizar o trabalho no sentido de atender aos múltiplos problemas da Escola. Deliberamos então estabelecer um plano que objetivasse:

- I — reorganização didática e administrativa;
- II — recrutamento, seleção e aperfeiçoamento do corpo docente;
- III — estudo e ampliação dos campos de estágios;
- IV — adaptação e reparos no imóvel da Escola;
  
- V — orçamento programa;
- VI — estabelecimento de um programa de recrutamento dirigido para atrair maior número de candidatos;
- VII — maior divulgação das atividades da Escola e da profissão;
- VIII — transferência da escola para o Ministério da Educação e Cultura;
- IX — atualização dos programas.

Estabelecido o planejamento cuidou-se de sua execução. Foram constituídas comissões para estudo dos diversos itens. Também a diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo muito nos orientou sobre a maneira de resolver certos problemas.

Com a reforma administrativa esperávamos que a transferência da Escola para o Ministério da Educação e Cultura fôsse concretizada, visto que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação a êle avoca o ensino de formação. Contudo, o Ministério da Saúde, criando o Instituto Superior de Saúde, nele incluiu a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto como um dos seus órgãos.

### ANÁLISE E CRÍTICA

Pelo exposto, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto surgiu da necessidade de se melhorar a assistência de enfermagem aos psicopatas. Todavia, como no país a formação desse profissional fôsse inédita, pretendeu-se a êle abrir todos os campos. Daí o dizer o Decreto 791/990 "para servir aos hospitais civís e militares".

Embora o espírito da lei assim o desejasse, na realidade, tal não aconteceu. Primeiro, porque à escola não foram dados, nem autonomia, nem recursos financeiros para o seu funcionamento. Ao mesmo tempo o treinamento dos alunos era limitado ao Hospício Nacional de Alienados e à Colônia de Alienados e Alienadas. Esses mesmos alunos, em sua maioria, eram recrutados dentre os funcionários daquelas instituições. Tanto assim que houve necessidade da criação de um curso de alfabetização para que pudessem êles inscrever-se posteriormente na Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros.

O seu corpo docente, embora um dos mais doutos da época, era composto, em sua maioria, de psiquiátras.

A multiplicidade de legislação em tórno das atividades da Escola jamais veio ajudá-la em seu funcionamento. E quando surgia uma lei que pudesse colocá-la em situação de Escola "de fato" dela não tomavam conhecimento seus dirigentes. Não vai aqui qualquer demérito àqueles senhores. Acreditamos que temiam êles que, alçando um vôo mais alto, fugisse-lhes das mãos a escola. E os alunos nela matriculados prestavam "bons" serviços ao Hospício Nacional e à Colônia de Alienados.

Também é incompreensível, que ao pretender o Departamento Nacional de Saúde desenvolver um plano de formação de enfermeiros nos níveis modernos, criasse uma outra escola quando no próprio ministério já existia uma. Do mesmo modo não se entende porque ao ser regulamentada a profissão de enfermagem pelo Decreto 20.109/31 o diretor do Hospício Nacional de Alienados não tomasse providências para equipará-la à Ana Neri, considerada por aquêle decreto, escola-padrão.

O seu artigo 7.º dizia serem requisitos básicos para a equiparação:

- a) dispor de uma organização moldada na escola-padrão;
- b) direção, sempre de enfermeiras, etc.

Até então, a direção da Escola Profissional dos Enfermeiros e Enfermeiras tinha sido entregue aos médicos do Hospício Nacional e da Colônia de Alienados. Teria sido essa uma das razões pela qual

não desejavam os seus dirigentes adaptar a escola ao referido decreto?

Em 1943 os objetivos da escola foram modificados, que de enfermeiros passou a formar enfermeiros-auxiliares. Nessa modificação surgiu também um curso de especialização, que jamais foi realizado.

Em 1943 assumiu a direção a primeira enfermeira. E em 1944 foi dado destaque à Escola como um dos órgãos do Serviço Nacional do Doenças Mentais, saindo da condição de anexo do hospício e da Colônia de Alienados.

Foram fundidas pois as três seções: a mista, a masculina e a feminina. E pela primeira vez teve a Escola dotação orçamentária própria.

Esses fatos foram de real importância para o seu desenvolvimento.

Com a presença de uma enfermeira na sua direção a escola que era "de direito" mas não "de fato" passou a ser "de fato" mas não "de direito". Isso porque, contrariando o Decreto-Lei de 1942, procurou a nova diretora adotar o currículo escolar à escola padrão, embora os requisitos para inscrição permanecessem no nível da 2.<sup>a</sup> série ginásial. Continuou a formar enfermeiros em vez de enfermeiro-auxiliar.

Com a lei 775/49 e seu regulamento 27.426 do mesmo ano, era de se esperar que a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, já liderada por enfermeira, cumprisse as suas exigências no que diz respeito à adoção do regimento. Somente em 1959 vamos encontrar satisfeitas aquelas exigências.

Era de se esperar que o Ministério da Educação e Cultura cuidasse da criação de órgão encarregado de assuntos referentes à enfermagem, conforme previsto no parágrafo 2.<sup>o</sup> do artigo A da Lei 775/49.

Todavia, até hoje, nenhuma medida foi tomada para a concretização da idéia.

Daí, situações tais onde, por falta de orientação, supervisão e fiscalização, as leis permanecem no formalismo.

Com a promulgação da lei 4.024/61 situou-se a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto em nível superior.

Em menos de vinte anos a escola de nível educacional baixo, dado a condições de inscrição exigirem apenas a 2.<sup>a</sup> série ginásial, passa à condição de escola de nível superior.

É condição básica para uma escola ter o seu corpo docente qualificado e em quantidade suficiente para atender às atividades do ensino. Contudo, já no governo do Sr. Jânio Quadros, foi criado um grupo de trabalho no sentido de reorganizar a escola,

# **MÉDICO-ENFERMEIRA INTER-RELAÇÃO PROFISSIONAL**

\* Maria Francisca Rangel Barros

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos tempos se tem observado uma preocupação crescente quanto ao reconhecimento da importância da inter-relação da equipe de saúde, principalmente, o relacionamento profissional do médico e da enfermeira.

Sabe-se que o progresso da tecnologia e da especialização vem tornando cada vez mais complexo o cuidado ao paciente. Ao mesmo tempo, tornam-se mais visíveis as dificuldades e os problemas da área de relacionamento interprofissional.

Uma abordagem mais ampla da área de responsabilidade e independência da enfermagem talvez pudesse ser uma das formas válidas para o encontro de soluções.

## **As atribuições e a orientação básica na Medicina e na Enfermagem**

Parecem ser os mesmos os objetivos da Enfermagem e da Medicina: a preservação e a restauração da saúde. O que estabelece a diferença é simplesmente o meio de cada uma procurar alcançar esses objetivos. Podemos dizer que ambas atuam com se fôssem dois círculos concêntricos, com conteúdos diferentes, embora apoiadas na mesma base.

Enquanto a preocupação principal da medicina parece ser o processo de cura, compreendendo o diagnóstico e tratamento, a enfermagem preocupa-se com o cuidado, um processo que compreende o atendimento, a ajuda, o conforto e a orientação. No entanto, as duas profissões sentem-se responsáveis pela ajuda psicológica que se deve ao doente.

---

\* Enfermeira — Secretária de Saúde D.F.

\* Enfermeira — Secretária Saúde D.F.

Dia a dia, o médico vem delegando à enfermeira uma série cada cada vez maior de ações que geram atividades consideradas instrumento para o diagnóstico e tratamento.

Mesmo enfatizando o diagnóstico e o tratamento, a medicina espera de seus membros uma percepção mais ampla do cuidado ao paciente, o reconhecimento dos fatores que influenciam na saúde e na doença e as necessidades que essas influências trazem.

De acordo com Starfield e Eorkcwf,<sup>1</sup> os médicos em Pediatria são mais inclinados a registrar as queixas dos pacientes se estas são relacionadas com sintomas ou funções do corpo do que com o comportamento ou problemas da mente.

Assim, vamos encontrar na definição de tarefas e nos programas de enfermagem melhores expectativas em relação à orientação psico-social. Vários pesquisadores americanos têm demonstrado essa diferença de pontos de vista entre as duas profissões, até na área ambulatorial.

Verifica-se em várias etapas do cuidado em clínicas de saúde infantil maior ênfase na identificação dos problemas da família por parte da enfermagem que da medicina.

Em um trabalho feito por Lewis<sup>2</sup>, os objetivos do cuidado ao paciente e os fatores considerados importantes para diagnóstico, na opinião de estudantes de medicina e de enfermagem, diferem na seguinte ordem: Os estudantes de medicina levam em consideração os objetivos orientados à doença e a fatores biológicos de prognóstico, enquanto os estudantes de enfermagem consideram objetivos relacionados com os fatores sociais e com o cuidado contínuo ao paciente.

Deduz-se que essas profissões observam os pacientes de diferentes pontos de vista e percebem diferentes problemas.

### **O médico e a enfermeira no trabalho em equipe**

O médico é o líder da equipe de saúde. Seu ponto de vista exerce sempre grande influência sobre os demais membros do grupo, embora nem sempre seja descrito como democrata. Revela tendências a consignar os demais participantes da equipe a um limbo não profissional, aceitando-os como pessoas que trabalham para ele e não para o paciente, considerando-os mais como seus funcionários que colegas.

Ao observarmos a cena moderna de um hospital compreendemos que esse conceito constrangedor deriva mais de fatos, que da dis-

torção de percepção. Segundo alguns pesquisadores, o problema ainda pertence à área da enfermagem, que orienta sua organização mais para as tarefas que para o paciente.

É que a estrutura organizacional da enfermagem permite que a enfermeira dependa, na interação com a paciente, tão pouco tempo quanto o médico, resultando que saiba quase nada dos problemas pessoais do paciente. Ainda que as educadoras na área da enfermagem advoguem a orientação psico-social e as enfermeiras se julguem orientadas para o paciente, a realização tem sido bem diferente. Num estudo com alunos do cursos de graduação em enfermagem Davis<sup>3</sup> e col. informam: os estudantes criticaram “a despersonalização burocratizada do paciente, a falha em prover o apoio emocional, a preocupação obsessiva com os procedimentos técnicos em detrimento do bem-estar psicológico”.

Pode-se até pensar que a dificuldade de expansão das tarefas da enfermagem seja determinada pela própria dificuldade da enfermagem em procurar seus caminhos, já que se tornou afeita a atividades curativas por determinação médica. Isso ajuda o médico a ver a enfermeira como sua assistente técnica.

#### **A situação da enfermeira no país**

Para compreendermos esta construção na tarefa da enfermeira, será necessário avaliar a situação da profissional nas diferentes regiões do país.

Embora pareça chocante encarar os fatos sob um prisma negativo, é importante que se ressalte a posição da enfermagem que, como profissão, só em alguns centros se projeta de forma adequada. Esse trabalho visa alcançar principalmente os locais de serviços onde se encontra grande número de enfermeiras que ainda não despertaram para uma conscientização de seu papel como membro da equipe de saúde.

A limitação do desenvolvimento das atividades de enfermagem pode ser gerada por evidências do autoritarismo médico de um lado e pela dependência e aceitação da enfermeira de outro.

Razões para esse padrão de comportamento podem ser encontrados na medicina, na enfermagem e no próprio ambiente sócio-cultural de que cada grupo é uma parte.

Tendo essas forças como moldura, o cuidado ao paciente, hoje, enfatiza o diagnóstico e o tratamento da doença. A enfermeira, ajudando o médico a alcançar esse importante objetivo, concentra sua energia nas tarefas indicadas. Ainda que ela proveja o cuidado físico

aos pacientes hospitalizados, suas amplas possibilidades em orientar, ajudar e confortar prosseguem grandemente irrealizadas.

### **A ampliação do campo de atividades da Enfermeira**

Assim como em outros países, a enfermagem no Brasil, deverá, ao nível profissional, desenvolver suas potencialidades, isto é, atuar como verdadeiramente responsável pelo cuidado integral do paciente e não apenas por tarefas delegadas num papel.

Essa ampliação das tarefas de enfermagem poderá ser verificada desde a área de Saúde Pública até as de Ambulatório e Hospitalização, no cuidado ao adulto e à criança.

De acôrdo com êsse ponto de vista, a enfermeira assume a responsabilidade de certos aspectos do trabalho antes realizado somente pelo médico. Deverá então receber treinamento avançado e desenvolver suas experiências, por exemplo, em: entrevistas, exame físico, considerando os fatores biológicos e psico-sociais na saúde e na doença; essa enfermeira avalia a condição do paciente, maneja relativamente os problemas, institui medidas preventivas, presta apoio emocional e orientação.

Mais que isso, assiste o paciente com uma certa independência, encaminhando-o ao médico de acôrdo com a indicação, ou seguindo um plano pré-estabelecido. Embora assumindo parte da atribuição do médico, mantém concorrentemente suas próprias atribuições; ela estará respondendo pelo atendimento e consulta de enfermagem.

Um dos objetivos dessa expansão é tornar mais econômica a disponibilidade e a prestação de serviços de saúde pela ampliação dos recursos de medicina, através da utilização racional de uma área da enfermagem.

Trabalhando lado a lado com tal enfermeira, o médico poderá concentrar-se em seu próprio campo de especialidade, diagnóstico e terapêutica, além de dispor de mais tempo para os problemas mais complexos do paciente. Em conjunto, os dois profissionais poderão atender a mais pacientes. Além disso, poderão ambos, dedicar-se mais aos problemas de interação com o paciente do que o fariam isoladamente.

### **Conclusão**

Ao dedicar-se à expansão de tarefas na equipe de saúde, a enfermeira está se preparando para desempenhar um trabalho mais amplo de contribuição ao cuidado do paciente, consciente de que

tais tarefas alcançam a área da medicina, mais do que roubam parte da mesma.

Finalmente, a tecnologia do cuidado da saúde está produzindo enorme demanda sobre a medicina e, através da medicina, sobre a enfermagem.

A despeito de sua complexidade, os aspectos técnicos do cuidado ao paciente são mais manejáveis que o interpessoal e psico-social.

Se envolvida nessa atmosfera de pressões a enfermagem pode adquirir suficientes conhecimentos e forças para desenvolver e manter suas próprias atribuições, é uma questão para o futuro. Se a medicina pode facilitar esse processo e vir a trabalhar mais eficientemente com a enfermagem, é assunto igualmente importante e também pertence ao futuro. A busca das respostas a essas questões recairá sobre áreas sensíveis de ambas as profissões.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Starfield B, Borkowf S: Physicians' recognition of complaints made by parents about their children's health. *Pediatrics* 43:168 - 172, 1969.
- (2) Lewis CE, Resnik BA: Relative orientation of students of medicine and nursing to ambulatory patient care. *I. Med. Educ.* 41:162. 166, 1966.
- (3) Davis F, Olesen VL, Whittaker EW: Problems and issues in collegiate nursing education. *The Nursing Profession* F. Davis N.Y. John Wiley and Sons, Inc. 1966 — PP. 138 — 175.

## Legislação

### **DECRETO N.º 66.967 — DE 27 DE JULHO DE 1970** **DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATI-** **VA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA**

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe conferem os itens III e V do artigo 81, da Constituição, decreta:

**ART. 1** — O Ministério da Educação e Cultura (MEC) terá a seguinte organização:

I — Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado:

- a) Gabinete
- b) Consultoria Jurídica
- c) Divisão de Segurança e Informações.

II — Órgãos Normativos:

- a) Conselho Federal de Educação
- b) Conselho Federal de Cultura
- c) Comissão Nacional de Moral e Civismo.

III — Órgãos Centrais de Planejamento, Coordenação e Fiscalização Financeira:

- a) Secretaria Geral
  - 1. Gabinete
  - 2. Assessoria Técnica
  - 3. Divisão de Atividades Auxiliares
  - 4. Centro de Treinamento e Aperfeiçoamento de Pessoal para a Educação e Cultura (CETREMEC)
  - 5. Serviço de Estatística de Educação e Cultura (SEEC).

- b) Inspetoria Geral de Finanças
  - 1. Divisão de Administração Financeira.
  - 2. Divisão de Contabilidade
  - 3. Divisão de Auditoria
  - 4. Serviço de Administração

IV — Secretaria de Apoio Administrativo — Gabinete

V — Órgãos Centrais de Direção Superior:

- a) Departamento de ensino Fundamental
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- b) Departamento de Ensino Médio
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- c) Departamento de Assuntos Universitários
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- d) Complementar
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- e) Departamento de Desportos e Educação Física
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- f) Departamento de Assuntos Culturais
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
- g) Departamento de Administração
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
  - 3. Diretoria de Pessoal
  - 4. Diretoria de Serviços Gerais
    - a) Divisão de Material
    - b) Divisão de Edifícios e Instalações
    - c) Divisão de Administração Patrimonial e de Serviços Auxiliares.
- h) Departamento de Apoio
  - 1. Assessoria Técnica
  - 2. Divisão de Atividades Auxiliares
  - 3. Diretoria de Assistência ao Estudante

4. Diretoria de Documentação e Divulgação
5. Diretoria de Assistência aos Órgãos Regionais

VI — Órgãos Setoriais da Execução com Subordinação Direta.

VII — Órgãos Regionais:

- a) Delegacias
  1. Assessorias Técnicas
  2. Serviços de Atividades Auxiliares
- b) Representações

§ 1.º — Constituirão linha uniforme da organização da estrutura do MEC, as Assessorias Técnicas e as Divisões de Atividades Auxiliares, subordinadas estas a uma autoridade adjunta ao titular do Órgão respectivo.

§ 2.º — A autoridade adjunta mencionada no parágrafo anterior poderá exercer funções delegadas e substituirá o titular do Órgão respectivo em sua falta ou impedimentos eventuais.

§ 3.º — O Secretário de Apoio Administrativo e os Diretores de Departamento contarão com um Secretário e dois Assistentes.

§ 4.º — As Delegacias e Representações resultarão da transformação das atuais Inspetorias Regionais, Seccionais, Coordenação e Representações Estaduais dos Órgãos do MEC.

§ 5.º — Para os efeitos do art. 172 parte final do Decreto-lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, com a redação dada pelo Decreto-lei n.º 900, de 29 de setembro de 1969, é a seguinte a vinculação dos Órgãos Autônomos do MEC:

I — A Secretaria Geral:

Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP);

II — Ao Departamento de Assuntos Universitários:

Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

III — Ao Departamento de Assuntos Culturais:

Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

§ 6.º — A subordinação direta de que trata o item VI deste artigo será definida em ato do Ministro de Estado.

**ART. 2.º** — São considerados Mecanismos especiais de natureza transitória as Comissões, os Grupos de Trabalho, Campanhas, Programas e similares, criados para fins específicos.

**ART. 3.º** — Salvo o disposto no art. 6.º as Comissões e Conselho instituídos para o estabelecimento de orientação normativa de atividades que, por força de legislação específica, estejam enquadradas na área de atuação do MEC, são Órgãos de cooperação, com a seguinte vinculação:

I) O Gabinete do Ministro

- a) Conselho Nacional de Serviço Social,
- b) Conselho Nacional de Desportos

II) Ao Departamento de Assuntos Culturais  
Comissão Nacional de Belas-Artes

**ART. 4.º** — As entidades da Administração Indireta e as Fundações de natureza educacional, cultural ou desportivas estão sujeitas à supervisão de que tratam os arts. 19 e 26 do Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, podendo dita supervisão ser efetuada por intermédio dos órgãos do MEC, como ficar estabelecido, em ato ministerial.

**ART. 5.º** — Os Órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado e os órgãos centrais de planejamento, coordenação e fiscalização financeira têm a sua competência e o detalhamento de sua organização definidos no Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967 e em legislação específica.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — Na forma do disposto neste artigo, a Secretaria Geral atuará como órgão de orientação e coordenação das atividades de planejamento, orçamento, programação financeira e estatística.

**ART. 6.º** — O Conselho Federal de Educação, o Conselho Federal de Cultura e a Comissão Nacional de Moral e Civismo têm sua organização e atribuições definidas em legislação própria.

**ART. 7.º** — À Secretaria de Apoio Administrativo, dirigida por um Secretário, compete orientar, coordenar e controlar a execução das atividades meio na área administrativa do MEC.

**ART. 8.º** — As Delegacias situadas nas Capitais dos Estados e no Distrito Federal compete, em suas áreas de jurisdição, orientar, coordenar, controlar e executar as atividades específicas do MEC, conforme se dispuser em Regimento.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — Quanto às Atividades Técnicas, as Delegacias receberão normativa diretamente dos Departamentos especializados do MEC.

**ART. 9.º** — Os programas de trabalho dos órgãos incumbidos das atividades fim do MEC poderão ser executados por Grupos-Tarefa, que atuarão sempre mediante administração por objetivos, cuja regulamentação será feita por ato do Ministro de Estado.

§ 1.º — Os Grupos-Tarefa, organizados e constituídos por atos titulares dos órgãos respectivos e integrados por técnicos e pessoal especializado ou administrativo, recrutados, de preferência, dentre servidores do MEC ou requisitados, terão sempre trabalho de natureza transitória ligado ao objetivo do projeto ou atividade; seus integrantes, bem como os das Assessorias Técnicas de que trata o § 1.º do artigo 1.º deste Decreto, poderão ser retribuídos em caráter eventual mediante recibo, na forma da legislação vigente.

§ 2.º — As Atividades-meio por proposta dos titulares dos órgãos e com aprovação do Ministro de Estado, poderão dispor de Grupos-Tarefa, cujos trabalhos quando fôr o caso, obedecerão e orientação normativa, supervisão técnica e fiscalização específica dos órgãos centrais dos sistemas em que estejam integradas.

§ 3.º — Quando a designação de integrante de Grupo-Tarefa recair em servidor submetido ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva, suspender-se-á o pagamento de gratificação decorrente da aplicação desse regime, durante o período de sua participação no trabalho do Grupo-Tarefa, salvo direito de opção.

§ 4.º — Ocupante de cargo em comissão, de função gratificada, ou quem exerça encargo de representação de Gabinete, poderá integrar Grupo-Tarefa.

§ 5.º — O funcionamento de cada Grupo-Tarefa e as condições específicas de retribuição de seus integrantes serão estabelecidos no respectivo ato de constituição

**ART. 10** — Os Grupos-Tarefa serão confiados a Gerentes, que terão suas atribuições e responsabilidades definidas em ato do titular do órgão respectivo, podendo, ainda, contar com Supervisores e Coordenadores, que se encarregarão das diversas partes ou etapas em que se desdobram os projetos ou atividades.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — De acôrdo com os programas de trabalho, sua natureza, vulto ou afinidades, um Gerente poderá ser incumbido de vários Grupos-Tarefa.

**ART. 11** — Os Grupos-Tarefa desenvolverão suas atividades em plena consonância com os objetivos e diretrizes dos planos de Governo, dentro de um trabalho tènicamente coordenado e integrado pelos órgaos pr3prios do MEC.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — A integraç3o a que se refere este artigo dever3 ser feita em 3mbito setorial e regional, bem como em 3reas de programas afins de outros Minist3rios, dos Estados, Distrito Federal, Territ3rios, Munic3pios, 3rg3os regionais e entidades privadas.

**ART. 12** — As despesas de manutenç3o das Delegacias e Representaç3es do MEC, nos Estados, compreendendo gastos correntes e de capital, constar3o de projetos ou atividades espec3ficos do programa de trabalho do Departamento de Apoio.

**ART. 13** — Fica criado na estrutura do MEC, vinculado 3 Secretaria Geral, o Centro de Treinamento e Aperfeiç3oamento de Pessoal para a Educaç3o e Cultura (CETREMEC).

§ 1.º — O CETREMEC que ter3 sua estrutura, compet3ncia e atribuiç3es definidas em regimento, ser3 dirigido por um Diretor Geral.

§ 2.º — Sempre que poss3vel, o CETREMEC funcionar3 articuladamente com as Universidades, o Departamento Administrativo do Pessoal Civil (DASP) e 3rg3os entidades cong3neres.

**ART. 14** — Fica assegurada, na forma do artigo 172 do Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, com a redaç3o dada pelo Decreto-Lei n.º 900, de 29 de setembro de 1969, autonomia administrativa e financeira ao Instituto Nacional de Estudos Pedag3gicos (INEP) e 3 Diretoria do Patrim3nio Hist3rico e Art3stico Nacional, que passa a denominar-se Instituto do Patrim3nio Hist3rico e Art3stico Nacional (IPHAN).

**PARÁGRAFO ÚNICO** — A estrutura, a compet3ncia e as atribuiç3es dos 3rg3os de que trata este artigo ser3o definidas em ato do Ministro de Estado, ouvido o Minist3rio do Planejamento e Coordenaç3o Geral.

**ART. 15** — Fica instituído, em um dos 3rg3os aut3nomos referidos no artigo 14, um fundo especial de natureza cont3bil a cujo cr3dito se levar3o todos os recursos orçament3rios, inclusive a receita pr3pria, vinculados 3s atividades do 3rg3o respectivo.

§ 1.º — Constituirão recursos do fundo, dentre outros previstos em legislação própria os seguintes:

- a) as dotações consignadas no orçamento geral da União;
- b) os repasses de outros fundos;
- c) as rendas próprias de serviços, inclusive de publicações;
- d) as doações, subvenções e auxílios;
- e) a reversão de quaisquer importâncias, inclusive, quando fôr o caso, das relativas a bolsas de estudo ou auxílios individuais.
- f) o saldo verificado no fim de cada exercício, que constituirá receita do exercício seguinte;
- g) as receitas diversas.

§ 2.º — Os órgãos autônomos de que trata êste Decreto poderão prestar serviços remunerados compatíveis com suas atribuições a qualquer pessoa ou entidade.

§ 3.º — Os programas de trabalho dos órgãos autônomos poderão ser executados através das formas de que tratam os artigos 9.º e 10 do presente Decreto.

**ART. 16** — O detalhamento da organização administrativa do MEC, bem como a localização das Representações de que trata o § 4.º do artigo 1.º dêste Decreto, serão definidos em atos do Ministro de Estado, obedecidas as diretrizes de implantação da reforma administrativa Federal.

**ART. 17** — Os trabalhos de ajustamento dos Órgãos à nova estrutura do MEC ficarão a cargo de um Grupo-Tarefa, a ser constituído na Secretaria Geral, e deverão estar concluídos no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da vigência dêste Decreto.

§ 1.º — O Grupo-Tarefa de que trata êste deverá estudar os aspectos funcionais das programações de trabalho e os de natureza jurídica, administrativa e financeira dos Órgãos.

§ 2.º — Compete, ainda, ao referido Grupo-Tarefa estudar e propor as medidas que visem à extinção, fusão, transformação ou transferência de Órgãos do MEC para o âmbito de outras entidades públicas, de modo a implementar, gradativamente, as medidas previstas na reforma administrativa federal.

**ART. 18** — Continua em vigor, no corrente exercício, a atual estrutura orçamentária do MEC, podendo os recursos financeiros consignados às unidades constantes da mesma, ser movimentados por responsáveis, a critério do Ministro de Estado.

**ART. 19** — Até que sejam instalados e implantados os novos órgãos de que trata o art. 1.º ficam mantidos no MEC, com os respectivos atos de designação, conforme o caso, ao Ministro de Estado não extintos ou transformados por este Decreto.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — As atividades e os trabalhos afetos aos órgãos da nova estrutura do MEC poderão ser orientados, supervisionados ou coordenados por ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas mantidos por este artigo, competindo os respectivos atos de designação, conforme o caso, ao Ministro de Estado ou ao dirigente do Órgão próprio.

**ART. 20** — Os cargos em comissão constantes do Anexo que constitui parte integrante deste Decreto, ficam transformados e reclassificados na forma nêle indicada, extinguindo-se a função gratificada no mesmo mencionada.

**ART. 21** — Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 27 de julho de 1970; 149.º da Independência e 82.º da República.

Emílio G. Médici  
Jarbas G. Passarinho  
João Paulo dos Reis Velloso

**MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA**  
**QUADRO DE PESSOAL**  
**SITUAÇÃO ANTERIOR**

<b>CARGOS E FUNÇÕES</b>	<b>DENOMINAÇÃO</b>	<b>SÍMBOLO</b>
1	Diretor Geral do Departamento Nacional de Educação .....	2-C
1	Diretor da Diretoria de Ensino Agrícola .....	3-C
1	Diretor da Diretoria de Ensino Secundário .....	3-C
1	Diretor da Diretoria de Ensino Superior .....	2-C
1	Diretor da Divisão de Educação Física do Departamento Nacional de Educação	6-C
1	Diretor da Divisão de Educação Extra-Escolar do Depart. Nac. de Educação	5-C
1	Diretor da Diretoria de Ensino Comercial .....	3-C
1	Diretor da Diretoria de Ensino Industrial .....	3-C
1	Chefe da Seção de Organização do Departamento de Administração .....	2-F

**CARGOS EM COMISSÃO**  
**PARTE PERMANENTE**  
**S I T U A Ç Ã O   N O V A**

CARGOS E FUNÇÕES	DENOMINAÇÃO	SÍMBOLO
	<b>— Secretaria de Apoio Administrativo</b>	
1	Secretário ..... <b>— Departamento de Ensino Fundamental</b>	1-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Ensino Médico</b>	2-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Assuntos Universitários</b>	2-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Desportos e Educ. Fis.</b>	2-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Assuntos Culturais</b>	2-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Educ. Complementar</b>	2-C
1	Diretor de Departamento ..... <b>— Departamento de Apoio</b>	2-C
1	Diretor de Departamento .....	2-C

## **Noticiário**

### **TÓXICOS**

O Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos está enviando, através do Centro de Pesquisas Clínicas do Instituto de Higiene Mental — em Lexington, Kentucky, uma circular dirigida a 120 editôres de revistas profissionais, americanas e estrangeiras.

A Revista Brasileira de Enfermagem acaba de receber a referida correspondência, na qual se nota preocupação daquela instituição no sentido de que as enfermeiras do mundo inteiro sejam mais preparadas para reconhecer e lidar com os dependentes de drogas, nas várias áreas de atividade — educação, prevenção, tratamento e reabilitação.

Exorta as enfermeiras a abordarem o tema do tratamento e da reabilitação do viciado com a mesma força com que, no passado, enfrentaram tantos problemas de saúde, considerando ainda que a dependência de drogas constituirá tremendo potencial para expandir os objetivos da enfermagem, desenvolvendo novas funções e atribuições.

Juntamente com a Circular, chegaram dois panfletos recentemente publicados pelo Centro, dos quais constam programas educacionais para enfermeiras e estudantes de enfermagem, anualmente realizados no Centro.

Na correspondência recebida há grande interêsse em conhecer algo sôbre o uso de drogas em outros países, como também desejo de troca de correspondência relativa ao assunto.

Nos panfletos há orientação para quem desejar fazer o curso. Em se tratando de candidatas ainda estudantes, mencionam a exigência de conhecimentos prévios de psicologia, sociologia e psiquiatria. Tecem ainda considerações detalhadas sôbre clima, modas, hábitos locais e despesas com o curso.

As interessadas devem dirigir sua correspondência para National Institute of Mental Health Clinical Research Center — Leestown Pike — Lexington, Kentucky 40 507.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E ENFERMAGEM:**

A Sociedade Brasileira de Pediatria solicitou de algumas enfermeiras da Guanabara, elaboração e desenvolvimento de um programa de treinamento na Área Nec-Natal para Auxiliares de Enfermagem e extensivo a Auxiliares de Serviços Médicos. O programa será desenvolvido em Berçários da Guanabara e terá início dia 25/5 do corrente ano, no Instituto Fernandes Figueira.

**ABEn — EDIÇÃO ESPECIAL DE NATAL**

A Comissão da Revista Brasileira de Enfermagem está vivamente interessada em publicar um número extra da RBEn como EDIÇÃO DE NATAL.

Para isto, a coordenação está tentando mobilizar os recursos necessários à publicação da mesma. Brevemente serão enviadas circulares às Seções da ABEn e Escolas de Enfermagem de todo o país quando informarmos melhor sobre propósito e conteúdo desta Edição.

**NÓVO INFORMATIVO PARA ENFERMEIRAS:**

Sob o patrocínio da Winthrop estará circulando brevemente, em todo o Brasil, um jornal para Enfermeiras, semelhante a "O Pulso". A Equipe de produção do referido jornal solicita das Enfermeiras de todo o Brasil, sejam enviadas notas à Redação do mesmo. Naturalmente, as enfermeiras agradecem a Winthrop, por mais uma realização em prol da classe.



## **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**

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

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

A direção reserva-se o direito de recusar trabalhos, de acordo com as recomendações, assim como fazer revisão editorial que julgar necessária, incluindo a condensação ou emissão de parte de texto, quadros, ilustrações e anexos.

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

Solicita-se permuta  
Exchange is requested

On désire établir échange  
Se solicita el canje

Esta Revista está registrada no Departamento Nacional da Propriedade Industrial sob n.º 274 047, desde 12-7-1962

