

revista brasileira de enfermagem



ANO XXIV

JULHO/SETEMBRO DE 1971

N.º 5

**Este número contém 1.^a parte do documentário
do XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE EN-
FERMAGEM, realizado em Manáus, AM — de
11 a 17 de julho de 1971.**

Revista Brasileira de Enfermagem

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XXIV JULHO/SETEMBRO DE 1971 N.º 5

SUMÁRIO

ORGANIZAÇÃO DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM	5
---	---

SESSÃO DE INSTALAÇÃO:

Discurso da Presidente da ABEn	15
Discurso de Apresentação da Enfermeira do Ano de 1971	20
RECOMENDAÇÕES	25

PROGRAMA CIENTÍFICO:

TEMA I — Princípio da investigação e o processo de Observação Sistematizada na Enfermagem

SIMPÓSIO:

Dos princípios e proposições da observação sistematizada na Enfermagem — Vilma de Carvalho	30
A observação Sistematizada como base para o diagnóstico de Enfermagem — Wanda de Aguiar Horta	46
O princípio da investigação e observação sistematizada em Enfermagem — Uma experiência em Hospital de Clínicas — Neuza Aparecida Ramos e Vilma Balielo	53
O princípio da investigação e observação sistematizada em Enfermagem — Uma experiência em Hosiptal-Escola — Alyde Vieira e colaboradores	66

Diretor Responsável: Amália Corrêa de Carvalho
Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado
Editor: Vilma de Carvalho
Gerente: Irmã Teresa Notarnicola
Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 — Sala 1 304
Telefone: 252-3998 — Rio de Janeiro — Guanabara

Aplicação experimental de um método para o diagnóstico de Enfermagem — Rosa A. P. de Castro e outros	89
--	----

TEMA II — O papel da Enfermeira nos Serviços de Saúde diante da realidade regional e/ou local do Brasil

SIMPÓSIO:

Situação da Enfermagem em Minas Gerais — Carmelita P. Rabelo e outros	102
O papel da Enfermeira nos Serviços de Saúde em Santa Catarina — Eloita P. Neves e outros	121
O papel da Enfermeira nos Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro — Isaura L. Godoy e Milma Lannes D. de Souza	141
O papel da Enfermeira nos Serviços de Saúde no Estado do Amazonas — Josephina Mello	149

TEMAS LIVRES

Estudo sobre o problema da lotação de pessoal docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Elvira De Felice Souza e outros	162
Considerações gerais sobre Educação em Serviço — Berenice Teixeira de Castro	185

ASSEMBLÉIA DE DELEGADAS

Relatório da Presidente — Amália C. Carvalho	210
Relatório da Secretária Executiva — Clarice Ferrarini ...	234
Relatório da Comissão de Educação — Ivete Oliveira	237
Relatório da Comissão de Legislação — Haydée G. Dourado	239
Relatório da Comissão de Assistência — Ursula Engel ...	243
Relatório da Comissão da RBEn — Vilma de Carvalho ..	244
Relatório da Comissão Especial de Finanças — Ir. Maria Teresa Notarnicola	247
Relatório da Comissão de Documentação e Estudos — Anayde C. de Carvalho	251
Sumário das propostas aprovadas	263
Procedência e n.º de Congressistas	267

NOTICIÁRIO	268
-------------------------	-----

ORGANIZAÇÃO DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

PRESIDENTES DE HONRA:

Sua Excia. o Senhor EMÍLIO GARRASTAZU MÉDICI
Presidente da República Federativa do Brasil

Sua Excia. O Senhor Cel. Eng. JOÃO WALTER DE ANDRADE
Governador do Estado do Amazonas

HOMENAGEM DE HONRA:

Sua Excia. o Senhor JARBAS GONÇALVES PASSARINHO
Ministro da Educação e Cultura

Sua Excia. o Senhor FRANCISCO DE PAULO ROCHA LAGOA
Ministro da Saúde

Sua Excia. o Senhor JÚLIO DE CARVALHO BARATA
Ministro do Trabalho e Previdência Social

Sua Excia. o Senhor JOSÉ BARRETO FILHO
Presidente do Conselho Federal de Educação

Sua Excia. Reverendíssimo Dom JOÃO DE SOUZA LIMA
Arcebispo Metropolitano de Manaus

Sua Excia. o Senhor General ÁLVARO CARDOSO
Comandante Militar da Amazônia e 12.^a Região Militar

Sua Excia. o Senhor General ERNESTO BANDEIRA COELHO
Superintendente da SUDAM

Sua Excia. o Senhor DEOCLIDES DE CARVALHO LEAL
Vice-Governador do Estado

Sua Excia. o Senhor Deputado WASHINGTON DE STEFANO
Presidente da Assembléia Legislativa

Sua Excia. o Senhor PAULO PINTO NERY
Prefeito Municipal de Manaus

Sua Excia. o Senhor ANDERSON PEREIRA DUTRA
Reitor da Universidade do Amazonas

Sua Excia. o Senhor ANTONIO RICCI
Secretário de Saúde

Sua Excia. o Senhor JOSÉ MARIA CABRAL

Secretário de Educação e Cultura

Sua Excia. o Senhor FRANCISCO CORRÊA LIMA

Presidente da Câmara Municipal de Manaus

Sua Excia. a Senhora KATLEEN NEVES LIMA

Diretora da Empresa Amazonense de Turismo

Sua Excia. o Senhor JORGE CANTANHEDE

Presidente do Banco do Estado do Amazonas, S/A.

CONVIDADOS ESPECIAIS:

Sua Excia. O Senhor General JOSÉ COSTA CAVALCANTE

Ministro do Interior

Sua Excia. o Senhor Coronel FLORIANO PACHECO

Superintendente da Zona Franca de Manaus

MEMBROS COLABORADORES DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

1. J. Soares, Ferragens, S/A.
2. M. R. Terceiro & Cia.
3. I. B. Sabbá & Cia. Ltda.
4. Moto Importadora Ltda.
5. Banco do Estado do Amazonas, S/A.
6. Cia. Brasileira de Fiação e Tecelagem de Juta
7. S. Monteiro Ltda.
8. Souza Arnaud S/A.
9. Antonio M. Henrique & Cia.
10. Armazens de Ferragens Andrade, Santos & Cia. Ltda.
11. J. M. Lopes — Indústria e Comércio
12. Cia. de Importação e Exportação S/A.
13. Pinheiro & Cia.
14. Robert Daou, S/A.
15. Mambra — Representações e Comércio Ltda.
16. Joaquim Fonseca, Nav. Ind. e Com. Ltda.
17. Construtora Andrade Gutierrez S/A.
18. Comarsa S/A.
19. J. G. Araujo & Cia. Ltda.
20. Soc. Comercial de Representações, S/A. "SORESA"
21. Importadora de Estivas e Bebidas Ltda.

22. Sociedade de Televisão Ajuricaba Ltda.
23. TV Educativa
24. Sociedade Portuguesa Beneficente do Amazonas
25. Tipografia REX
26. Polícia Militar do Estado
27. Empresa Anchieta
28. A Crítica
29. O Jornal
30. Jornal do Comércio
31. A Notícia
32. Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA)
33. Prefeitura Municipal de Manaus
34. VASP — Viação Aérea São Paulo
35. VARIG — Viação Aérea Rio Grandense
36. Serviços Aéreos Cruzeiro do Sul
37. Santa Casa de Misericórdia de Manaus
38. Marineves Oliveira
39. Paulo de Castro e Costa
40. Leolita Zadorosny
41. José Rodrigues Lobo
42. Hudson Cordeiro de Magalhães
43. Waldemiro Peres Lustosa
44. Maria Helena Viana
45. Dr. Kleper Antony
46. Rádio Rio Mar Ltda.
47. Rádio Baré Ltda.
48. Rádio Tropical Ltda.
49. Amazonas Publicidade Ltda.
50. Companhia de Eletricidade de Manaus
51. Rádio Difusora do Amazonas Ltda.
52. Beta — Indústria e Comércio Jóia
53. Raimundo Nonato Garcia
54. Alquina Tavares
55. Socorro Chaves Alencar
56. Laura Matos
57. Julia Girão de Alencar
58. Alzira Arteira
59. Agência de Turismo Selvatur
60. Hotel de Trânsito dos Sargentos
61. Convento Preciosissimo Sangue
62. Colégio Nossa Senhora Auxiliadora
63. Patronato Santa Terezinha
64. Sanatório Adriano Jorge

65. Centro de Treinamento Maromba
66. Escola de Enfermagem de Manaus
67. Irmãs de São Raimundo
68. Jardim de Infância Adalberto Vale
69. Casa da Criança
70. Ginásio São Francisco de Assis
71. Instituto Cultural Brasil Estados Unidos
72. Fundação Serviços de Saúde Pública
73. Ideal Clube
74. Bosque Clube
75. Escola Técnica Federal do Amazonas
76. Divisão de Aeronáutica Civil
77. Sociedade dos Produtos, Alimentícios Nestlé
78. Importadora TV — LAR
79. Consulado do Japão
80. Cremer S/A. — Produtos Textéis e Cirúrgicos
81. Produtos Roche — Químicos e Farmacêuticos S/A.
82. Darrow Laboratórios S/A.
83. Johnson Johnson do Brasil
84. Winthrop Produtos
85. Delegacia da Receita Federal
86. Produtos Coty
87. Luiz Alberto Monteiro Demosthenes
88. Raimunda Corrêa Vianna
89. Dorcas Cavalcante de Souza Leal
90. Nipotex — Importação e Exportação Ltda.
91. Companhia Amazonense de Telecomunicações
92. Administrador do Aeroporto
93. Loureiro Marques & Cia. Ltda.
94. Henrique Pinto S/A.
95. A. R. Rodrigues
96. Fósforos da Amazônia S/A
97. Indústria e Comércio Bonfim S/A.
98. Refrigerantes da Amazônia S/A.
99. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
100. Construções e Comércio Camargo
101. José Barros de Araujo
102. Floripes Neves
103. Anália Luz
104. Empresa Amazonense de Turismo
105. Instituto Nacional de Previdência Social
106. Indústria York S/A Produtos Cirúrgicos
107. Banco da Amazonia S/A.

108. Comando Militar da Amazonia
109. Instituto Brasileiro do Café
110. Acácia Clube
111. Atlético Rio Negro Clube
112. Dr. Mário Jorge Couto Lopes
113. Sr. Manoel Rodrigues
114. Katleen Neves Lima
115. Laboratório B. Braus S/A.
116. Baumer — Companhia Brasileira de Equipamentos
117. Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo do Est. de S. Paulo
118. Indústria Mecano Científica Produtos Mercedes Omec
119. Indústria Brasileira de Seringas S/A.
120. Ardonplast
121. Becton, Dickinson Indústria Cirúrgica S/A.
122. Cirumédica S/A. Produtos Médicos Cirúrgicos
123. Indústria de Papel Simão
124. Gráfica Lunar Ltda.
125. Polícia Federal
126. João Camilo da Silva
127. Dr. Heleno Montenegro
128. Marlene Souza
129. T. Loureiro e Cia.
130. Riama Clube
131. Restaurante Tucunaré
132. Colégio Dom Bosco
133. Alice Abdala Siqueira
134. O Girassol
135. José Maria Uchoa Guerra
136. Realart — Publicidade Ltda.
137. Propício Caldas Filho

DIREÇÃO DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

PRESIDENTE: — AMÁLIA CORRÊA DE CARVALHO

COMISSÕES:

COMISSÃO DE TEMAS:

Circe de Melo Ribeiro — Presidente
Lourdes Torres de Cerqueira

Vanderly Dutra
Celina Arruda Camargo

COMISSÃO DE RECOMENDAÇÕES:

Glete de Alcântara — Presidente
Haydee G. Dourado
Mariana Fernandes
Ilsa Domingues e Silva
Ana Maria M. Miranda
Maria Noemi Ribeiro

COMISSÃO EXECUTIVA

Davina Daisy Riker — Presidente
Maria Almira B. Rodrigues — Secretária
Romilda Brito da Silva — Tesoureira

COMISSÃO AUXILIAR:

Maria de Oliveira Falcão
Arnaldo Falcão
Clarice Ferrarini

SUB-COMISSÕES DA COMISSÃO EXECUTIVA:

DIVULGAÇÃO

Hilma Campos Guerra — Presidente
Ana Maria Ribeiro de Souza
Ana Luzia dos Anjos da Silva
Madalena Arce Daou
Maria do Rosário Silva Lima

FINANÇAS

Josephina de Mello — Presidente
Marlene Guedes Ramos
Marlene Souza
Floripes Neves
Isa de Souza Milo
Sulamita Nobre Leão

HOSPEDAGEM

Aracy Regis de Menezes — Presidente
Francisca Selene Claros
Dulce Maria da Silva Montenegro
Maria Socorro Cohem
Maria da Conceição Rodrigues

LOCAL

Iraildes Alves Ferreira — Presidente
Rosilda Lopes Riker
Irene Freire Demasi
Lindalva Leonor Riker

MONITORAS

Vera de Oliveira Montenegro — Presidente
Ida Petronília de Santana
Maria Helena Paschoal Vianna
Maria Almira Bizerra Rodrigues

SOCIAL

Terezinha Paes de Andrade Barros — Presidente
Miracy Vasconcelos Guimarães
Margarida Campos
Raimunda Helena Alves

RECEPÇÃO

Doralice dos Santos Demasi — Presidente
Rita de Cássia Girão de Alencar
Lacy Pessoa Vieira
Maria de Fátima Ferreira Farias
Raimunda Santos de Lima
Maria Iracema da Motta Pôrto
Rosalina Lobato Tavares

REGISTRO

Zelma Alves Ribeiro — Presidente
Maria Almira Bizerra Rodrigues
Olympio Pereira de Souza

SECRETÁRIAS DO CONGRESSO

Raimunda Corrêa Viana
Norcas Cavalcante S. Leal

PROGRAMA CIENTÍFICO

Escola Técnica Federal do Amazonas
Rua Sete de Setembro, 1975
MANAUS — AM.

TERÇA-FEIRA, 13

8 às 12 hs. — 1.ª Sessão Plenária — Auditório E.T.F. do Amazonas

**TEMA I — O PRINCÍPIO DA INVESTIGAÇÃO E O PROCESSO
DA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFER-
MAGEM — SIMPÓSIO**

Coordenadora:

Maria Ivete R. de Oliveira

Simposiastas:

Vilma de Carvalho — EE. UFRJ.

Clarice Oliveira — EE. UFBA.

Wanda A. Horta — EEUSP.

Neusa Ramos — EEUCPr.

Rosa Aparecida P. Castro — E.P.E.

14 às 16 hs. — 2.^a Sessão Plenária — Auditório E.T.F. do Amazonas

**TEMA II — O PAPEL DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DIANTE DA REALIDADE REGIONAL E/OU
LOCAL DO BRASIL — SIMPÓSIO**

Coordenadora:

Judith Feitosa Carvalho

Simposiastas:

Carmelita P. Rabelo — ABEn — Seção MG.

Eloita Pereira Neves — ABEn — Seção SC.

Izaura Lopes Godoy — ABEn — Seção RJ.

Josephina de Mello — ABEn — Seção AM.

QUARTA-FEIRA, 14

8 às 12 hs. — 3.^a Sessão Plenária — Auditório E.T.F. do Amazonas

**TEMA III — PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PLANEJA-
MENTO DE SAÚDE — SIMPÓSIO**

Coordenadora:

Josephina de Mello

Simposiastas:

Marlene Câmara — ABEn — Seção PB.

Creuza P. Rodrigues — ABEn — Seção RS.

Judith F. de Carvalho — MS/DNOSa.

Maria Luíza Ferreira — ABEn — Seção SP.

14 às 19 hs. — TARDE LIVRE

QUINTA-FEIRA, 15

8 às 12 hs. — 4.^a Sessão Plenária — Auditório E.T.F. do Amazonas

TEMA IV — RECENTES ESTUDOS E PESQUISAS NAS ESPECIALIDADES DE ENFERMAGEM

Presidente:

Creuza Pereira Rodrigues

Reladoras:

Dra. Wanda Aguiar Horta — SP.

Clélia S. Burlamarque — RS.

Clarice Oliveira — BA.

Yoriko Kamiyama — SP.

Marlúcia Camarú — SP.

Ivone Gentil — BA.

Ieda Barreira e Castro — GB.

Berenice T. de Castro — SP.

14 às 18 hs. — Cursos

Sala A — ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA

Coordenadora — Czlava Luezyński

Sala B — PLANEJAMENTO CURRICULAR

Coordenadora — Amália Corrêa de Carvalho

Sala C — ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM — TRABALHO DE EQUIPE

Coordenadora — Clara Wolfvitch

Sala D — ENFERMAGEM NA PROBLEMÁTICA DA CONTAMINAÇÃO HOSPITALAR

Coordenadora — Maria Oliveira Falcão

20 às 22 hs. — 5.^a Sessão Plenária — Auditório E.T.F. Amazonas

Presidente:

Glete de Alcântara

Conferencistas:

Cel. Eng.^o João Walter de Andrade —

Governador do Estado do Amazonas

Dr. Antonio Ricci

Secr. da Saúde do Estado do Amazonas

Dr. Anderson Pereira Dutra

Reitor da Universidade do Amazonas

SEXTA-FEIRA, 16

8 às 12 hs. — Sessão de Tema Livre — Auditório E.T.F. Amazonas

Presidente:

Dra. Wanda Aguiar Horta

14 às 18 hs. — TARDE LIVRE

SÁBADO, 17

8 às 11 hs. — 6.^a Sessão Plenária — Auditório E.T.F. Amazonas

Recomendações do XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Presidente:

Anayde Corrêa de Carvalho

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

17 de julho de 1971

20 horas

SESSÃO DE INSTALAÇÃO DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

1. Discurso da Presidente da ABEn,*

O nosso encontro de hoje aqui em Manáus, na capital do extremo norte do País, tem grande significação para a vida da Associação Brasileira de Enfermagem. Estamos realizando um plano antigo, temerário segundo alguns, impossível segundo outros — de trazer a esta Capital um número apreciável de associados, para aqui serem discutidos assuntos administrativos e culturais de interesse da Associação e de seus membros. Mais uma vez a Associação Brasileira de Enfermagem, ao planejar atividades que a levem a atingir os seus objetivos dá, ao mesmo tempo, um exemplo de brasilidade, contribuindo para a maior união e cordialidade entre os brasileiros de todos os quadrantes, e cuidando do aperfeiçoamento profissional dos seus Associados.

Temos uma dívida de gratidão para com a comunidade de Manáus, governo, autoridades, enfermeiras e amigos da enfermagem que, não medindo sacrifícios, propuzeram-se a nos proporcionar oportunidade de tão grande alcance: de conhecer um pedaço da decantada Amazônia, objeto de curiosidade e interesse por parte dos sulistas; de participar de atividades sociais, religiosas e culturais em comunhão com os brasileiros do Norte; de fazer um pouco de turismo e, através dele, conhecer e compreender melhor os problemas desse imenso e maravilhoso País; e, por que não dizê-lo?, de conhecer e apreciar o comércio da zona franca, tão comentado e objeto da expectativa geral das congressistas das outras regiões do Brasil. A todos, de público, agradecemos a acolhida na cidade e no Estado.

A enfermagem brasileira atravessa uma fase que podemos considerar muito boa. Começa a ser conhecida, mesmo fora dos limites das instituições de saúde; começa a ser sentida sua ausência, a ser compreendida e desejada sua colaboração no planejamento de programas sanitários, e na resolução dos problemas de saúde, em nível

* Amália Corrêa de Carvalho

local, regional e nacional; começam a surgir maiores oportunidades com relação a campos para o seu exercício, principalmente na saúde pública, onde a reestruturação das secretarias de saúde e a expansão dos seus serviços colocam a enfermeira de saúde pública na condição de profissional indispensável e insubstituível.

Na área do ensino, os cursos de graduação estão se firmando nas universidades, competindo com as demais escolas ou faculdades, relativamente a candidatos, desenvolvimento curricular e atividades de extensão à comunidade. O planejamento de cursos de pós-graduação em nível de mestrado, já iniciados em algumas unidades universitárias, constitui fator de relevância para o aperfeiçoamento do pessoal docente das escolas e do profissional em exercício nas instituições de saúde. Na área do ensino médio consolidam-se, gradualmente, os cursos técnicos de enfermagem que deverão constituir, efetivamente, a fonte de recursos humanos para a assistência integral direta aos pacientes hospitalizados. Iniciados experimentalmente em 1966, seu número atual sobe a 17, o que bem demonstra o progresso nesse setor, sob o ponto de vista quantitativo.

Com relação ao ensino em nível de auxiliar de enfermagem a situação mostra-se em franco desenvolvimento. Existe no País cerca de uma centena desses cursos, entre os quais multiplicam-se os cursos intensivos de 11 meses, nos quais repousam as esperanças de abreviar o tempo necessário para a substituição completa dos 70% de pessoal não habilitado, atualmente em atividade nos serviços de enfermagem. Suas características especiais, de curso rápido, essencialmente profissional e prático, mais econômico em tempo, verba e pessoal docente, e exigindo nível maior de escolaridade dos candidatos, poderão levar as autoridades educacionais e as instituições de ensino a optarem pela sua adoção única no País. A profissionalização em enfermagem após o ensino de 1.º grau, isto é, após os oito anos fundamentais, trará benefícios, sem dúvida nenhuma, tanto ao jovem à procura de uma ocupação, quanto à comunidade, em especial aos seus serviços assistenciais.

O preparo de mão-de-obra não qualificada tem sido intensificado na área de saúde. E as enfermeiras, compreendendo a importância desses programas, têm colaborado com o Ministério da Educação nesse setor, quer auxiliando no planejamento dos cursos, quer ensinando ou supervisionando a prática dos alunos nos hospitais. Esse pessoal, embora submetido a treinamento pouco intensivo e muito rápido, poderá substituir com vantagem alguns dos antigos atendentes, recrutados dentre candidatos de muito boa vontade, mas sem nenhuma habilitação.

A Associação Brasileira de Enfermagem por sua vez, consciente de suas responsabilidades como única associação de classe a congregar e a representar as enfermeiras brasileiras, tem tido papel de relevância nêsse desenvolvimento ao desincumbir-se de sua missão de instituição de caráter cultural e assistencial; através da Comissão de Educação vem prestando auxílio, sob a forma de orientação e assessoria, a escolas e cursos dos três níveis de formação; atenta aos interesses dos profissionais, incluindo os técnicos e os auxiliares de enfermagem, à defesa da classe e da comunidade por ela servida, exerce vigilância continuada na elaboração, discussão e votação dos documentos legais que direta ou indiretamente possam ter repercussão no ensino ou no exercício da enfermagem; pela manutenção de um órgão oficial de divulgação e do serviço de documentação e estudos, além da realização dos congressos anuais, tem procurado incentivar o aperfeiçoamento dos seus membros a fim de atingir um dos mais importantes dos seus propósitos — o de colaborar para a melhoria da saúde do povo brasileiro.

E agora, aqui em Manáus, continuando no seu programa de luta em prol do desenvolvimento da enfermagem em todos os seus ramos, a Associação Brasileira de Enfermagem pretende, durante as reuniões administradoras que deverão preceder as sessões culturais do Congresso, ampliar seu campo de ação, propondo a aceitação das bases de sua política de trabalho. Os planos de ação decorrentes dessa política, fundamentados nas necessidades e nos problemas regionais de saúde, e cuja elaboração deverá estar afeta às Seções e aos Distritos, certamente hão de constituir instrumentos de trabalho capazes de apressar a máquina do progresso e o processo de desenvolvimento da enfermagem.

O temário do congresso que ora se inicia é um testemunho da evolução que se faz sentir na assistência à saúde, hospitalar ou da comunidade, na parte referente à atuação da enfermeira no campo. Os temas I e IV cobrem aspectos da investigação científica na enfermagem, e muito possivelmente constituirão a seqüência de uma série de estudos objetivando o aperfeiçoamento das técnicas assistenciais e a melhoria dos cuidados dispensados aos indivíduos na prevenção de doenças e na manutenção da saúde. Os temas II e III focalizando, respectivamente, a atuação das enfermeiras nos serviços de saúde e sua participação na área do planejamento, poderão constituir subsídios de grande valor para todos os profissionais da enfermagem, especialmente para os que atuam nos campos da educação e da saúde da comunidade.

Entretanto, apesar de todos esses elementos francamente positivos, ainda há muito o que fazer. E para citar apenas os problemas

educacionais que afligem a classe, é bom que se comece pelo curso de graduação em enfermagem. Os estudos para a revisão do Currículo mínimo, iniciados pelo Conselho Federal de Educação há mais de dois anos e meio, ainda não levaram os senhores conselheiros a nenhuma decisão. É possível que a demora tenha algo a ver com o conflito de opiniões sobre a carga horária necessária para a formação do tipo de enfermeira de que o País necessita. As escolas de enfermagem, apoiadas pela Associação Brasileira de Enfermagem, defendem o princípio de que a duração mínima do currículo de enfermagem deve ser aquela que assegure tempo suficiente para o estudante adquirir e desenvolver, fixar e sedimentar os conhecimentos e as habilidades essenciais à prática da profissão ; reconhecendo que o preparo profissional da enfermeira é o elemento básico e essencial para a sua eficiência na liderança da equipe de enfermagem, continuarão lutando pela elaboração de um currículo mínimo que possibilite a formação de líderes na profissão.

Na área do ensino médio, o grande interesse demonstrado atualmente pelas autoridades educacionais ao ensino profissional em geral, e especificamente ao ensino de enfermagem de nível técnico, vem constituindo fonte de sentimentos ambivalentes por parte das enfermeiras, de satisfação e euforia e de medo e desconfiança. Se, por um lado, acena, com a possibilidade de melhorar rapidamente o padrão da assistência à saúde pelo acréscimo de uma categoria de pessoal habilitado, por outro lado a pressa e os interesses econômicos de colégios técnicos menos avisados poderão determinar a criação de cursos de baixo nível de ensino profissional, principalmente em se considerando a escassês de enfermeiras para exercerem a docência nesses colégios. A preocupação da classe é válida e fundamenta-se em fatos concretos de legislação estadual inadequada, programas mal planejados, deficiência no ensino e na prática das disciplinas de enfermagem, e até na ausência da enfermeira no planejamento e na coordenação dos cursos. Prevalece, em muitos casos, a idéia de que o médico ou o estudante de medicina podem suprir a escassês de enfermeiras, atuando como professores e superiores de enfermagem.

A diversidade dos critérios que determinam os requisitos mínimos para a criação e a organização de ambos os cursos, técnico e de auxiliar de enfermagem, a legislação inadequada, a ausência de fiscalização, orientação e assessoramento aos cursos já existentes, ou a orientação e assessoramento defeituosos e incompletos, por que efetuados por técnicos em educação que atuam sem a consultoria das enfermeiras, poderão determinar um retrocesso na formação do pessoal auxiliar, sob o ponto-de-vista da qualidade. A

participação das enfermeiras nesses programas é vital para a sua eficiência.

Participação é a palavra de ordem dos nossos tempos, contrapondo-se ao alheamento em que vivia parte da população deste País, com relação a seus problemas prioritários e às soluções que se impunham para que pudesse progredir e avançar no caminho do desenvolvimento. Fatores tais como ignorância, o desinteresse, o comodismo estagnante e a formação profissional insuficiente ou inadequada, contribuíram para criar um clima favorável ao trabalho rotineiro, medido no tempo e na qualidade, executado de acordo com a tradição e a praxe. Felizmente, o processo de mudança de filosofia de vida por que passa atualmente a maioria dos brasileiros está refletindo positivamente nas atividades desenvolvidas em todos os setores da vida nacional. Todos estão sendo chamados a participar da obra de recuperação cultural, política e financeira do País. E às enfermeiras, membros que são do grupo responsável pelo planejamento e pela prestação de assistência à saúde da população, cabe papel relevante na reestruturação dos planos assistenciais, tanto em nível local, quanto regional e nacional.

Participação, tomada no sentido de atividade compartilhada e não apenas como presença e testemunho, é a palavra de ordem para as enfermeiras do Brasil; participação na obra comum para melhorar as condições de tratamento e de assistência para quem necessita desses cuidados; participação nas reformas que estão se processando tanto no campo do ensino quanto na prática de enfermagem e nas decisões que possam afetar a qualidade desse ensino e dessa prática; participação nas lutas para a manutenção de salário e condições de trabalho justos e que correspondam à qualidade do atendimento e ao grau de responsabilidade assumida; participação nas lutas pela observância de normas éticas no desempenho de suas funções, no trato diário com outros profissionais, com colegas e pacientes e na defesa dos sagrados direitos da pessoa humana, muitas e da técnica; e participação nas atividades de associação de classe, vezes esquecidos, desprezados e sobrepujados, nessa era da máquina e da técnica e participação nas atividades de associação de classe que outra coisa não visa senão unir as enfermeiras em torno de um ideal comum — ser mais para melhor servir.

2. DISCURSO DE APRESENTAÇÃO DA ENFERMEIRA DO ANO 1971

* Clarice Ferrarini

A insigne enfermeira laureada nesta noite, na sessão solene de instalação do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, com o título de Enfermeira do Ano 1971, é **JOSEPHINA MELLO**.

Nasceu em Manáus, onde no Colégio Pestalozzi e Grupo Escolar Antonio Bittencourt fez o seu Curso Primário. No Instituto de Educação do Amazonas e Colégio Estadual do Amazonas, completou o ciclo secundário. Em 1944, deixou sua terra natal em busca de maiores conhecimentos, aqueles que iriam coroar a sua existência. Foi na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que concluiu o curso de enfermagem.

Graduada em enfermagem trabalhou junto ao Serviço Especial de Saúde Pública, de 1947 a 1950, como enfermeira de saúde pública das Unidades Sanitárias dos Territórios Federais de Rondonia e Acre, como Diretora de Cursos de Visitadora Sanitária na cidade de Santarém, Pará, como coordenadora geral do Curso de Visitadora Sanitária e Auxiliar Hospitalar em Palmares-Pernambuco; Colatina-Esperito Santo; Pirapora-Minas Gerais e na Sede do SESP, no Rio de Janeiro.

Em 1950/51 recebeu bolsa de estudo do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, fazendo curso de pós-graduação na Universidade de Minnesota, Estados Unidos.

Voltando dos Estados Unidos, no período de 1951 a 1954, prestou serviços como Enfermeira Distrital em Santarém, Pará, e como Enfermeira Assistente da Seção do Programa de Enfermagem da Amazônia, em Belém, Pará.

Josephina, desde a sua graduação em 1947, esteve onde a sua atuação foi mais necessária, em programas de saúde longínquos, só em 1954, voltava à sua cidade natal, para dar a sua colaboração de filha e de profissional experiente, respeitada face a seu valor e prestigiada.

* Secretária executiva da ABEn.

Prestou serviços como Enfermeira chefe da Seção de Programa da Amazonia, no SESP e como Consultora sobre assuntos de Enfermagem na Assessoria de Saúde do Governo do Estado do Amazonas, cargo que ocupou até 1963.

Desde 1961 vem dando a sua assistência clara e decidida na Vice-Diretoria da Escola de Enfermagem de Manaus, acumulando as funções de ensino como professora das cadeiras de Enfermagem de Saúde Pública e Administração e Ética.

Josephina, ao lado da sua atuação como enfermeira e professora, sentiu com seu alto espírito de humanidade e altruísmo que mais ainda podia dar à sua cidade e aqueles que podiam ser beneficiados com a sua presença amena, porém firme, sóbria e carinhosa. Voltou-se para a Santa Casa de Misericórdia de Manaus, como membro Conselheira no período de 1961 a 1963 e como Vice-Provedora de 1963/1964.

Na Santa Casa a sua presença foi exigida como Provedora desde 1964, já reeleita algumas vezes. A sua atuação no desenvolvimento das condições de assistência aos pacientes foi notável; seria desnecessário, aqui, falar aos seus concidadãos, o que Josephina vem fazendo em benefício dos pacientes que passam pela Santa Casa. Tenho receio de omitir dados ou informações, razão pela qual, não entramos em detalhes.

Ainda em 1969 participou da elaboração e coordenação de cursos de extensão para serviços de Enfermagem junto ao Instituto Nacional de Previdência Social.

Estando a nossa laureada, no desempenho de altas funções administrativas houve por bem complementar a sua formação universitária, sendo aluna do 2.º ano de Graduação em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade do Amazonas.

Em 1969, recebeu da Johnson & Johnson e Associação Brasileira de Enfermagem, "Menção Honrosa" pelos relevantes serviços prestados à enfermagem.

Fêz dezenas de cursos de pequena duração ou de extensão universitária, entre eles, curso de Amazonologia, Direito Social, Pedagogia e Didática, Psicologia do Desenvolvimento, Política, Direito e Economia para o Desenvolvimento.

Recebeu bolsas de estudos para viagens de observação e atualização de conhecimentos em outros centros do País. Participou de comissões, grupos de trabalho, consultorias, Congressos de Enfermagem, Congresso de Santa Casa, Congressos de Hospitais, bancas examinadoras, e foi membro do Conselho de Trabalho da Universidade do Amazonas em 1970.

No Seminário em Paracas, Peru, patrocinado pela OMS/OPAS, em 1960, participou de importante trabalho qual seja, o Guia para Escolas de Enfermagem na América Latina. Voltou a Paracas em 1963, para outro Seminário sobre Administração de Serviços de Enfermagem. Assinalamos a sua participação do I Encontro de Provedores do Norte/Nordeste do Brasil, em 1971, realizado em Belém do Pará.

Como professora, além de suas atribuições, colabora com outros grupos de saúde, ministrando aulas, palestras e conferências, sobre assuntos relacionados à saúde.

É membro ativo da Associação Brasileira de Enfermagem desde 1941, foi presidente da Seção do Pará de 1952/53. É sócio fundador da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral (1953). Foi Vice-Presidente da Associação das Misericórdias do Brasil em 1963. É membro da Associação Paulista de Hospitais e Sociedade Brasileira de Higiene. Tem diversos trabalhos publicados no País e no exterior.

Sem entrar no mérito das várias atividades desempenhadas por Josephina Mello, apenas na enumeração dos eventos, registramos um trecho de justificativa apresentada pela presidente da Seção do Amazonas: "a candidata Josephina Mello está credenciada a receber o Prêmio "Enfermeira do Ano" por suas qualidades profissionais e competência firmada, que a distinguem no exercício da profissão evidenciando, de maneira precisa e inequívoca, espírito público e humanitário, bem como a assiduidade e zelo especiais, na observância dos corolários da ética no desempenho de suas atividades, assim, permitindo asseverar, a capitulação contida nos preceitos do inciso I do artigo 1.º do Regulamento do Prêmio."

Levantando assim momentos de passagem de Josephina por tantos lugares de nossa terra, aqui, ali e mais distante, a sua presença continuada no imenso Amazonas, onde presta a sua efetiva colaboração; no nordeste e mais abaixo, onde começou o seu trabalho, suas primeiras tarefas; e, agora, aqui, à nossa frente e mostrando que está ao nosso lado a ofertar mais uma lição do bem-querer no capítulo que pode ter um título: como alguém pode viver dando só amor.

Poderia apresentá-la como modelo de modéstia; estaria sendo injusta se o fizesse, pois a modéstia é uma posição consciente de desprendimento por alamares, por adjetivos e qualificações. Diferente é você, que não realça as vitórias de seu trabalho e até nem mesmo chega a identificá-las como extraordinários, pois foi tudo — e é assim para quem teve o destino de se desmembrar no amor.

Tão normal para você que deve, agora, estar até surpresa por não ter notado que, de seus momentos, de seus gestos, do despren-

dimento esquecido e da palavra fácil de amparo, emanava sempre o exemplo de trabalho e de entrega da enfermeira.

Então, percorrendo em roteiro de saudade para você, momentos de sua passagem, vemos todos, como frutificaram e deram flôres os seus gestos, as palavras de amparo, bondade e orientação que a mulher-enfermeira tão facilmente semeou pelos caminhos, não tendo, até agora, tido tempo para olhar a farta colheita. Sem macular seu inato desprendimento, queremos que identifique para honra e motivo de entusiasmo às suas irmãs enfermeiras, o quanto nasceu de sua vida, dando motivo à festa de agora, como oferenda de muito obrigado de sua gente, que lhe é dedicada.

Se procuro, nas páginas dos poetas a palavra "mulher", encontro a inspiração para o homem apaixonado ou a expressão maior, embora singela, do lar. Se indago, aos sociólogos quando atentos às mutações, em escala mundial, dos costumes e das formas de ser das pessoas e das classes sociais, vejo a mulher como nota de participação efetiva em diversificados setores. A História recompensou tantas, guardando seus nomes ligados a instantes da vida de raças e de povos.

Iria longe se abrindo análises de posições estanques da mulher, como objeto de parcial ou especializado ângulo de visão. Servem para mim, estas observações, para contar que você permitiu que sua imagem não pudesse ser focada na limitação de uma só figura, de um só símbolo. É a filha que segue junto à mãe dos passos primeiros que desejaram proteção e formularam perguntas à posição de acompanhante e de guia de alguém que nos é sempre muito preciosa.

É a mulher no sentido integral, porque não acreditando que o normal passar dos dias seja somente acidental e difuso, organiza as tarefas, adotando a previsão das finalidades, ou seja a racionalização do trabalho. É a mulher que, reconfortando como enfermeira, universaliza-se reconfortada ao desfrutar pelo renascimento da esperança no enfêrmo, a visão da continuidade da vida, tal como o elo mágico que dá dimensão aos homens à frente do Universo.

Depois de hoje, sei que você, em qualquer instante, mesmo sem companhia visualizável, sentirá a força que impulsiona os primeiros passos na subida da grande encosta nunca vencida; sei que sentirá, mesmo não vendo marcas deixadas dentro inquietas fôlhas, sempre florido tudo ao seu redor e outros passos volteando sôbre sua frente: são suas amigas enfermeiras, são os muitos homens, crianças, mulheres, que receberam um pedaço de seu coração; sei que, em qualquer instante, purificando e ornando de côres as margens

de seu caminhar, estarão os flamboians que suas mãos plantaram aqui em Manáus, tal como marcos para peregrinos, para as noviças em nossa jornada, iluminando tardes e noites dando sombra para retomada da ida e sempre dizendo da sua passagem Josephina, mulher que teve a divina visão da chamada para o bem-servir, chamada que não sofre, porque partida de Deus, esmaecimento, mas que tão só é ouvida pelas almas eleitas.

RECOMENDAÇÕES DO XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM — MANÁUS 11 a 17 de Julho de 1971 — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

CONSIDERANDO

1. a. que o progresso profissional depende dos conhecimentos fornecidos pelos trabalhos de investigação,
1. b. que as atividades de enfermagem devem basear-se em conhecimentos obtidos pela pesquisa científica;
2. que os resultados de pesquisa têm revelado deficiência na assistência de enfermagem,
3. que o diagnóstico das necessidades de enfermagem do paciente, família e comunidades exige aplicação do método científico,
- I. que a observação constitui o primeiro passo para a elaboração do diagnóstico de enfermagem,

RECOMENDA

As enfermeiras educadoras e de setores de serviços:

1. Que procurem realizar pesquisas nos diferentes campos de enfermagem.
2. Que se interessem em efetuar investigações visando a obtenção de dados objetivos que sirvam de base para a melhoria dos cuidados prestados.
3. Que procurem realizar pesquisas operacionais a fim de verificar a viabilidade da observação sistematizada em diferentes situações de trabalho.

- II. que os trabalhos de investigações sobre a observação sistematizada ainda se encontram em fase inicial;
4. que a técnica de observação sistematizada de enfermagem deve ser desenvolvida nos estudantes, desde o início do Curso de Graduação,
5. a. que os planos de ação, inclusive os planos de saúde, se afirmam como norma política no País,
5. b. que tem sido positiva a participação da enfermeira no planejamento de saúde;
4. Que a disciplina Fundamentos de Enfermagem inclua a técnica de observação sistematizada.
5. Que unam seus esforços, em cada Estado, a fim de oferecer melhor contribuição possível para os planos de saúde.

Ao Ministério da Saúde:

6. a. que se impõe o conhecimento dos recursos materiais e humanos de enfermagem necessários aos programas de saúde do País,
6. a. Que realize estudos para conhecer a demanda no mercado do trabalho, no que se refere a enfermeiros, a técnicos e a auxiliares de enfermagem para serem utilizados como subsídio na consolidação ou na criação de novas Escolas ou Cursos de Enfermagem dos níveis universitário ou médio.

Ao Departamento Nacional da Mão-de-Obra do MTPS:

6. b. que o esquema de educação em três graus para formar o pessoal de en-
6. b. Que faça previsão orçamentária e conceda recursos a cada Estado, no

fermagem é racional, recomendado pela OMS devendo pois ser implementado,

item Bolsas de Estudo, a maiores de 18 anos sem emprêgo para auxiliar a formação de pessoal de enfermagem.

As Secretarias de Saúde dos Estados

7. que estudos efetuados por enfermeiras sôbre a realidade de saúde nas diversas regiões do País revelaram características comuns referentes a:

I. falta de órgão coordenador de enfermagem a nível estadual;

II. falta de trabalhadores qualificados no setor de enfermagem;

7-I. Que seja criado órgão coordenador de enfermagem onde não houver;

7-II. que façam previsão de pessoal de enfermagem de acôrdo com as atividades de enfermagem constantes nos programas de saúde, provendo para isto, os recursos financeiros correspondentes.

Aos Serviços de Enfermagem

III. utilização inadequada das diferentes categorias de pessoal,

IV. não observância da especificação de funções de cada categoria,

7-III. Que procurem utilizar racionalmente o pessoal de enfermagem de acôrdo com seu preparo e potencialidade;

7-IV. que ponham em vigor, tanto quanto possível, a distribuição específica de funções de pessoal de enfermagem.

Ao Ministério da Educação e Cultura

- | | |
|--|--|
| 8. que o pessoal de enfermagem representa o grupo mais numeroso dos serviços de saúde e neste grupo há proporções altas de trabalhadores não qualificados para o trabalho que exercem, | 8. Que faça duplicar, nos orçamentos-programa, os recursos financeiros destinados à formação de pessoal de enfermagem de grau superior a ao auxílio aos centros de formação de pessoal médio e auxiliar de enfermagem. |
|--|--|

Ao Ministério de Trabalho e Previdência Social

- | | |
|---|--|
| 9. a. que as normas estabelecidas pelo INPS para fins de credenciamento de hospitais permitem que a enfermeira exerça suas atividades em número reduzidíssimo de horas e mediante remuneração ínfima; | 9. a. Que aprove, ouvido o Ministério da Saúde, a definição das atribuições mínimas das enfermeiras chefes de serviços de enfermagem dos hospitais credenciados; |
| 9. b. que essa limitada jornada de trabalho não é suficiente para o desempenho adequado de suas funções; | 9. b. que a remuneração desses profissionais seja condizente com suas atribuições. |

As Enfermeiras

- | | |
|--|---|
| 9. c. que as enfermeiras aceitem a chefia dessas instituições sem assumir as reais responsabilidades que a função exige, | 9. c. Que não aceitem a chefia dessas instituições. |
|--|---|

A Associação Brasileira de Enfermagem

- | | |
|---|---|
| 10. que os problemas relativos ao atendimento das ne- | 10. Que a ABEn, através das Seções, estimule a reali- |
|---|---|

cessidades básicas do ser humano e a dependência de enfermagem devem ser estudados mais profundamente,

zação de estudos e trabalhos de investigações sobre "Necessidades Básicas do Ser Humano" e "Dependência de Enfermagem".

Aprovado em 17 de julho de 1971.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

TEMA I — O PRINCÍPIO DA INVESTIGAÇÃO E O PROCESSO DA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFERMAGEM — SIMPÓSIO

1. DOS PRINCÍPIOS E PROPOSIÇÕES DA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFERMAGEM

* Vilma de Carvalho

INTRODUÇÃO

1. Temática e Problemática

O tema que nos foi designado oficialmente para este XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem — “PRINCÍPIO DA INVESTIGAÇÃO E O PROCESSO DA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFERMAGEM” — é, a um só tempo, fascinante e intimidante. Fascinante, porque justifica-se dentro da contemporaneidade das preocupações da época em que vivemos, época em que o enorme prestígio desfrutado pela Ciência é, certamente, resultado de conhecimentos mais profundos acerca dos princípios básicos que orientam toda atividade científica, e do domínio, cada vez mais preciso, dos métodos e técnicas da própria investigação. Intimidante, porque se nos propuséssemos algumas perguntas, tais como: — a) — Por que estariam os enfermeiros tão preocupados, atualmente, com a fundamentação científica de suas observações?; b) — Que princípios seriam os mais sólidos para as bases de seus conhecimentos?; c) — Que instrumentos seriam os mais seguros para atingir as verdades que interessam à Enfermagem?; d) — Qual o processo mais eficaz para chegar a conclusões válidas?; e) — Que critérios garantiriam a independência, a criatividade e a eficácia das decisões que são tomadas em termos de assistência de enfermagem? — respondê-las

* Professora da Escola de Enfermagem da UFRJ.

representaria, para nós, um desafio a superar e, quiçá, uma tarefa por demais exaustiva ou mesmo transcendente ao âmbito de nossas pretensões, e da qual não pretendemos desincumbir-nos sem considerar as possibilidades de êrro. Por êste motivo, pedimos antecipadamente a compreensão e a indulgência de todos, mesmo porque se nossa discussão derramar alguma luz sôbre as questões implícitas na temática que nos foi proposta, então teremos atingido os dois objetivos que nortearam nosso desejo de participar dêste conclave, como sejam: — a) colaborar na busca de um nôvo método que possa garantir o contrôle severo e sistemático dos problemas e situações de enfermagem e b) — ganhar conhecimentos mais vastos que nos permitam ampliar nossa compreensão acêrca das reais possibilidades da Enfermagem moderna.

2. Argumentações hipotéticas

Um ponto de partida para a discussão seria considerar, como já o fêz Abdellah (1), o preparo profissional básico da grande maioria dos enfermeiros em termos de adequabilidade técnico-científica e convir que, como resultado de currículos centrados em procedimentos e diagnósticos de afecções clínicas, um tal preparo tem se evidenciado como inconsistente para garantir aos enfermeiros, de forma eficaz e conclusiva, uma posição definitivamente conceituada na equipe de saúde.

No entanto, ainda que admitamos a possibilidade de incorrer em juízos e conclusões tendenciosas, precisamente, pela necessidade de conduzir nossos argumentos até um ponto desejado, não seria demais conceder, de início, que a ênfase maior dos programas de ensino da grande maioria das Escolas de Enfermagem existentes em nosso país, continua incidindo nas doenças de modo geral e no desenvolvimento de destrezas e habilidades técnicas concernentes ao cuidado do paciente, e sem que se considere, pelo menos, prioritariamente, o próprio paciente como dotação original e singular, que tem necessidades únicas e, portanto, distintas das necessidades de quaisquer outros indivíduos (3). Neste sentido, também não seria demais convir que, do ponto-de-vista de uma tal perspectiva, o paciente é, antes, entendido como um elemento necessário à explicação do mundo em que êle se encontra, ou seja, à compreensão das diferentes estruturas organizacionais dos serviços de saúde do país, e não como a justificativa única da razão mesma pela qual tais serviços existem. E, se procurarmos um denominador que nos sirva de apoio para a identificação imediata das funções e atividades desempenhadas, habitualmente, pelos enfermeiros — seja qual fôr

a situação de enfermagem em que se encontrem engajados — reconheceremos, certamente, que o treinamento específico de cada um deles tem como ponto de referência comum a observação de sintomas e o relato dos desvios que caracterizam, virtualmente, os desequilíbrios do estado de saúde, bem como o domínio dos procedimentos e técnicas relativos à prestação e controle da assistência de enfermagem, sem que se considere, como **a relevância das relevâncias**, os princípios que devem servir de base às **ações científicas** que comportam a sistemática do próprio processo de observação na enfermagem. Tendo em vista uma tal assertiva, é que julgamos ter, a Enfermagem, sido sempre definida como “ciência” que se objetiva na observação do paciente e famílias que recebem tratamentos médicos específicos, e como “arte” que, significativamente, essencializa-se no atendimento das necessidades individuais básicas.

3. Considerações hipotéticas auxiliares

Ora, pelo que tange às perspectivas históricas e sociais de nossa época em que quase todos os conceitos relativos ao conhecimento humano ou renovaram-se ou estão sendo renovados, precisamente, por força da evolução do pensamento filosófico e científico, será fácil considerar e admitir que a Enfermagem ainda não foi, explicitativamente definida. E se alguma dúvida persistir a este respeito basta que submetamos a um ligeiro balanço crítico as três etapas que marcam, de maneira decisiva, o desenvolvimento da Enfermagem moderna nos últimos cinquenta anos. A primeira, fundamentalmente tradicional, ressaltava os cuidados de enfermagem em termos de procedimentos técnicos que, instrumentalmente, orientavam o ensino e o exercício profissional da enfermagem; a segunda, propunha a Enfermagem como assistência ao homem global, assistência essa que era entendida em termos de **participação e comunicação** com o outro, a família, a comunidade; e a terceira, obviamente a atual, tende a caracterizar-se como uma busca de bases científicas mais concretas, que possam garantir a independência e a validade das atividades de enfermagem no cômputo geral das profissões da área da saúde, e que, paralelamente, insiste na necessidade de sistematização de novos métodos que justifiquem, realmente, a Enfermagem como “ciência” e como profissão liberal.

Parece-nos, enfim, não ser difícil deduzir e aceitar como conclusão válida, numa época em que só se fala de mudanças e desenvolvimento, que a ênfase maior de toda e qualquer atividade de enfermagem seja entendida como, sumamente, **temporal**, o que implica na necessidade de uma reflexão crítica e sistemática sobre as dimensões da Enfermagem, em cada época, a partir de um passado

que deve ser reconsiderado, de um presente que carece conformação à idéia que temos de um futuro próximo, e de um futuro que não estamos, absolutamente, certos se pode ser antecipado ou se é imprevisível.

4. Inferências epistemológicas

A consequência do parágrafo anterior, é que parece não haver outra alternativa para a Enfermagem senão ligar-se às características básicas e às preocupações do pensamento epocal. Mas, porisso mesmo, há ainda outras implicações bem mais sérias e que devem ser consideradas. Uma delas, diz respeito ao próprio estágio de desenvolvimento a que chegou o pensamento científico contemporâneo cujas proposições pretendem reduzir o sentido da existência, em sua total significação, aos princípios e aos termos da objetividade da natureza. Neste sentido, conforme frisa Monod (25), as previsões acerca da natureza e de seus fenômenos só podem ser feitas a partir de dados estatísticos, porquanto transcendem, em seus múltiplos aspectos, ao âmbito do conhecimento deduzido dos "primeiros princípios" e, principalmente, do conhecimento derivado dos valores humanos. A justo título, sob o ponto de vista de uma tal concepção, nem mesmo o eterno problema da unidade relacional homem-mundo escapa à preponderância de uma teoria que afirma **o acaso e a necessidade** como a única fonte de **verdade** autêntica.

Esta teoria, apesar de recentemente proposta, tem suas raízes num postulado de Demócrito, o qual sublinha que "tudo que existe no universo é fruto do acaso e da necessidade" (33), e se desenvolve a partir de outro postulado que corrobora ser, a própria objetividade da natureza, a pedra angular do método científico. Isto é, "a recusa sistemática em considerar como capaz de conduzir a um conhecimento **verdadeiro** toda interpretação dos fenômenos que fôr dada em termos de causas finais" (25). No dizer de Monod (25), o postulado da objetividade é consubstancial com a Ciência e orienta seu desenvolvimento há três séculos, desde que as proposições de Galileu e Descartes abalaram os fundamentos da cosmologia de Aristóteles em favor de uma epistemologia científica da natureza.

Em contrapartida, outras implicações decorrem em virtude de existirem outras concepções, entendidas como "não-científicas", que por razões que a própria Ciência considera absurdas, continuam a influenciar, também, o curso evolutivo do conhecimento humano. Tais concepções, fundamentalmente tradicionais, seja qual fôr a natureza primária de seus objetivos, recusam-se, sumariamente, a aceitar a objetividade da natureza como a **única** razão capaz de

justificar o conhecimento científico. Ao contrário, sem rejeitar em termos de absoluto, o princípio da objetividade e os outros que lhe são conseqüentes, as concepções tradicionais ou “animistas” como querem os cientistas contemporâneos, invocam como outras possíveis fontes de conhecimento, certas noções **metafísicas** designadas como “primeiros princípios” “causas finais”, ou ainda segundo a linguagem kantiana, “proposições apriorísticas” que, evidentes em si mesmas, não são passíveis de verificação ou comprovação científica.

Disso resulta, e trata-se realmente do ponto fundamental da questão, que as duas atitudes, aparentemente antagônicas, que dividem o pensamento humano face à realidade universal, acarretam, por fim, outras implicações de natureza psicológica e ética como, por exemplo, aquelas que definem a própria atitude científica em termos de capacidade seletiva quanto aos métodos apropriados, preferências por êsses ou aqueles princípios básicos e conhecimentos dos diferentes modos pelos quais se processam as várias etapas da investigação científica e, conseqüentemente, independência cognitiva diante dos possíveis cursos de ação a seguir com relação aos resultados obtidos. Particularmente estas implicações em última análise, é que dão **significação** à investigação científica. Ou melhor, se é bem verdade que a explicação científica é tomada diretamente do real, a ciência surge com efeito, como uma vontade de explicação do mundo, um sistema de conceitos que interpreta as aparências. E nesse esforço de explicação, a ousadia das formas “a priori” da consciência, do espírito inventor de hipóteses tem livre curso.

5. Justificações conclusivas

Tendo em vista o exposto, e apenas para reforçar nossas argumentações iniciais, é que sublinhamos ser da mais estrita importância que o preparo profissional dos enfermeiros seja revisto em termos de adequabilidade técnico-científica consubstancial à atual fase de desenvolvimento da Enfermagem, a qual urge que tenhamos atitude, conhecimento e habilidades coerentes com os princípios que devem fundamentar a investigação de problemas pertinentes à nossa profissão, cujas resoluções deverão, em última instância, justificar cientificamente, em termos de causas e conseqüências, as nossas decisões que, obviamente, serão reconhecidas através da assistência de enfermagem que prestamos ao indivíduo e à sociedade.

Finalmente, cumpre-nos chamar atenção de todos para um ponto crítico da questão — estamos diante de uma situação de fato — pois já não nos resta outras possibilidades de opção: — ou aceitamos, em termos de **compromisso e engajamento**, as condições con-

tingentes de uma época que pressiona a todos os que podem contribuir, de alguma forma, para o desenvolvimento do conhecimento humano, ou seremos marginalizados, definitivamente, pelas exigências dessa mesma época cujo primado se resume em três termos: — invenção, renovação e transformação.

SISTEMÁTICA

1. Um pouco de história

Os problemas filosóficos e científicos, relevantes e complexos em suas múltiplas ramificações, são sempre submetidos, em cada época, às mais rigorosas investigações. Deste modo, novas soluções são apontadas, novas questões propostas, e métodos de investigação mais refinados são descobertos.

Falando de uma maneira geral, o interesse dos homens pela investigação não é, absolutamente, um problema novo. Pelo contrário, é tão antigo quanto a própria história do pensamento ocidental. Na realidade, podemos afirmar sem medo de errar, que as principais fases evolutivas do pensamento humano coincidiram, precisamente, com os momentos decisivos da investigação.

Primeiramente, a investigação surgiu como um método racional e acrítico que permitia, à inteligência, procurar nas verdades universalmente válidas os fundamentos básicos das verdades particulares dos objetos da natureza. No século IV A.C., a figura de Aristóteles, o grande filósofo grego, representa o marco decisivo na história do pensamento filosófico-científico, quando converte em objeto da investigação detalhada e sistemática todo o conhecimento até então acumulado, desde os primeiros cosmólogos até Platão, e propõe a Filosofia como “a ciência das causas últimas” (33). Tendo em vista a temática, ater-nos-emos simplesmente aos aspectos do conhecimento tido como puramente científico, se bem que, atualmente, seja cada vez mais difícil falar de ciência sem falar de filosofia.

O conhecimento científico, tal como entendido por Aristóteles, visava sistematizar o mundo do pensamento ou campo lógico com o fim de captar seus mecanismos e suas leis. Segundo Gómez-Nogales (16) a elaboração da ciência tem em Aristóteles dois momentos fundamentais e distintos: — a investigação e a demonstração. A demonstração era a parte mais importante da ciência porquanto seu método, o silogismo, permitia à inteligência explicar — “dedutivamente” — o particular a partir de idéias mais gerais ou universais, ou seja, de verdades mais universais segue-se uma nova mais particular que

reafirma as que lhe são anteriores. Seu valor apodítico é absoluto já que a ilação entre as premissas e a conclusão é intrínseca e necessária. De outra forma, diríamos que — na conclusão — não só o predicado convém ao sujeito, como aí mesmo está implícita a causa de tal conveniência. A investigação, por sua vez, tem como método próprio a “indução”, que tanto serve para a formação dos conceitos universais como para estabelecer leis e princípios universais, partindo tão somente da observação de fatos particulares que se repetem. Entretanto, Aristóteles distingue uma indução “completa” — na qual a conclusão é atingida mediante a enumeração de todos os casos particulares — e uma indução “incompleta” — na qual a conclusão é inferida, quase que de um salto, de alguns casos particulares para o universal. Ao primeiro caso reputou como sendo quase que inútil; ao segundo como dificilmente justificável. Talvez, por este motivo, tenha preferido dedicar-se à certeza do silogismo, ainda que servindo-se da indução quando julgava necessário. Esta porém seria, muito mais tarde, na primeira metade do século XVII estudada por Bacon e Galileu.

Na época medieval, o pensamento aristotélico, tal como nos confirma Gilson (15), era um completo sistema filosófico que, além da ciência da natureza, compreendia toda a existência, desde a matéria prima até o próprio Deus, e a impressão que causou nas então nascentes Universidades européias e nos meios cultos em geral foi imensa, pois as idéias que exprimiam vinham revolucionar o panorama científico não só na Filosofia, nas Ciências aplicadas e nas Artes, como também vinham negar as verdades aceitas e propagadas pela fé cristã. Por este motivo, a leitura das obras aristotélicas foi proibida, mas a revelação de Aristóteles era já um fato consumado que não se podia suprimir com censuras. Havia antes que esperar da vitalidade da inteligência cristã que assimilasse e interpretasse ortodoxamente, aquele material novo sobre o qual a razão teria, sem dúvida, de trabalhar (12). E, quando já dominava soberano o pensamento escolástico, St.^o Tomaz de Aquino, na afã de subordinar todos os conhecimentos humanos à inteligência maior da Revelação, consegue cristianizar a ciência pagã de Aristóteles, antepondo às especulações filosóficas ou científicas os esquemas supremos da Teologia. Desde então, derivou-se o caráter próprio da filosofia cristã, em que a investigação pessoal estabelece, antecipadamente, seus limites. Ela não é como a filosofia grega, uma investigação autônoma que deve, em primeiro lugar, fixar os termos e o significado do problema; ao contrário, os termos e a natureza do problema lhe são previamente dados.

Afora o movimento filosófico-teológico, assinalava o século XIII um outro que se orienta, muito antes do Renascimento, na direção das ciências da natureza. Contribui a determiná-lo a própria difusão do aristotelismo, que desvincula a atividade especulativa da consideração unilateral dos problemas teológicos e a dirige à consideração dos problemas da natureza, reconhecida com domínio da investigação autônoma da razão. Os empiristas ingleses cerram fileiras com este movimento e, com eles, a Universidade de Oxford converte-se em foco ativíssimo de investigação científica que, no século seguinte, seria decisiva para o nascimento da filosofia experimental.

A partir do Renascimento, o esforço científico dirigiu-se, principalmente, à busca de um método que garantisse a investigação científica. Neste sentido, Bacon é considerado a expressão máxima da exigência de sua época: — o conhecimento científico da natureza. Contrapondo-se à lógica aristotélica, Bacon refuta o silogismo como infecundo por demonstrar o que já se conhece: — não serve às invenções nem às descobertas. O método indutivo, descuro por Aristóteles, seria o único capaz de impulsionar o progresso científico. Seu mérito maior, no entanto, foi chamar a atenção para a necessidade de sistematizar-se a observação e a experiência a fim de que a inteligência pudesse dominar o íntimo da natureza, ou transformá-la segundo os propósitos da ciência. As invenções ou descobertas casuais realizar-se-iam, daí por diante, metódica e sistematicamente, e as conclusões científicas seriam colocadas ao alcance de todos. A indução baconiana, segundo Romero (27), referia-se a várias operações das quais as mais importantes são as relativas às tábuas de “registro” dos fenômenos: — de presença, de ausência e de graus de comparação. A primeira, equivalia ao registro de casos observados; a segunda, ao registro dos casos semelhantes aos primeiros, mas ausentes na natureza estudada; e a terceira, ao registro dos casos que, na natureza dada, evidenciavam-se com intensidade diferente. Os dois últimos, principalmente, convertem a indução num processo severamente controlado e bem distinto da indução por enumerações simples. O valor dos registros, para Bacon, não era absoluto mas garantia a crítica e o curso evolutivo da ciência, pois a verdadeira indução viria, depois, por inúmeras exclusões e rodeios que permitiam captar os princípios e as leis que determinavam a configuração de uma natureza dada.

Pelo que tange à sistemática experimental, entretanto, Bacon perde para Galileu que, como verdadeiro criador da nova ciência em vez de reduzir seu método à ordenação quantitativa das observações, coloca-o a serviço das experiências qualitativas. Ou seja,

enquanto Bacon recomenda que não se deve antecipar as respostas de um problema científico, Galileu diz que “o experimento não é tanto aguardar a resposta mas arrancá-la: — forçando a natureza a falar” (4). Convém observar, aqui, que o método de Galileu é bem semelhante à indução incompleta de Aristóteles, que se resolve — “dedutivamente” — e, justamente, ao contrário da de Bacon. Outra característica do método de Galileu refere-se à hipótese e lei. A hipótese permite a suposição da causa e a antecipação da resposta. No caso da investigação experimental, a causa é a **razão** do fenômeno que, para Bacon está na intimidade do mesmo, mas para Galileu está na lei que o determina. Esta lei, como objeto próprio da ciência, é a relação constante entre dois ou mais fenômenos; donde se conclui que a física de Galileu concerne ao domínio das grandezas matemáticas como a quantidade e a medida. E com isto ficou firmada a autonomia da ciência moderna que se desenvolveu, prodigiosamente, em todos os campos do conhecimento, segundo o pensamento, o método e as técnicas experimentais.

Nos dois séculos seguintes, a afirmação da ciência era tal que quase absorve em seu conceito todos os demais ramos do conhecimento. Fosse quais fossem as contribuições teóricas ou doutrinárias, voltavam-se para os dados positivos da realidade e chegando, por vezes, a esquecer as exigências do pensamento ou sua relação com os fatos conhecidos. Contudo, faziam-se muitas perguntas acerca de problemas que eram propostos e aceitos como **concretos** e as respostas, mesmo tergiversando, acabavam sempre por falar de certos “primeiros princípios” que eram deduzidos ora da natureza mesma, ora da Filosofia, da própria História e da Religião. Em consequência, surgiram crises em todas as direções: — nos métodos e nas teorias das ciências positivas, e nas concepções políticas, sociais, econômicas, morais e religiosas, principalmente, porque estavam em crise o próprio conhecimento e os valores humanos.

Todavia, como sublinha Brecht (7), “nos primórdios do século XX os escrúpulos metodológicos começaram a interferir e os eruditos obtiveram maior consciência das limitações na natureza da ciência. Verificaram que os principais instrumentos da ciência **qua** ciência eram: — a observação dos fatos, a medição, e o raciocínio lógico. Tudo aquilo que não pudesse fazer-se com tais instrumentos não deveriam ser apresentados sob a pretensão de ser científico, mas exposto, francamente, como opinião pessoal ou como fragmento inferido de um credo, ou como pressuposto de prova, ou coisa semelhante”. Evidentemente, os debates sobre o que era puramente científico e o que não era, continuaram ainda por algum tempo, e embora ainda reste muito lugar para discussões, foram tão notáveis

as conquistas da ciência, nos últimos cinqüenta ou sessenta anos, que já não se pode ignorar a validade dos instrumentos e recursos científicos e o discernimento metodológico em termos de teoria e prática científicas.

2. A investigação — princípio e significação

Após tôdas essas considerações históricas, cumpre que se diga da investigação ser ela, atualmente, mais que um processo sistemático que envolve instrumentos de pesquisas e reconhecimento de fatos comprovados pela experiência. Para facilitar a compreensão, concedamos que toda investigação começa quando uma dada situação, fatos ou problemas exigem a atenção, consideração e deliberações humanas em termos de decisões consecutivas, que exprimem de forma essencial e significativa, certas fases da atividade intelectual, quais sejam: — a percepção, a exploração, a invenção, a descoberta e a transformação.

Com efeito, uma tal concepção implica para a investigação uma significação bem mais ampla que a derivada das padronizações impostas pelo método científico. Em verdade, tal como a entendemos, a investigação ainda que sistemática, não comporta apenas fases de procedimentos científicos que se desenvolvem de maneira unificada e conseqüente; ao contrário, antes disto, ela é, para nós, um constante “pensar na ação”. Ela envolve, portanto, em sentido mais amplo, pensamento crítico e reflexivo da mais alta categoria cognitiva, em sentido mais estrito, as preocupações e as realizações humanas. Note-se, por exemplo, como bem frisa Heidgerken (19), que “a investigação inclui inumeráveis erros, correções, digressões, tentativas laboriosas e um processo exaustivo de contínuas avaliações e validações”. Por conseguinte, tal como habitualmente descrita, a investigação comporta certas etapas de procedimentos que equivalem às atividades ou ações científicas desenvolvidas pelo investigador, a partir de propósitos definidos que se relacionam com fins pré-estabelecidos. Mas, isto não deve significar que a investigação corresponde a “um processo de compilação indiscriminada de elementos e do respectivo processamento em concordância com fases prescritas, deixando todo o progresso na conta da assiduidade e pouco, se acaso algum, na do gênio” (7). Com isto, queremos enfatizar com Brecht (7) que a metodização sistemática da investigação, em hipótese alguma, dispensa o espírito criador ou a capacidade do gênio, ao contrário, exige como condição *sine qua non* a participação do

mesmo. E não existe regra de procedimento para explicar como atua, com liberdade e independência, a imaginação criadora. "Isolar os fatores componentes e selecionar os que são apropriados à generalização provisória, constituem o trabalho do espírito criador. A capacidade do pensador para usar analogias, para combinar a coragem e a humildade disciplinada, pode ser decisiva para o efeito. Dados já acessíveis, incluindo a experiência total do investigador, exercem, é claro, função importante, em cada fase; mas, nem o conhecimento nem a assiduidade podem dispensar ou substituir a função desempenhada pelo espírito criador" (7).

A digressão que acabamos de fazer tem uma finalidade qual seja chamar a atenção de todos para o fato de que, no momento, estamos sendo apenas despertados para certos pontos críticos que emergem de uma problemática tão séria como seja a investigação na área da enfermagem. Pelo que nos concerne, preocupa-nos pensar nos tipos de teorias epistemológicas que, porventura, estarão influenciando as investigações de enfermagem, nos próximos dez ou vinte anos. Admitamos, que se pensarmos de nossa profissão ser ela o que há de melhor para o indivíduo e a sociedade, não haverá alternativas nem possíveis opções quanto às epistemologias que poderão influenciar a sistematização de nossos métodos ou processos de pesquisa. Sejamos, pois, coerentes e convenhamos não nos ser possível aceitar, de forma absoluta, os princípios e os postulados extraídos da objetividade da natureza. Em compensação, por outro lado, é de todo impossível não ponderar a inviabilidade e a inconveniência de colocarmos os objetivos e fins de nossas pesquisas na dependência exclusiva dos princípios e dados "a priori" de nossa consciência ou coisa semelhante. Tal como nos aconselha Heidgerken (19), é imprescindível atentar para o fato de que não há demarcação nítida entre as tentativas científicas e as tentativas filosóficas que se orientam para o conhecimento da realidade. Se as primeiras nos parecem mais autênticas, em absoluto, devemos ignorar as segundas. Teoricamente, sabemos que os postulados da ciência *qua* ciência são filosóficos em sua natureza, pois continuam e continuarão, muitos deles, axiomáticos e objetivamente indemonstráveis. Paralelamente, também sabemos, que o conhecimento filosófico, por sua vez, não pode prescindir completamente das soluções e explicações científicas. E, finalmente, ainda temos que pensar, que há fatos na realidade universal, que transcendem às explicações científicas ou filosóficas, porquanto permanecem além e aquém das possibilidades da razão natural ou da comprovação e verificação dos dados científicos.

3. O Processo da Observação na Enfermagem

A investigação entendida como atividade própria de enfermagem é um fenômeno relativamente recente, se bem que não podemos ignorar que o princípio e a significação do processo total da investigação tenha se iniciado, na Enfermagem, a partir das proposições de Florence Nightingale (26) sobre “o que é e o que não é” a Enfermagem moderna. Destacamos como pontos importantes dessas proposições, aqueles que se referem à observação de sintomas e fatos relacionados com o estado dos pacientes. Entretanto, conforme citado por Kelly (22), a observação enfatizada por Nightingale consistia, na realidade, de três atividades mais ou menos simples, denominadas: — observação, anotação e comunicação. Mais recentemente, ou para sermos mais precisas, há cerca de duas décadas, as publicações sobre Enfermagem vêm se referindo a análises e explicações detalhadas sobre as implicações relativas à função do enfermeiro como observador de sintomas e reações apresentadas pelo paciente ou famílias que recebem cuidados de enfermagem, e de forma tão incisiva que a descrevem como correspondendo a um verdadeiro processo que, em sentido bem amplo, inclui três operações de natureza, fundamentalmente, cognitiva. São elas:

- observação sistemática — que se refere ao reconhecimento e ao processamento científico dos sintomas e reações apresentadas pelo paciente;
- inferência clínica — que se refere aos julgamentos, conclusões e generalizações processados de maneira lógica, a partir de dados insuficientes, acerca do estado e situações que envolvem o paciente;
- tomada de decisão — que se refere a um processo deliberativo, o qual inclui os possíveis cursos de ação, determinados pelas implicações de enfermagem relativas às inferências; ou seja, é através do processamento decisório que são determinadas as prioridades de enfermagem pertinentes a ser prestada ao paciente, família ou comunidade.

Acêrca dêste processo de observação, cumpre-nos chamar atenção para o fato de que a primeira das três operações assemelha-se,

a nosso ver, à indução de Aristóteles, e conseqüentemente, às tábuas de “registros” de Bacon; na verdade, ela corresponde simplesmente ao processamento sistematizado e discriminativo de fenômenos observados e que se repetem, num dado universo. Aqui, segundo Hammond (17), as induções obtidas são “completas” quanto à natureza e, portanto, de pouco interesse para nós, pois servem pouco ao progresso científico; sua importância maior reside no fato de que permitem a comparação analítica entre eventos atualmente observados e todos os demais observados, anteriormente, em condições idênticas. Já quanto às duas últimas operações — a inferência e a decisão clínicas — equivalem a indução de Galileu, porquanto permitem a antecipação das respostas dos problemas presentes, ou a antecipação de problemas que ocorrerão, provavelmente, no futuro. Naturalmente, as induções obtidas, neste último caso, são “imperfeitas” quanto à natureza, pois permitem generalizações a partir de experiências passadas, e também, respostas ou soluções obtidas a partir de dados insuficientes para sustentar a evidência da conclusão inferida.

Ainda sobre as duas operações, faz-se mister acrescentar que estão intimamente ligadas e por serem altamente intelectivas, independem, até certo ponto de quaisquer padronizações impostas pela investigação científica. Por outro lado, sabemos que não se pode prescindir da metodização sistemática como uma das etapas do próprio processo de observação, mesmo porque a discriminação processual dos fatos objetivos garantem uma margem de segurança ao observador, nas etapas intelectivas, à luz dos possíveis cursos de ação, representativos de causas e conseqüências de erros. A justo título, acrescentaríamos, aqui, uma citação de Brecht (7), a qual reforça que “o método científico não oferece substitutivo para o espírito criador; nem ensina a uma pessoa como ser criadora. Apenas insiste — pelo menos em sua interpretação exclusiva — em que todas as idéias, por mais arriscadas, mecânicas ou criadoras em sua origem, devem ser, finalmente, processadas em concordância com o método científico, a fim de que se integrem no corpo da ciência”.

Neste sentido, não será demais atentar ainda para a necessidade de submetermos a uma crítica reflexiva o grau de dimensão psicológica que comportaria, de maneira global, as operações cognitivas — inferenciais e decisórias — do processo de observação. Paralelamente, quando se trata, de forma específica, da etapa decisória, convém notar que ela é, por si só, a chave final de um processo sistemático de observação, porquanto é, justamente, através dela que a observação é convertida em um instrumento de controle, avaliação e validação de resultados obtidos para identificação e solução de problemas de enfermagem. Acrescente-se a isso, à guisa de justi-

ficação, que Simon (29) valoriza e subdivide o processo decisório, a partir de três fases principais de atividade cognitiva; — a primeira, “intelectiva perceptiva”, se refere à capacidade de identificar o momento oportuno para tomar a decisão: a segunda, “intelectiva projetiva”, se refere à capacidade de elaborar, inventar e desenvolver os possíveis cursos de ação; e a terceira, “intelectiva seletiva”, se refere à capacidade de escolher um dentre os possíveis cursos de ação. Cumpre-nos esclarecer, por fim, que estas duas últimas atividades do processo decisório se resolvem, essencial e significativamente, em termos de tarefas diagnósticas de enfermagem, porquanto explicitam-se, de forma mais concreta a medida que decidimos sobre a natureza e a extensão dos problemas identificados a partir da configuração de uma qualquer situação específica de enfermagem, incluindo-se, naturalmente, as decisões que se referem à determinação das exigências qualitativas e quantitativas dos cuidados de enfermagem requeridos. Além disso, a última atividade, precisamente, se resolve em termos de prescrições de tratamentos de enfermagem, porquanto equivale às decisões que determinam, à propósito, as prioridades de enfermagem.

4. Implicações para a Enfermagem — Educação e Exercício profissional

Talvez devêssemos considerar agora, que uma tão ampla e complexa significação do processo de observação, acarretará, sem dúvida alguma, inúmeras implicações para a Enfermagem. Uma delas, diz respeito à necessidade imperiosa de reformulação de certos conceitos tradicionais, em função de uma nova sistemática proposta para a observação na Enfermagem. Uma outra implicação decorre, justamente, da anterior, ou seja: se as reformulações de conceitos impõem-se, de forma imperativa, necessariamente também terão que ocorrer mudanças nas atitudes profissionais correspondentes. Cumpre-nos ponderar, neste momento, que a mais alta responsabilidade recai conjuntamente sobre os educadores de enfermagem, no que concerne aos problemas que ocorrerão na área de ensino, e aos líderes dos programas de assistência, no que tange à impropriedade de delegar atribuições que, fatalmente, passarão a ser exclusivas do enfermeiro dada a complexidade da extensão do processo deliberativo, evidenciada na sistemática da observação, tal como conceituada neste trabalho.

CONCLUSÃO

A título de conclusão, tentariamos responder, agora, de uma maneira bastante geral, as questões levantadas no início dêste trabalho. Quando frisamos de uma maneira bastante geral, queremos, na realidade, afirmar que respostas específicas e mais detalhadas, prescindem evidentemente, de novas e mais concretas investigações. Ainda assim, consideramos oportuno afirmar:

- Os enfermeiros estão, certamente, tão preocupados com a fundamentação científica de suas observações, porque desejam ver firmada sua posição na equipe de saúde e reconhecida a sua qualificação como contribuintes ao progresso científico;
- Sendo a Enfermagem uma ciência e uma arte, que existe e subsiste em função do bem estar do indivíduo e da sociedade, seus conhecimentos devem ser fundamentados, em síntese, nos princípios que são extraídos da objetividade da natureza, como também, daqueles que são propostos pelo conhecimento filosófico, ou seja, pelos valores humanos;
- As verdades que interessam à Enfermagem são bastante complexas, porquanto se referem, principalmente, a um objeto muito especial da natureza — O HOMEM — e, sendo assim, os instrumentos necessariamente coerentes com tais verdades, deverão corresponder àqueles que ressaltam o nível de qualidade das atividades de enfermagem, quais sejam a observação sistemática e o raciocínio lógico;
- O processo mais eficaz para chegar a conclusões válidas, terá que ser definido a partir de futuras investigações baseadas nas três operações que comportam o processo de observação proposto;
- Somente à luz de resultados obtidos mediante experimentações mais concretas, seria possível definir os critérios que garantiriam, em última instância, a independência, a criatividade, e a eficácia das decisões de enfermagem. Neste sentido, a nossa resposta não pode ser entendida de maneira, absolutamente, conclusiva.

Finalmente, gostaríamos de esclarecer que, certas considerações aqui feitas, embora possam parecer irrealis, teóricas e exaustivas, justificam-se em termos de propositalidade, porquanto representam os pontos críticos de um ensaio de natureza epistemológica, acêrca das possibilidades reais da Enfermagem moderna.

B I B L I O G R A F I A

1. ABDELLAH, Faye G. e outros — **Patient-centered Approaches to Nursing**, 1 st. edition The Macmillan Company, New York, 1970.
2. ABDELLAH, Faye G. — "Problems, Issues, Challenges of Nursing Research" in **The Canadian Nurse** (Vol. 67 n.º 5), The Canadian Nurses Association, Montreal, May, 1971.
3. ALLPORT, Gordon W. — **Psicologia de la Personalidad**, Editorial Paidós, Buenos Ayres, 1961.
4. AMERIO, Franco — **Historia de la Filosofia**, Central Catequística Salesiana, Madrid, 1965.
5. BELAND, Irene — **Clinical Nursing**, The Macmillan Company, New York, 1970.
6. BOCHENSKI, J. M. — **Diretrizes do Pensamento Filosófico**, Editora Herder, São Paulo, 1961.
7. BRECHT, Arnold — **Teoria Política**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1965.
8. BREHIER, Émile — **Historia de la Filosofia**, Editorial Sudamericana, Buenos Ayres, 1962.
9. BROWN, Esther L. — **Nuevas Dimensiones de los Cuidados de los Pacientes**, La Prensa Médica Mexicana, Mexico, 1971.
10. CHERIE, Harrison — "Deliberative Nursing Process versus Automatic Nurse Action" in **The Nursing Clinics of North America** (Vol. 1 n.º 3) New York, September, 1966.
11. CHISHOLM, Roderick M. — **Teoria do Conhecimento**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1969.
12. DEMPFF, Alois — **Metafísica de la Edad Media**, Editorial Gredos, Madrid, 1957.
13. FOX, David J. — **Fundamentals of Research in Nursing**, Appleton-Century-Crofts, New York, 1966.
14. GELINAS, Agnes — **Nursing and Nursing Education**, the Commonwealth Fund, New York, 1946.
15. GILSON, Etienne — **La Filosofia en la Edad Media**, Editorial Gredos, Madrid, 1957.
16. GÓMEZ-NOGALES, J. — **Horizonte de la Filosofia Aristotélica**, Imprenta del Colegio Máximo. ONA, Madrid, 1965.
17. HAMMOND, K. R. — "Clinical Inference in Nursing" in **Nursing Research** (Vol. 15 n.º 1) The American Journal of Nursing Company, New York, Winter, 1966.
18. HAMMOND, K. R. Kelly, K., e outros — "Clinical Inference in Nursing" in **Nursing Research** (Vol. 15 n.º 2), The American Journal of Nursing Company, New York, Spring, 1966.
19. HEIDGERKEN, Loretta E. — "The Research Process" in **The Canadian Nurse** (Vol. 67 n.º 5), The Canadian Nurses Association, Montreal, May, 1971.

20. HEMPEL, Carl G. — **Filosofia da Ciência Natural**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1969.
21. HESSEN, J. — **Teoria do Conhecimento**, Armênio Amado Editor, Coimbra, 1960.
22. KELLY, Katherine — "Clinical Inference in Nursing" in **Nursing Research** (Vol. 15 n.º 1) The American Journal of Nursing Company, New York, Winter, 1966.
23. KOMORITA, Nori I. — "Nursing Diagnosis" in **The American Journal of Nursing** (Vol. 63 n.º 12), The American Journal of Nursing Company, New York, Christmas, 1963.
24. MEYER, Burton e HEIDGERKEN, Loretta E. — **Introduction to Research in Nursing**, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1962.
25. MONOD, Jacques — **O Acaso e a Necessidade**, Editora Vozes Ltda., Petrópolis, R. J., 1962.
26. NIGHTINGALE, Florence — **Notes on Nursing**, D. Appleton — Century Company, New York, 1946.
27. ROMERO, F. — **Historia de la Filosofia Moderna**, Fondo de Cultura Económica, México, Buenos Ayres, 1959.
28. SALMON, Wesley C. — **Lógica**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1971.
29. SIMON, Herbert — **The New Science of Management Decision**, Harper and Row Publishers, New York, 1960.
30. SCHLOTTFELDT, Rozella e outros — "Symposium on Research — How Will Nursing define it?" in **Nursing Research** (Vol. 16 n.º 2), The American Journal of Nursing Company, New York, Spring, 1967.
31. VELEZ Correa, J. — **Filosofia Moderna y Contemporânea**, Companhia Bibliográfica Espanhola S. A. Madrid, 1965.
32. YURA, Helen e WALSH, M. B. e outros — **The Nursing Process**, The Catholic University of America Press, Washington, D. C., 1967.
33. YURRE, Gregório R. — **História de la Filosofia Griega**, Editorial del Seminario Vitorienense, Vitória, España, 1954.

2. A OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA COMO BASE PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

* Wanda de Aguiar Horta

INTRODUÇÃO

Em tese de Docência Livre defendida em 1968, na Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro dizíamos: "A observação atenta e o levantamento de dados são os primeiros passos do método científico e, portanto, do diagnóstico de enfermagem".

* Livre Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Chefe do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica da referida escola.

Desde 1965 introduzimos na disciplina Fundamentos de Enfermagem o levantamento de dados do paciente sob a forma de um roteiro de observação sistematizada que denominamos **histórico de enfermagem**. Todos os históricos de enfermagem de 1965 até 1970, após correção, foram devolvidos aos estudantes; entretanto este ano decidimos recolher este material para estudos posteriores e é um destes estudos que pretendemos apresentar neste trabalho, que consideramos ainda preliminar.

Os históricos de enfermagem foram feitos por oitenta (80) alunas do segundo ano de Enfermagem e Obstetrícia. Seria de interesse salientar que é neste estágio que as alunas entram pela primeira vez em contato com pacientes hospitalizados. Em quatro (4) semanas, que foi o tempo de duração do estágio, foram feitos cerca de quinhentos (500) históricos, mas só conseguimos a devolução de duzentos e quatro (204).

CONCEITUAÇÃO

Observação sistematizada — É a observação planejada segundo roteiro predeterminado.

Histórico de Enfermagem — É um roteiro sistemático para o levantamento de dados que sejam significativos para o enfermeiro, do paciente, família ou comunidade, afim de tornar possível a identificação dos seus problemas de modo a, em os analisando adequadamente, chegar ao diagnóstico de enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem — É a identificação das necessidades básicas do indivíduo (família, comunidade) que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermagem, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Como já esclarecemos é através do histórico de enfermagem que vamos colher os dados que servirão de base para o diagnóstico de enfermagem. Que dados interessam à enfermeira? Todos aqueles que investigam como o paciente (família, comunidade) atendem suas necessidades básicas, afim de determinarmos quais delas estão sendo atendidas corretamente, quais as atendidas incorretamente e quais as não atendidas.

A técnica utilizada para execução do histórico é a observação sistematizada, através de entrevista com o paciente e (ou) seus familiares exame físico consulta ao prontuário médico, à equipe de saúde e de enfermagem, e a outros membros da equipe hospitalar.

O histórico de enfermagem utilizado em Fundamentos de Enfermagem e Obstetrícia, no ano de 1971 foi elaborado pela equipe desta disciplina tendo como base o modelo utilizado nos anos anteriores, dando-se porém, destaque maior ao exame físico e incluindo alguns outros tópicos.

Os dados levantados no histórico de enfermagem são:

I) Dados gerais de identificação: Dados fornecidos por: data; nome; registro; leito; enfermagem; idade; sexo; côr; estado civil; religião; escolaridade; ocupação; profissão; naturalidade; procedência (há quanto tempo); residência fixa (há quanto tempo); residência temporária (há quanto tempo); data da admissão; por onde foi admitido; diagnóstico médico; fase da doença; diagnóstico de enfermagem.

Estes dados nos fornecem elementos fundamentais sobre "status", condições culturais e sócio-econômicas, grupo etário, etc.

II) Atendimento das suas necessidades básicas: Habitação — quais as condições físicas da habitação, localização, recursos comunitários. Cuidado com a pele e mucosa — quais os hábitos higiênicos do paciente em relação ao cuidado com pele e mucosas, número, frequência e tipo de cuidados. Alimentação — hábitos alimentares, frequência, tipos de alimentos, horários, ingestão de líquidos, preferências, idiossincrasias. Eliminações — hábitos de eliminação intestinal e urinária, frequência, tipo, características, eliminação menstrual e outras. Sono e repouso — hábitos de sono e repouso, horários, características. Exercícios e atividades físicas — que atividades e exercícios o paciente executa. Reprodução — atividades sexuais e reprodutivas. Necessidades psicossócioespirituais — recreação, religião, comunicação, etc.) — quais os hábitos religiosos, de recreação, como o paciente se comunica com Deus e com seus semelhantes.

Na investigação dos hábitos alimentares, de eliminação, são anotados os problemas relacionados aos sistemas digestivo e gênito-urinário.

III) Atividades sociais: Qual a vida social do paciente, seu relacionamento com seu grupo familiar, comunitário e profissional.

IV) Imunizações: Quais as que já tomou e o que sabe sobre elas.

V) Exame físico: 1) Condições gerais quanto ao aspecto, expressão facial, estado mental, locomoção, postura, vestuário, alergia a drogas, vícios, peso e altura. 2) Sinais Vitais: Pulso e respiração-frequência e características, temperatura e pressão arterial. 3) Con-

dições específicas relacionadas à: a) pele e mucosas em geral: limpeza, secreções, forma, lesões, manchas, cor, turgor, prurido, umidade, escamação, distribuição de pêlos, odor, cosméticos, integridade; b) sub-cutânea; c) sistema cárdio-respiratório: obstrução, tosse, coriza, espirros, epistaxe, soluço, fonação, expectoração, traqueostomia, varizes, palpitações, outros. 4) Condições dos segmentos no que se refere a: limpeza, secreções, forma, temperatura, ausência de segmentos, próteses, motilidade, acuidade. a) Cabeça (couro cabeludo, face, cavidade bucal: língua, hálito, dentes, gengiva, lábios, orofaringe). b) Pescoço. c) Membros superiores (braço, antebraço, mãos, unhas). d) Membros inferiores (coxa, perna, pé). e) Tronco (anterior, posterior, abdome, sacro-lombar, glúteo, genitais). f) Órgãos dos sentidos: (olhos, orelhas, fossas nasais, sensibilidade gustativa e tátil). 5) Condições dos segmentos para medicação parenteral: deltóides, glúteos, vastos laterais, rede venosa dos membros superiores e inferiores 6) Queixas do paciente — anotação de todas as queixas relatadas pelo paciente.

O exame físico é bem detalhado para desenvolver a capacidade do estudante na observação das condições físicas do paciente.

VI) Percepções e expectativas do paciente: Nesta parte do histórico procuramos investigar como o paciente percebe sua doença, o ambiente hospitalar, o que ele espera da equipe de saúde. Estas percepções e expectativas do paciente têm uma importância fundamental na reação do paciente ao tratamento médico e de enfermagem. Os dados a serem preenchidos são: 1) O que sabe de sua doença? 2) A que atribui sua doença? 3) Faz exames médicos periódicos? 4) Medos e preocupações (medo de morrer, de cirurgia, de anestesia, de tratamento, de injeção, de tirar sangue, de ficar aleijado, de tomar remédio errado, ser despersonalizado, etc.). 5) Quais as experiências que já teve com doença (internações e tratamentos anteriores).

VII) Dados médicos de interesse para a enfermagem: Aqui são coletados elementos do prontuário médico que são de interesse para a enfermagem como também os exames de laboratório abaixo enumerados:

1) Exames de laboratório — fezes, urina, hemograma. 2) Exames específicos para o diagnóstico clínico

VIII) Ajustamento do paciente ao hospital: 1) Ajustamento à enfermaria. 2) Ajustamento à equipe de saúde. 3) Ajustamento à equipe de enfermagem. 4) Ajustamento ao hospital.

Na maioria das vezes os estudantes cuidam de pacientes já internados, mui raramente fazem a admissão, quando seria o momento ideal para ser feito o histórico de enfermagem, sendo assim é necessário incluir este item para que se avalie o ajustamento do paciente ao ambiente hospitalar.

IX) Impressões do entrevistador sobre o paciente: Este item é plenamente subjetivo, o entrevistador descreve como percebe o paciente, isto é, como o sente e o vê.

X) Conclusões: Problemas identificados. Necessidades afetadas. Dependência da enfermagem.

Nestes termos ao concluir o histórico de enfermagem chegamos ao diagnóstico de enfermagem que é a meta a alcançar após o levantamento de dados.

RESULTADOS

Os históricos de enfermagem foram, na maioria das vezes, coletados antes da prestação de cuidados ao paciente em alguns casos o foi concomitantemente.

Nas clínicas médicas, dada a permanência dos pacientes por longo tempo, os históricos foram feitos com vagar e completados dia a dia, porém, nas clínicas cirúrgicas a mobilidade dos pacientes é muito grande, muitas vezes o aluno fazia o histórico às 8 horas e às onze do mesmo dia era dada alta ao paciente pelo seu clínico; a permanência dos pacientes é curta e muitas vezes o estudante que havia feito o histórico e o plano de cuidados para um determinado paciente ao chegar ao hospital não o encontrava, seja por ter sido operado inesperadamente, ou transferido, ou ter recebido alta. Muitos alunos chegaram a fazer três históricos num único dia.

Para resolver este problema estamos estudando a possibilidade de fazer um modelo de histórico específico para a cirurgia, com a possibilidade de levantar os dados mais importantes com rapidez afim de que o paciente possa ser bem atendido pelo estudante dentro de uma metodologia científica de enfermagem afastando-se de vez o empirismo na ministração de cuidados.

Nos duzentos e quatro históricos de enfermagem entregues, os estudantes identificaram quatro mil duzentos e sessenta e três problemas (4263) sendo dois mil setecentos e cinquenta (2750) de ordem física e um mil quinhentos e treze (1513) de problemas psicossocioespirituais. A média de problemas por paciente foi de 21, aproximadamente 13,5 físicos e 7,5 psicossocioespirituais. De âmbito fi-

sico o maior número de problemas encontrados por paciente foi de quarenta (40) e o menor de dois (2); já psicossocioespirituais o paciente que apresentou maior número de problemas teve vinte e quatro (24) e dois pacientes, aparentemente não os apresentaram.

Devemos lembrar que o levantamento em questão foi feito por estudantes, no início da prática hospitalar, sem dominar a técnica de entrevista e de coleta de dados. Alguns desses históricos foram corrigidos e completados pelos professores, mas ainda assim podemos considerá-los incompletos.

Assim mesmo sem o levantamento de toda a problemática dos pacientes as alunas conseguiram determinar as principais necessidades básicas afetadas e o grau de dependência em relação à enfermagem, para seu atendimento; identificaram também quais os cuidados prioritários para o plano assistencial.

Nos resultados da tese já referida, nós identificamos 2184 problemas físicos em 48 pacientes, mantidas as mesmas proporções, um enfermeiro identificaria nos 204 pacientes nove mil duzentos e quarenta (9240) problemas de ordem física e cinco mil duzentos e dois (5202) psicossocioespirituais.

CONCLUSÃO

Está, a meu ver, sobejamente evidenciado que a observação sistematizada, no caso específico da enfermagem, caracterizada pelo histórico de enfermagem, leva à coleta de dados indispensáveis ao diagnóstico de enfermagem. Uma vez coletados os dados estes são analisados para a identificação dos problemas de enfermagem.

No âmbito da metodologia que desenvolvemos sobre o processo de enfermagem, em trabalho a ser apresentado, neste Congresso, no tema IV, consideramos os problemas de enfermagem como sintomas das necessidades básicas não atendidas. Dentro deste esquema os problemas serão então examinados detalhadamente, correlacionados, equacionados e após as inferências que se fizerem necessárias, concluiremos sobre quais as necessidades básicas afetadas. O diagnóstico de enfermagem será completado determinando-se o grau de dependência da enfermagem que o paciente terá para atendimento daquelas necessidades.

Em seqüência aos passos do processo de enfermagem, à luz do diagnóstico de enfermagem a enfermeira traçará o plano terapêutico de enfermagem, implementando-o através do plano de cuidados diários, cuja avaliação permitirá confirmar o diagnóstico, fornecerá dados para o evolução e o prognóstico de enfermagem.

RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista a urgência no preparo dos enfermeiros no diagnóstico e planejamento de cuidados de enfermagem recomendamos:

- 1 — As enfermeiras
 - Que elaborem históricos de enfermagem adaptados às suas especialidades, tempo disponível e possibilidades de trabalho.
 - Que investiguem processos mais eficientes para levantamento de dados do paciente de interesse para a enfermagem.
- 2 — As Escolas de Enfermagem
 - Que seja iniciado já em Fundamentos de Enfermagem o histórico de enfermagem dos pacientes.
 - Que se estudem históricos simples e práticos porém informativos e significativos.

RESUMO

Como primeiro passo do método científico e portanto básico para o diagnóstico de enfermagem, a observação sistematizada, segundo roteiro predeterminado, leva ao levantamento de dados. O histórico de enfermagem levanta os dados do paciente que são de interesse para a enfermagem e conduz ao seu diagnóstico. Experimentou-se um modelo de histórico de enfermagem, aplicado por 80 alunas durante seu estágio em Fundamentos de Enfermagem e Obstetrícia, o qual é constituído por: I) **Dados gerais de Identificação** — nome, sexo, idade, etc. II) **Atendimento de suas necessidades básicas** — Habitação. Cuidado com pele e mucosas. Alimentação. Eliminação. Sono e repouso. Exercício e atividades físicas. Reprodução. Necessidades psicossócioespirituais (recreação, comunicação, religião). III) **Atividades sociais**. IV) **Imunizações**. V) **Exame físico**. VI) **Expectativas e percepções do paciente**. VII) **Dados médicos de interesse para a enfermagem**. VIII) **Ajustamento do paciente ao hospital**. IX) **Impressões do entrevistador sobre o paciente**. X) **Conclusão** — Problemas identificados, necessidades afetadas, grau de dependência, da enfermagem.

Nos 204 históricos de enfermagem devolvidos pelos estudantes foram identificados 4263 problemas, sendo 2750 de ordem física e 1513 psicossócioespirituais. Guardadas as mesmas proporções, em tese já defendida pelo autor, um profissional, identificaria nos mes-

mos pacientes respectivamente 9240 e 5202 problemas. Conclui-se que o histórico de enfermagem permite o levantamento de dados e faz parte do processo de enfermagem que se continua na análise dos dados, no diagnóstico, no plano terapêutico, sua implementação e avaliação, na evolução e prognóstico de enfermagem. Recomenda-se às enfermeiras que elaborem e investiguem modelos de históricos de enfermagem práticos e eficientes e às Escolas de Enfermagem que iniciem esta prática, já em Fundamentos de Enfermagem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HORTA, Wanda de Aguiar. — A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. Tese de Docência Livre apresentada à Cadeira de Fundamentos de Enfermagem I da Escola Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1968 RUSP. Serviço de Documentação, Cidade Universitária, São Paulo, 1968.
- Nota preliminar sobre "Histórico de Enfermagem". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 3 (2): 33-38, set. 1969.

3. O PRINCÍPIO DA INVESTIGAÇÃO E O PROCESSO DA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFERMAGEM — UMA EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL DE CLÍNICAS

Neuza Aparecida Ramos (*)

Vilma Balielo (**)

Este trabalho foi realizado atendendo solicitação da Comissão de Temas do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, a qual apresentamos nossos agradecimentos pela oportunidade. Não temos a pretensão de trazer algo novo no campo da observação sistematizada na enfermagem. Visamos tão somente, mostrar nossa experiência, realizada em acordo com as condições locais de trabalho, isto é, limitação em número e categoria do pessoal de enfermagem, bem como de outros profissionais, ou seja, Serviço Social Médico, sete (7) elementos e Serviço de Nutrição e Dietética, uma (1) nutricionista. A deficiência numérica destes últimos sobrecarrega em muito o Serviço de Enfermagem.

(*) Professora da Escola de Enfermagem Madre Leonie — Universidade Católica do Paraná.

(**) Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

A experiência foi desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, cuja capacidade normal de ocupação é de 375 leitos e o número de funcionários do Serviço de Enfermagem é de 292, assim distribuídos:

- a) Enfermeiras — 30
- b) Auxiliares de Enfermagem — 94
- c) Atendentes — 168

A jornada de trabalho é de 33 e 40 horas semanais para o pessoal de enfermagem, respectivamente horário parcial e tempo integral.

As enfermeiras são distribuídas:

- a) uma responsável pelo Serviço de Enfermagem ;
- b) uma enfermeira para cada Unidade de Internação;
- c) quatro supervisoras, sendo uma para Centro Cirúrgico, uma para Maternidade, uma para os Ambulatórios e uma para o horário da tarde;
- d) três enfermeiras para o serviço noturno.

O Hospital serve de campo de ensino para a Faculdade Federal de Medicina, Escolas de Enfermagem e Serviço Social, Escola Técnica de Enfermagem e três Escolas de Auxiliares de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

É sabido que a enfermagem é uma profissão em desenvolvimento e como tal, a cada dia novas conquistas ou descobertas, abrem novos caminhos para melhorar sua prática, fundamentada em um conjunto de conhecimentos científicos sistematizados.

“Hoje, enfermagem é muito mais do que dar medicação e tratamento.” Requer o conhecimento das necessidades fundamentais para a pessoa humana. Sabe-se entretanto, que por mais conhecimentos que a enfermeira possua, e por mais que ela se esforce, jamais poderá interpretar ou satisfazer totalmente as ansiedades do indivíduo. “Ela poderá apenas assisti-lo nas atividades que contribuem para o que signifique para ele, saúde ou recuperação de uma enfermidade.”

Mister se faz então, a utilização de um método que nos permita conhecer melhor o paciente e os problemas de enfermagem que o envolvem.

Fazer higienização, dar medicação ou tratamento, fazem parte de rotina fácil de compreender e ser executada, uma vez que se acha organizada de uma maneira ordenada e sistemática.

A assistência de enfermagem deve ser baseada nas necessidades básicas e nos problemas de enfermagem apresentados pelo paciente como integrante de uma família. Para tanto, é necessário lançarmos mão de um histórico de anotação das situações de enfermagem do paciente, para apreender como ele se sente e o que devemos fazer. Tais dados nos são fornecidos pela História Clínica de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SÔBRE O FORMULÁRIO DA HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

De acôrdo com o formulário que foi desenvolvido na Faculdade de Enfermagem da Universidade da Flórida, poderemos identificar certos passos para a coleta de dados, planejamento, ordenação e avaliação dos métodos de enfermagem.

“O formulário provê um meio pelo qual a enfermeira possa organizar os dados obtidos através de entrevistas com o paciente, familiares ou outras pessoas ligadas ao paciente”.

Mediante obtenção desses dados a enfermeira poderá elaborar um plano de cuidados que atenda as necessidades do paciente nas 24 horas, ao mesmo tempo que orienta a equipe de enfermagem na prestação dessa assistência.

Depois da leitura, análise e tentativa de aplicação do formulário mencionado, traduzido, pela Enf. Circe de Melo Ribeiro, vimos que era impossível sua aplicação integral nas nossas condições locais, em parte, devido ao nível dos pacientes atendidos pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, além das dificuldades de pessoal já citada.

Assim sendo, procuramos resumir aqueles itens que pudessem ser preenchidos através da entrevista e ao mesmo tempo, passíveis de serem aplicados na situação real. Desta forma utilizamos o formulário constante do apenso I.

COLETA DE DADOS

Escolhemos para aplicação do Formulário da História Clínica de Enfermagem e posterior planejamento dos cuidados de enfer-

magem, a Unidade de Internação Médica masculina com 35 leitos e desta, o Serviço de Gastroenterologia cujo número de leitos é para seis (6) pacientes com média de permanência de 25 dias.

Depois de feita a escolha da Clínica, orientamos a Enfermeira-Chefe para o tipo de trabalho que pretendíamos desenvolver. Em seguida, ela nos colocou a disposição uma enfermeira recém-graduada que se encontrava em período de treinamento e um auxiliar de enfermagem já exercendo suas funções naquela Unidade há um ano. Estes funcionários fazem o turno da manhã. Para os períodos da tarde e noturno não dispusemos de nenhum funcionário a mais dos já existentes, que são: um auxiliar de enfermagem e dois atendentes a tarde e um auxiliar ou atendente para o serviço noturno.

ANÁLISE DOS DADOS

Durante uma semana fizemos aplicação do formulário e depois, nos reunimos com a enfermeira responsável pela aplicação, para análise dos dados.

Ainda nesta fase fizemos cortes em vários itens do formulário por vê-los inacessíveis ao nosso meio.

Os dados colhidos através da História Clínica de Enfermagem nos permitiram conhecer melhor cada paciente em termos de aparência física, sinais e sintomas que apresenta, condições social e cultural, padrões de sono, eliminação e alimentação. Ainda podemos conhecer suas condições de mobilidade, hábitos de recreação e a integridade dos órgãos dos sentidos, bem como sua orientação no tempo e no espaço.

Após a análise acurada dos dados, começamos a identificar os problemas de enfermagem, que apresentaremos a seguir.

IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

“Problema de enfermagem é a condição ou situação apresentada pelo paciente, família ou comunidade, na qual a enfermeira presta, através de sua assistência, seus cuidados profissionais.”

A identificação dos problemas nos permite a elaboração de um plano de cuidados, baseado em dados reais, facilitando uma supervisão mais eficiente, ao mesmo tempo em que proporciona melhor assistência, com maior participação do paciente em seu tratamento.

Exemplos de problemas de enfermagem que foram identificados:

a) alimentação: como os pacientes por nós observados tinham dieta especial, três (3) deles apresentavam resistência quanto a aceitação desta dieta;

b) recreação: dois (2) pacientes não aceitavam o tipo de recreação oferecido pelo Hospital (revistas, jornais, livros, televisão e jogos de carta e xadrez), preferindo permanecerem em seus leitos;

c) deambulação: um (1) dos pacientes apresentava dificuldade para caminhar, em virtude do aparecimento de vesículas nas plantas dos pés e maléolos;

d) psico-social: um (1) dos pacientes encontrava-se muito preocupado com a esposa em estado de gestação e com os filhos, em virtude de estar sem receber a pensão devida pelo INPS;

e) eliminação: os seis (6) pacientes tinham controle de líquidos ingeridos e eliminados por receberem diuréticos. Dois deles faziam também controle da eliminação intestinal, por apresentarem melena.

Com o conhecimento dos problemas, passamos a planejar individualmente os cuidados de enfermagem.

PLANEJAMENTO E APLICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

“Plano de cuidados de enfermagem é o roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente”.

Todo cuidado de enfermagem para ser efetivo, deve ser planejado de alguma forma. Um plano escrito não só obriga aqueles que o preparam a dar maior atenção às necessidades individuais dos pacientes, como informa a todos que vão prestar estes cuidados, qual a seqüência a seguir. Entretanto, o bem-estar do doente pode exigir uma modificação temporária ou freqüente, no plano. Estas modificações podem ser feitas diária ou semanalmente, em acordo com o esquema de tratamento. Quando várias modificações são indicadas, este plano deve ser refeito.

O plano de cuidados deverá estar sempre harmonizado com o plano terapêutico do médico.

O esquema para o plano de cuidados usado em nossa experiência foi elaborado, levando em consideração o número de funcionários da Clínica, número de pacientes e sua funcionabilidade, isto é, uma seqüência lógica no atendimento das necessidades básicas e tratamento do paciente.

PLANO DE CUIDADOS

Identificação:	Nome	N.º de Registro					Civil	Solt.	
	Idade 41	Sexo Masculino	Religião	Cat.	Côr	Branca			Estado
	Residência	Centenário do Sul	PR.	Diag. Médico	Cirrose Hipoproteïnemia				
	Profissão	Lavrador	Escolaridade		Primário				
	Data do plano	25/6/71							
Objetivos:	a) atender as necessidades básicas do paciente								
	b) levar o paciente a colaborar no seu tratamento								
	c) motivar o paciente para as atividades recreativas do Hospital								

Hora	Cuidados de Enfermagem	Problemas e Observações	Recomendações
7:00	Eliminação	Contrôle da diurese e do n.º e as- pecto das fezes	Orientar o paciente quanto a importância do contrôle da diurese. O paciente tem condições de observar e relatar a eliminação intestinal.
	a) Urinária e intestinal		A enfermagem deve observar o aspecto do es- carro
	b) Escarro	Suspeita de infecção pulmonar	
7:30	Pés	Perda de peso	Pesar o pcte. antes do desjejum
	Banho e higiene oral	Pcte. com hemorróida sangrando	Levar o pcte. para o chuveiro e ao retirá-lo do leito, verificar se houve sangramento. Ofe- recer o aparelho de barbear
	Medicação: Edecrin 1 comp. V.O.	Dificuldade para deambular	Contrôle da diurese
8:00	Desjejum	Diurético	
9:00		Dieta hiposódica, balanceada es- pecial	Observar rigorosamente a alimentação e ano- tar aceitação
10:00	Medicação: Hidróxido de Alumínio 1 c. de chá V.O.	Antiácido	Oferecer 1 maçã crua ou cozida
			Anotar queixas de acidez

Curativo	Vesícula nos maléolos	Curativo com mercúrio cromo e observar a cicatrização
11:00 Almôço	Dieta hiposódica balanceada especial	Pcte. prefere macarrão, sopa de massinha ou canja e banana frita. Observar a aceitação e insistir para o pcte. se alimentar
11:30 Higiene oral	Oferecer dentífrico e escóva	Orientar quanto a escovação dos dentes após as refeições e qual a maneira correta de fazê-lo
12:00 às 14:00 Repouso		Escurecer o quarto e proporcionar condições para o repouso
14:00 Medicação: Hidróxido de Alumínio 1 c/chá V.O. Cloreto de Potássio 1 medida V.O	Reposição de Potássio	Contrôle de diurese
14:30 Lanche	Dieta hiposódica e balanceada	Chá com biscoito. Observar a aceitação)
15:00 às 17:00 Recreação	Pcte. não gosta de fazer nada neste período. Apático	Procurar interessar o paciente para um tipo de recreação (leitura, TV, jogos, etc.)
17:00 Jantar	Dieta hiposódica balanceada especial	Observar a aceitação do paciente insistindo para que ele se alimente (orientar)
17:30 Higiene oral		
18:30 Repouso	Pcte. gosta de deitar-se cedo	Oferecer leite com biscoito
21:30 Cesta		Evitar acender a luz e fazer barulho na enfermaria
22:30 Repouso noturno		

OBS.: Retossigmoidoscopia marcada para o dia 28/5, sexta-feira às -10 hs.

Este plano foi aplicado nos seis (6) pacientes durante uma semana e após isto nos reunimos para a avaliação dos resultados obtidos. Da avaliação, quatro (4) planos foram modificados em vista da resolução dos problemas anteriormente apresentados.

Por exemplo:

a) o paciente que se encontrava preocupado com a esposa e filhos devido não recebimento da pensão do INPS, já não apresentava mais o problema, uma vez que fora resolvido pela enfermagem;

b) os três (3) pacientes que apresentavam resistência quanto a aceitação da dieta, a enfermeira conversou com os pacientes, avaliou seus hábitos alimentares e preferências, orientou sobre a necessidade da dieta para o tratamento e solicitou a presença da nutricionista que usando os recursos disponíveis conseguiu satisfazê-los.

Aplicamos o plano de cuidados reformulado mais duas semanas, perfazendo um total de 25 dias, quando foram introduzidas ainda pequenas modificações com referência a medicação, deambulação de um dos pacientes e jejum para exames complementares.

AVALIAÇÃO

Não pretendemos avaliar os cuidados de enfermagem do ponto de vista do cuidado ideal ao paciente como um todo, mas sim a viabilidade de aplicação de um método planejado, organizado e controlado dos cuidados de enfermagem.

É de grande importância assinalar que, em decorrência da utilização da História Clínica de enfermagem e conseqüente planejamento dos cuidados percebemos uma sensível melhoria no atendimento dos pacientes. O mesmo foi observado pela Enf. Chefe e Médicos do Serviço de Gastroenterologia. Os Médicos Residentes de outras especialidades da Unidade não tinham conhecimento de nosso trabalho e ao perceberem esse tratamento diferenciado, solicitaram a Enf. Chefe a mesma equipe de enfermagem para atender aos demais pacientes, o que lamentamos não ter sido possível por deficiência numérica de pessoal.

Este trabalho nos foi de grande valor profissional uma vez que se constituiu na primeira experiência no campo de nossas atividades e se pudessémos eliminar as desvantagens representativas do número de pacientes, afirmariamos que o saldo foi extremamente positivo para os pacientes e para a equipe da Unidade.

Ele nos mostrou que a alegação de que não podemos dar o cuidado que queríamos, muitas vezes está alicerçada no hábito das desculpas de que não há pessoal em número e suficientemente preparado. São em geral justificativas para não sairmos daquela rotina

diária. Sabemos evidentemente, que a falta de pessoal preparado prejudica bastante a observação sistematizada do cuidado de enfermagem, mas senão encontrarmos motivação para realizarmos um trabalho como o aqui exemplificado, nunca chegaremos a formação de uma equipe de enfermagem em condições técnicas de alto nível.

Após esta experiência, vimos que não será viável no momento, o planejamento dos cuidados individualizados para todos os pacientes do Hospital de Clínicas. Temos que levar em consideração: 1 -- o número de paciente (40) para cada enfermeira sobrecarregada ainda com a responsabilidade administrativa da Clínica; 2 — excessos de tarefas burocráticas para a enfermeira; 3 — um grande número de atendentes exercendo funções de auxiliares de enfermagem. Todavia, constatamos que é possível pelo menos o planejamento dos cuidados de enfermagem dos pacientes graves, bastando para tanto que a enfermeira faça a classificação dos seus doentes.

É a isto que nos propomos.

RESUMO

As autoras apresentam sua experiência na aplicação do princípio da investigação e o processo da observação sistematizada na enfermagem, dividindo o trabalho em duas áreas: aplicação do Formulário da História Clínica de Enfermagem e planejamento dos cuidados de enfermagem.

A experiência foi realizada numa Unidade de Internação Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

No que se refere ao Formulário da História Clínica de Enfermagem, êle possibilita a identificação do paciente; fornece informações iniciais que podem ser obtidas através do paciente, familiares e prontuário médico; identifica os problemas do paciente, interpretando suas reações e o reconhecimento das necessidades totais do paciente.

Quanto ao planejamento do cuidado de enfermagem, salienta-se a importância desse planejamento, mesmo quando não há condições ideais de trabalho, mostrando as vantagens, tais como:

- a) levar a enfermeira a conhecer seus pacientes e suas necessidades individualizadas;
- b) evitar cuidados baseados apenas em ordens médicas e rotinas;
- c) permitir uma seqüência no atendimento do paciente nas 24 horas;
- d) informar e orientar a equipe de enfermagem e demais interessados no atendimento do paciente.

APENSO - 1 — FORMULÁRIO DA HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- a) nome n.º de registro
- b) idade sexo religião
- c) raça estado civil
- d) residência diagnóstico médico
- e) data em que é tomada a história clínica

2. APARÊNCIA A PRIMEIRA VISTA: (descrição)

- a) estatura (pêso e altura) dita pelo paciente ou verificada, não imaginada.
- b) aparência pessoal:
 - 1 — cabelos penteados — despenteados
 - 2 — barbeado ou não
 - 3 — roupas — o que está vestindo, própria ou do hospital, sapatos.
- c) atividade do paciente:
 - 1 — o que está fazendo enquanto você escreve?
 - 2 — posição, postura
- d) expressão facial
- e) qualquer outra observação que o entrevistador perceba:
 - 1 — equipamento pessoal tal como cadeiras de roda, bengala, óculos, outros.
 - 2 — fala — qualquer coisa de importância imediata (características importantes tais como:) fala gutural, rouca e baixa, gagueira.
 - 3 — falta de membros ou extremidades — desfiguramento.
 - 4 — côr — desvio do normal.

3. ALGUMAS INDICAÇÕES DAS EXPECTATIVAS DO PACIENTE:

- 1 — o que o paciente espera como resultado da hospitalização?
- 2 — o que a hospitalização significa para o paciente?

4. BREVE HISTÓRIA CULTURAL E SOCIAL:

- a) qual é sua ocupação?
 - 1 — pretende retornar a esta ocupação?

- 2 — a doença irá interferir com seu retorno?
- 3 — se não pretende retornar a esta ocupação o que planeja fazer?
- b) qual é seu nível de escolaridade?
- c) quem são os outros membros de sua família?
 - 1 — com quem ele vive? Sòzinho?
 - 2 — quais são suas preocupações sobre a família enquanto está no Hospital?
- d) que efeito tem sua hospitalização sobre a família?

5. DADOS SIGNIFICATIVOS EM TERMOS DE PADRÕES DE SONO:

- a) hora de dormir de costume, hora de acordar, de levantar-se (ou se difere cada dia dependendo do que?)
- b) repousa durante o dia?
 - 1 — quando? (hora)
 - 2 — por quanto tempo?
- c) em caso de insônia o que costuma fazer ?
- d) número de travesseiros que usa?
- e) em que posição, geralmente, ele dorme?
 - 1 — há algo na situação atual que possa proibir esta posição?
 - 2 — que acontecerá se não puder usar esta posição para dormir?

6. PADRÕES DE ELIMINAÇÃO:

- a) movimentos intestinais
 - 1 — frequência das eliminações e consistência
 - 2 — usa o paciente algum recurso mecânico ou laxativo?
- b) isto ajuda como?
- c) eliminação urinária
 - 1 — qual a frequência das micções?
 - 2 — se é muito freqüente, qual a quantidade aproximada?
 - 3 — o que influe no número de vezes que o paciente urina? (líquidos, sistema nervoso, etc.)
 - 4 — o paciente tem alguma dificuldade em urinar?
 - 5 — se o paciente tem um cateter de demora observe e verifique por quanto tempo ele o tem.

7. RESPIRAÇÃO:

- a) o paciente tem alguma dificuldade para respirar?
se isto acontece:
- b) descreva a dificuldade

- 1 — o que acontece?
- 2 — como o paciente se sente?
- c) o que o paciente faz quando sente esta dificuldade (êle acha algum jeito de aliviá-la)?
- d) o paciente fuma?
 - 1 — quanto?
- e) o paciente respira pela boca?

8. ALIMENTAÇÃO:

- a) quantas refeições toma por dia?
- b) êle come mais ou menos quando está aborrecido? (dê o exemplo).
- c) o paciente tem alguma preferência, desgosto ou restrição religiosa relacionada a comida?
- d) o paciente está em dieta especial?
 - 1 — qual o tipo?
 - 2 — que problemas tem com esta dieta?
- e) o paciente usa alguma coisa para estimular o apetite? o que?
 - 1 — isto ajuda?

9. INTEGRIDADE DA PELE:

De acôrdo com o paciente:

- a) tem algum problema de pele?
 - 1 — qual ou quais?
 - 2 — o que êle faz habitualmente quanto a êsse ou êsses problemas?
- b) o paciente sente dôr em alguma área particular? (pela observação usando o tato e a visão).

10. MOBILIDADE:

- a) descreva qualquer dificuldade observada:
- b) existe alguma limitação na movimentação das articulações?
 - 1 — qual?
 - 2 — como a limitação afeta o paciente?
 - 3 — que assistência é necessária?
- c) atividades diárias de vida (aquelas não incluídas anteriormente)
 - 1 — banho
 - 2 — tipo (chuveiro, banheira, parcial, no leito, bacia)

- d) frequência
- e) horário habitual
- f) aparência pessoal:
 - 1 — paciente se barbeia
 - 2 — frequência
 - 3 — horário habitual
 - 4 — traz material com êle?

11. VESTIMENTA:

- a) o paciente trouxe sapato ou chinelo com êle?
- b) o estado do paciente exige roupas especiais? Existe disponível?
- c) cuidados com os dentes:
 - 1 — o paciente trouxe escôva e pasta de dentes?
 - 2 — a que horas escova os dentes?
 - 3 — o paciente tem próteses?
 - 4 — êle as usa todo o tempo?
 - 5 — o que faz com elas a noite?
 - 6 — êle a trouxe para o hospital?
- d) pode o paciente dirigir suas atividades diárias: totalmente, parcialmente, ou não pode de forma nenhuma. Considere cada uma das seguintes áreas, separadamente
 - 1 — alimentação
 - 2 — banho
 - 3 — aparência pessoal
 - 4 — vestimenta
 - 5 — cuidados com os dentes
 - 6 — eliminação

12. RECREAÇÃO:

- a) "hobby", leituras, trabalhos, TV, atividade diária.

13. SENTIDOS:

- a) o paciente tem visão reduzida ou ausente?
- b) o paciente usa óculos? Está usando?
- c) o paciente usa próteses?
 - 1 — qual tipo?
 - 2 — trouxe-a com êle?
 - 3 — que assistência êle necessita de outras pessoas, em relação à prótese?
- d) o paciente tem algum problema conhecido em relação a:
 - 1 — tato, calor, frio?

2 — gôsto, olfato?

3 — alucinação (visual ou auditiva)

NOTA: descreva o problema e como afeta o paciente.

e) o paciente está orientado no tempo, espaço, relações pessoais.

Ele sabe:

1 — quem ele é? (pode dizer seu nome quando interrogado?)

2 — onde está?

3 — o tempo (ano, mês, dia, hora aproximada do dia).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BROWN, Amy Frances. *Enfermería Medica*. 3.^a ed. Mexico, Editorial Interamericana, S.A.
2. HARA, J. e HORTA, W. E PAULA, N.S. — Ensino do Plano de Cuidados em Fundamentos de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 20 (4): 249-263, agosto 1967.
3. HARMER, B. e HENDERSON, V. — *Tratado de Enfermeria Teorica e Prática*. 2.^a ed. México, La Prensa Medica Mexicana, 1959.
4. HEIDGERKEN, Loretta — *Ensenanza en las Escuelas de Enfermeria*. 2.^a ed. México Interamericana.
5. HENDERSON, Virginia. — *Princípios Básicos sobre Cuidados de Enfermagem*; tradução de Anyta Alvarenga. Rio, ABEn, 1962.
6. HORTA, Wanda de Aguiar. — *A Observação Sistematizada na Identificação dos Problemas de Enfermagem em seus Aspectos Físicos*. São Paulo, 1968.
7. *Manual da História Clínica de Enfermagem*. Faculdade de Enfermagem da Flórida; Tradução de Circe de Melo Ribeiro.
8. VIEIRA, Alyde e BARROS, Stela e VIEIRA, Terezinha. — *Elementos Básicos para o Diagnóstico de Enfermagem*; trabalho apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1970.

4. O PRINCÍPIO DA INVESTIGAÇÃO E OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA NA ENFERMAGEM — UMA EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL ESCOLA

(*) Alyde Vieira

(*) Clarice Oliveira

(*) Stela Barros

(*) Terezinha Vieira

INTRODUÇÃO

Como parte do I Tema Oficial deste Congresso "Princípio de Investigação e Observação Sistematizada na Enfermagem" nasceu a idéia de um estudo sobre observação e anotação na área hospitalar.

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

Considerando que anotação de enfermagem é um assunto por demais debatido, mas não necessariamente analisado até o presente momento, julgou-se que levantar os elementos básicos do seu estudo seria uma contribuição oportuna ao desenvolvimento do tema solicitado.

Sabe-se que a mesma, quando bem realizada, oferece subsídios valiosos para o diagnóstico das necessidades de enfermagem do paciente, da família e da comunidade. Isto favorece o planejamento da assistência a ser prestada e oferece elementos para ensino e pesquisa no campo profissional.

Tomando como base estas considerações é que foi oportuno estudar como as anotações vêm sendo realizadas no Hospital Prof. Edgard Santos, Hospital-Escola da Universidade Federal da Bahia, em Salvador.

Este trabalho tem como objetivos:

— averiguar até que ponto as observações e anotações estão fornecendo dados para determinação das necessidades de enfermagem e realização do planejamento de uma assistência adequada;

— valorar o que pensa e deseja a equipe de enfermagem das anotações feitas no cardex e prontuário do paciente.

Tomando como base a vivência da rotina diária da vida hospitalar, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

1. — As anotações no Hospital não obedecem a um modelo sistematizado, embora se orientem por uma relativa padronização da dinâmica hospitalar.
2. — A falta de um modelo sistematizado dificulta o levantamento de dados para o diagnóstico das necessidades de enfermagem e conseqüente planejamento da assistência.
 - 2.1. — Porque as informações não têm um conteúdo científico satisfatório.
 - 2.2. — Porque registram, de modo geral, os cuidados administrados, omitindo dados importantes da evolução do paciente que poderiam orientar melhor o planejamento da assistência.
3. — As anotações não satisfazem aos requisitos necessários porque não há plena consciência do seu valor por parte da equipe de enfermagem.

Este estudo tornou-se uma exigência maior, no momento, em vista do novo sistema de "Cuidado Progressivo ao Paciente" (CPP) que está sendo implantado no Hospital e da indispensável adaptação da dinâmica operacional à nova filosofia de trabalho, haja

visto que uma comissão especial de estudo de prontuários foi criada e está funcionando, devendo receber contribuição da Divisão de Enfermagem quanto aos impressos a serem adotados na sua área. É intenção das autoras poder oferecer a sua contribuição através deste trabalho. Lembrando porém que este relato que ora é apresentado constitui-se numa preliminar de um projeto mais amplo que envolverá a experimentação dos modelos que serão posteriormente elaborados.

O Hospital Prof. Edgard Santos, com capacidade prevista para 350 leitos, está atualmente com uma ocupação média de 80%. O seu corpo de enfermagem é constituído por 46 enfermeiras, 35 auxiliares de enfermagem e 210 práticos de enfermagem e atendentes. Dentre as enfermeiras, estão incluídas as docentes da Escola de Enfermagem que exercem os cargos de chefia e são responsáveis pela manutenção e constante melhoramento do campo de estágio.

A OBSERVAÇÃO E SUA UTILIZAÇÃO NA ENFERMAGEM

“O objetivo da ciência de enfermagem é a descoberta de novos conhecimentos para melhorar a prática de enfermagem”. (1) Este objetivo só poderá ser alcançado através da investigação.

A enfermagem hoje, mais do que nunca, sofre o desafio do desenvolvimento das ciências. Enfrentando situações novas, o profissional sente a exigência de maior integração de suas atividades na promoção da comunidade. Impõe-se aqui a descoberta de outras formas de ação, a necessidade de estabelecer novas teorias, de colher dados para o diagnóstico de enfermagem e definir funções específicas. Assim, outros caminhos poderão ser abertos levando a Enfermagem a uma prática mais aperfeiçoada e consciente.

A investigação vem-se desenvolvendo lentamente nêsse campo profissional não ocupando ainda um lugar de destaque. Isto porque o enfermeiro vem concentrando mais sua atenção no cuidado ao paciente, devido à demanda freqüente de assistência de enfermagem e à escassez do pessoal, esquecendo-se de que a investigação é o caminho mais curto para uma assistência mais adequada. É evidente que nem todos os problemas de enfermagem precisam de uma pesquisa para sua solução, muitos poderão ser resolvidos pela aplicação de processos administrativos imediatos. Todavia, o amadurecimento profissional implica numa ampliação de conhecimentos que nos dão

(1) FAYE, A — Nursing research set. out. 1969, Vol. 18 (5).

respostas a situações fundamentais, suscitadas a cada momento e contribuem para a aplicação de princípios mais universais. O enfermeiro, consciente disto, sente a exigência de adotar a investigação para constatar novos fenômenos e fatos.

Devido ao maior tempo passado junto ao paciente, pelo pessoal de Enfermagem a qualidade do relato de suas observações, escrito ou oral, se reveste de grande importância. Muitas vezes as observações comuns e correntes da enfermagem se constituem num passo fundamental para que as investigações sejam bem realizadas.

Observar, anotar, interpretar, analisar e tirar conclusões são etapas essenciais para qualquer trabalho científico. A técnica de observação exige não só o conhecimento científico, como também interesse, atenção, compreensão e imparcialidade.

Observar é perceber, pelos sentidos e pela inteligência, que, em cada situação, há algo a desvendar, a conhecer e a explicar. O observar para alcançar objetivos não pode dispensar os princípios básicos da comunicação humana, fator indispensável para uma real avaliação e registro dos acontecimentos.

A observação pode ser espontânea e sistematizada. A espontânea apresenta uma série de desvantagens do ponto de vista científico. É casual, esporádica, não controlada, contribuindo para uma previsão incerta e vaga. Além disso, não levanta os fatos em todos os seus detalhes e na ordem em que aconteceram, dificultando portanto estabelecer uma relação entre os mesmos. Há o perigo de parcialidade decorrente das pré-noções e expectativas do observador. Entretanto, esta observação não é de tudo amorfa, traduzindo em si uma compreensão da necessidade de se estabelecer um processo metódico. É uma preliminar de observação e sistematização.

A observação sistematizada por ser previamente planejada, orienta a um conhecimento mais profundo e objetivo dos seres e das situações; impõe uma delimitação no campo da investigação, o que diminui os obstáculos ao entendimento da realidade e proporciona melhores condições de crítica.

As peculiaridades dos serviços de Enfermagem nas áreas hospitalares e de saúde pública pedem um planejamento sistemático com avaliação contínua. Devido a esta exigência, surge como condição básica, para a eficácia do trabalho, a observação e a anotação sistematizadas.

Vale enumerar, de modo geral, as vantagens da observação e da anotação sistematizadas, para a Enfermagem.

— Funcionam como instrumentos objetivos de medição qualitativa e quantitativa do trabalho.

— Fornecem dados precisos sobre o paciente por serem cuidadosamente planejados, facilitando um diagnóstico mais imediato das necessidades de enfermagem.

— Levam a um planejamento racional da assistência requerida pelo doente.

— Possibilitam delegação de função de modo adequado, proporcionando assim um melhor aproveitamento de tempo, fator preciso na prática de enfermagem.

— Evitam que profissionais afins repitam a coleta de dados.

— Poderão ser utilizados por todos os elementos da equipe de trabalho, que representam um processo de comunicação escrita.

— Constituem-se numa fonte precisa de informações por não estarem sujeitas ao fator memorização.

— Facilitam a computação de dados para avaliação e controle da produção do trabalho.

— Servem de base a decisões administrativas.

O esquema seguinte mostra a relação, causa e efeito da observação e anotação sistematizadas em todo o sistema de trabalho: observação e anotação sistematizadas — levantamentos de dados — diagnóstico — planejamento contínuo — delegação de funções definidas — supervisão — avaliação — ação corretiva.

OBSERVAÇÃO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM — PESQUISA NA ÁREA HOSPITALAR

Foi estudado como são feitas as anotações e observações de enfermagem no Hospital Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia, com o objetivo de constatar a validade da implantação de um modelo sistematizado que padronize e facilite esse trabalho. Procurou-se verificar até que ponto o sistema em uso, no Hospital, está fornecendo elementos para o diagnóstico das necessidades de enfermagem. Também foi colhida a apreciação das enfermeiras sobre o problema em estudo.

1. — Metodologia adotada para o levantamento dos dados.

- 1.1. — Para a realização da pesquisa de campo foi obedecida uma sistemática de observação que consistiu em verificar o conteúdo das anotações de enfermagem no prontuário e cardex de 40 pacientes internados, em quatro das unidades de internação. Para isto foi es-

tabelecido que a coleta de dados seria feita entre os pacientes internados durante o mês de maio, com afecções clínicas ou cirúrgicas numa situação intermediária de assistência, dentro do cuidado progressivo. A coleta foi feita simultaneamente e os dados coletados foram de seis dias consecutivos de cada paciente. Como padrão de referência, foi elaborada uma lista de elementos que foram considerados importantes para a assistência ao paciente, visando os aspectos físicos, psíquicos e sócio-culturais (Anexo I). Estes elementos foram codificados em uma fôlha especial para a coleta de dados, acrescentando — se uma faixa para evolução do paciente, constando de queixas, sintomas e plano de cuidados e outra faixa onde se tentou observar as anotações realizadas por enfermeira, pessoal auxiliar e estudante de enfermagem. Nesta fôlha foi registrado o número de vezes que a anotação era encontrada e se estava precisa ou imprecisa e o número de vezes em que não foi encontrada e que se fazia necessária.

Determinou-se que cada item seria classificado como preciso ou impreciso. **Preciso**, se atendesse a propriedade e eficiência esperada de acordo com o requerido pelo estado do paciente. **Impreciso**, todas as demais anotações que fugissem a este critério.

As anotações não constantes no prontuário do paciente, mas consideradas necessárias em cada caso, foram computadas na avaliação como uma negativa da assistência requerida. Para efeito estatístico, computou-se o “inexistente” uma vez por dia sempre que não fosse encontrada a referida anotação.

Se o paciente não requeria aquele tipo de cuidado e o registro não era encontrado, considerou-se como “não necessário”, apenas como um ponto de referência para análise e avaliação da qualidade das anotações. Este não foi computado estatisticamente, mas será referido durante a análise das tabelas.

Estas conceituações basearam-se no diagnóstico médico, situação de enfermagem e dados de identificação, bem como em dados outros que ajudaram a concluir pelas necessidades específicas de cada caso verificado.

Na tabela I que será apresentada a seguir foram levantados os dados referentes aos aspectos sócio-culturais, considerando que os

mesmos são muito significativos para o planejamento da assistência de enfermagem durante o período de internamento e para a alta do paciente e o seguimento em domicílio.

T A B E L A I

Anotações de Enfermagem dos aspectos Sócio-Culturais
Hospital Prof. Edgard Santos — maio — 1971

Especificações	Anotações						
	Precis.		Imprec.		Inexist.		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º
1. Situação do paciente na família	12	5,0	218	90,0	12	5,0	242
2. Constelação familiar	—	—	8	2,8	222	97,4	228
3. Hábitos	6	2,6	—	—	222	97,4	228
4. Atividades Sociais	—	—	—	—	228	100,0	228
5. Situação econômica	93	42,1	6	2,3	128	55,3	227

FONTE: Prontuário e cardex

Pode-se verificar que estas anotações estão deficitárias (19,8%) e em alguns casos completamente ausentes (70,3%). É necessário assinalar, porém, que estes dados, em sua grande maioria, são registrados na anamnese médica. Sendo o prontuário manuseado por todos os elementos da equipe de saúde, os mesmos dados poderiam ser utilizados da parte já referida. Resta fazer-se uma análise mais minuciosa da precisão que oferece para um planejamento realístico e sistemático. É válido salientar o dado "situação do paciente na família" que fornece um percentual de 95,0%.

Na tabela II são mostrados os dados referentes aos aspectos físicos. Neste grupamento verificou-se o maior número de elementos da assistência, incluindo naturalmente, os cuidados administrados.

T A B E L A II

Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971
Anotações dos aspectos físicos dos prontuários e cardex

ESPECIFICAÇÕES	Precisas		Imprecisas		Inexistentes		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º
Pêso	68	36,0	2	1,0	119	63,0	189
Altura	6	3,2	—	—	182	96,8	188
T. P. R.	295	42,4	392	56,3	9	1,3	696
T. A.	245	67,3	5	1,4	114	31,3	364
Urina	164	43,5	81	21,5	132	35,0	377
Fezes	100	31,5	81	25,5	137	43,0	318
Outros (elim.)	11	100,0	—	—	—	—	11
Higiene oral	—	—	21	9,7	195	90,3	216
Higiene pele e mucosa	76	32,2	73	30,9	87	36,9	236
Higiene da cabeça	—	—	4	2,5	152	97,5	156
Movimentação	27	16,0	70	41,4	72	42,6	169
Deambulação ajudada	6	9,0	19	28,3	42	62,7	67
Loc. cadeira de rodas	—	—	—	—	32	100,0	32
Dim. Acuidade-visual	12	41,4	6	20,7	11	37,9	29
Dim. Acuidade auditiva	7	50,0	1	7,1	6	42,9	14
Dim. força-muscular	—	—	—	—	11	100,0	11
Dificuldade de falar	—	—	—	—	—	—	—
Alimentação	270	52,5	205	39,9	39	7,6	514
Vômitos	7	14,6	12	95,0	29	60,4	48
Sono	125	50,2	65	26,1	59	23,7	249
Nível de consciência	44	42,7	19	18,5	40	38,8	103
Convulsão	—	—	—	—	27	100,0	27
Tipo de respiração	13	21,7	8	13,3	39	65,0	60
Tosse espontânea	—	—	2	16,7	10	83,3	12
Tosse forçada	—	—	—	—	12	100,0	12
Aspiração de secreção	—	—	—	—	8	100,0	8
Exerc. respiratórios	—	—	—	—	6	100,0	6
Cianose	7	87,5	1	12,5	—	—	8
Oxigenoterapia	4	40,0	6	60,0	—	—	10
Curativo	—	—	23	60,5	15	39,5	38
Sondagem	2	100,0	—	—	—	—	2
Drenagem	18	58,0	11	35,5	2	6,5	31
Lav. intestinal	8	24,2	6	18,2	19	57,6	33
Tricotomia	—	—	—	—	21	100,0	21
Medicação oral	441	93,1	28	5,9	5	1,0	474
Medicação parenteral	40	11,9	283	83,7	15	4,4	338
Medicação tópica	46	97,9	1	2,1	—	—	47

FONTE: Prontuário e cardex

De todos os dados referidos salientam-se que os 4 primeiros (pêso, altura, T.P.R. e T.A.) que representam 28,1% e os últimos (medicação oral, parenteral e tópica) 16,8% os quais totalizam 44,9% de tôdas as anotações dêste grupo. Em relação à qualidade, as primeiras constituíram 30,1% e as últimas 25,8%, num total de 55,9% de precisas.

Em ordem decrescente os dados mais encontrados foram T.P.R., alimentação e medicação oral.

A tabela III diz respeito aos aspectos psíquicos que foram condensados em 6 itens e um em aberto. Embora alguns especificações, como por exemplo, "agitação psicomotora" não fôsem consideradas necessárias na maioria dos casos analisados e portanto, não computadas verificou-se que o número das inexistentes em todos os aspectos foi mais de 70%.

T A B E L A III

Anotações de enfermagem dos aspectos psíquicos
Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	ANOTAÇÕES							
	Precisas		Imprecisas		Inexistentes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	
1. Reação ao internamento	7	3,1	4	1,8	214	95,1	225	
2. Orientação ao tempo e espaço	—	—	2	11,1	16	88,9	18	
3. Distúrbios de consciência	—	—	7	26,9	19	73,1	26	
4. Reações emocionais	—	—	—	—	—	—	—	
5. Agitação psicomotora	3	10,0	3	10,0	24	80,0	30	
6. Distúrbios de comportamento	—	—	1	5,6	17	94,4	18	
7. Outros	1	25,0	3	75,0	—	—	4	

FONTE: Prontuário e cardex

Quanto aos itens 1 e 4 desta tabela vale ressaltar que todo indivíduo hospitalizado sofre o impacto emocional da internação, devendo apresentar reação positiva ou negativa. Portanto as anotações referentes ao fato, deveriam estar presentes em 100% dos casos.

Comprovada a inexistência em 95%, pode-se deduzir que:

— Os pacientes não reagiram, o que seria impossível.

— A reação foi positiva e não precisaria ser anotada, o que não é aceitável, pois tanto uma como outra reação representa importante subsídio para a evolução do paciente.

Na tabela IV foram grupados queixas, sintomas e plano de assistência como elementos de evolução do quadro do paciente.

No referente a plano de cuidado, considerou-se a sua elaboração diária de acordo com o atendimento das necessidades de enfermagem de cada doente. Para a classificação como “precisa” e “imprecisa” verificou-se também a sua relação com as anotações da execução no prontuário.

TABELA IV

Anotações de Enfermagem sobre a evolução do paciente
Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

Especificações	ANOTAÇÕES						
	Precisas		Imprecisas		Inexistentes		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º
1. Queixas	77	25,3	183	30,2	44	14,5	304
2. Sintomas	124	36,9	108	32,1	104	31,0	336
3. Planos de cuidados	31	31,4	79	40,7	54	27,9	194

FONTE: Prontuário e cardex

Na análise destes dados pode-se notar que a menor percentagem de anotações inexistente é referente às queixas (14,5%). Isto poderá significar que a anotação está na razão direta da solicitação do paciente, comprovando que o mesmo estando consciente de seus direitos é importante na evolução do seu quadro.

Também merece destacar que somente 27,9% dos planos necessários inexistiam, significando que o trabalho de equipe que vem sendo desenvolvido em torno da sistematização de “plano de assistência” está mostrando os resultados positivos.

Comparando os dados inexistentes referentes a queixas e sintomas (31,0% + 14,5%) vemos quanto se torna necessária a “sistematização da observação” e anotação de enfermagem, que ajudará na identificação mais imediata dos dados.

Importa também registrar que nesta tabela os dados inexistentes não vão além de 30% do total.

Na Tabela V mostra-se o percentual de anotações realizadas por enfermeira em relação ao pessoal auxiliar e ao estudante de enfermagem. É necessário esclarecer que durante o período em que foi realizada a pesquisa apenas os alunos de Fundamentos de Enfermagem estavam em estágio, nessas Unidades. Para avaliação desta tabela foi citado no início do trabalho o número de enfermeiras e do pessoal auxiliar existente no Hospital. Isto representa uma relação de 7,6 paciente-enfermeira e 7,5 pessoal auxiliar-enfermeira. Estes dados foram elaborados a grosso modo pois era preciso ainda considerar muitas variáveis relacionadas com as funções de cada elemento e as condições de trabalho, o que não foi possível ser mostrada no presente relato, devido a fatores diversos.

A falta deste estudo mais detalhado torna pouco significativa a tabela, mas julgou-se interessante mostrá-la apenas como ilustração do material coletado.

TABELA V

Anotações de enfermagem realizadas pelos elementos da equipe
Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

Especificações	ANOTAÇÕES							
	Precisas		Imprecisas		Inexistentes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	
1. Enfermeira	83	34,3	52	21,6	106	44,0	241	
2. Est. de enfermagem	39	22,3	46	26,3	90	51,4	175	
3. Pessoal auxiliar	594	50,9	569	48,8	3		1166	

FONTE: Prontuário e cardex

O total de anotações por enfermeiras equivale a 15,1% do geral e ainda assim 44,0% estavam inexistentes e 21,6% imprecisas, enquanto que o total de anotações por pessoal auxiliar representa 73,0%, com 48,8% de imprecisão e 0,8% de inexistência. Pode-se deduzir que a delegação de tarefa e a orientação da equipe auxiliar são feitas com razoável supervisão revelada pelo alto número de anotações precisas das mesmas.

1.2 — Na segunda etapa do trabalho, tentou-se levantar a opinião das enfermeiras no tocante às anotações, afim de serem comparadas com os dados coletados dos prontuários e cardex. Para isto utilizou-se um questionário (Anexo II) que foi aplicado a 40 enfermeiras a as informações coletadas sendo analisadas através de algumas tabelas, onde serão mostrados os resultados lineares com os requeridos comentários.

TABELA VI

Relação das respostas do questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof Edgard Santos — maio de 1971

	QUESTÕES		SIM		NÃO		OUTROS		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1	40	100	—	—	—	—	—	—	40	100
2	40	100	—	—	—	—	—	—	40	100
3	15	37,5	23	57,5	2	5,0	—	—	40	100
4	29	72,5	10	25,0	1	2,5	—	—	40	100
5	16	40,0	22	55,0	2	5,0	—	—	40	100
6	21	52,5	16	40,0	3	7,5	—	—	40	100
7	35	87,5	3	7,5	2	5,0	—	—	40	100
8	35	87,5	22	5,0	3	7,5	—	—	40	100
9	36	90,0	4	10,0	—	—	—	—	40	100
10	39	97,5	—	—	1	2,5	—	—	40	100
11	39	97,5	1	2,5	—	—	—	—	40	100
12	40	100	—	—	—	—	—	—	40	100
13	39	97,5	11	2,5	—	—	—	—	40	100
14	36	90,0	1	2,5	3	7,5	—	—	40	100

Fonte: Questionário.

TABELA VII

Relação das respostas da Questão I do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Melhor planejamento de assistência	27	51,0
2. Acompanhamento da evolução da doença	9	17,0
3. Orientação dos funcionários	6	11,5
4. Continuidade do serviço	5	9,5
5. Material para pesquisa	3	5,6
6. Informação aos familiares	1	1,8
7. Maior facilidade para o diagnóstico médico	1	1,8
8. Como verificação da evolução de enfermagem	1	1,8
TOTAL	53	100,0

Fonte: Questionário.

TABELA VIII

Relação das respostas da Questão II do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. O próprio paciente	27	32,0
2. O próprio médico	13	15,5
3. A equipe de trabalho	10	12,0
4. O registro de sinais vitais	8	9,5
5. As anotações	7	8,5
6. A família do paciente	6	7,2
7. Cardex	4	4,8
8. Os exames de Laboratório	3	3,5
9. Instrumental	2	2,4
10. Conhecimentos científicos	2	2,4
11. Exame físico	1	1,1
12. Comunicação	1	1,1
TOTAL	84	100,0

Fonte: questionário.

TABELA IX

Relação das respostas da Questão III do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Orientação da equipe de enfermagem	12	23,0
2. Necessidade de documentação	11	21,3
3. Meio de comunicação	8	15,5
4. Continuidade do plano de assistência	8	15,5
5. Orientação da equipe de saúde	3	5,7
6. Recurso para diagnóstico	3	5,7
7. Registro de evolução do paciente	3	5,7
8. Material para pesquisa	2	3,8
9. Avaliação do cuidado prestado	2	3,8
TOTAL	52	100,0

Fonte: questionário.

TABELA X

Relação das respostas da Questão IV do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Anotações deficientes e falhas	11	33,4
2. Pessoal pouco qualificado	8	24,3
3. Deficiência numérica de pessoal	5	15,1
4. Informações restritas de cuidados especiais	4	12,2
5. Exiguidade de tempo	3	9,0
6. Informações restritas de cuidados de rotina	1	3,0
7. Excesso de trabalho	1	3,0
TOTAL	33	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XI

Relação das respostas da Questão V do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Tempo insuficiente	9	75,0
2. Esquecimento	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XII

Relação das respostas da Questão VI do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. O auxiliar mais diretamente junto ao paciente	11	46,5
2. Falta de tempo da enfermeira	4	16,5
3. O auxiliar pode e deve	4	16,5
4. Supervisionado pela enfermeira	3	12,5
5. Por ausência da enfermeira no momento	1	4,0
6. Formação deficiente do auxiliar	1	4,0
TOTAL	24	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XIII

Relação das respostas da Questão VII do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Pobres de informações	5	45,5
2. Não sistematizados	3	27,2
3. Desprovidos de conteúdo científico	2	18,2
4. Anotação restrita dos cuidados administrados	1	9,1
TOTAL	11	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XIV

Relação das respostas da Questão VIII do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof.º Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Observação da mudança do quadro clínico	10	27,7
2. Registro da visita da enfermeira	8	22,3
3. Necessidade de documentação	8	22,3
4. Permanente contato com o paciente	5	13,9
5. Avaliação da Assistência	3	8,3
6. Material de pesquisa	2	5,5
TOTAL	36	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XV

Relação das respostas da Questão IX do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Tempo insuficiente	3	50,0
2. Dados incompletos	2	33,3
3. Falta de atualização	1	16,7
TOTAL	6	100,0

Fonte: questionário.

TABELA XVI

Relação das respostas da Questão XV do Questionário aplicado a 40 Enfermeiras do Hospital Prof. Edgard Santos — maio de 1971

ESPECIFICAÇÕES	N.º	%
1. Melhor visão do paciente	3	37,5
2. Melhor plano de assistência	3	37,5
3. Material mais objetivo para pesquisa	1	12,5
4. Economia de tempo	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Fonte: questionário.

Na tabela VI são encontrados os resultados globais, às perguntas cujas respostas exigem apenas uma afirmação ou negação.

Na Questão 1 podemos verificar a preocupação despertada nas enfermeiras quanto à necessidade de utilizar os recursos — observação e registro da evolução para um melhor planejamento da assistência de enfermagem.

A questão 2 foi interpretada de forma diversa por cada enfermeira, mas houve predomínio de opiniões considerando o próprio paciente como o melhor recurso de observação utilizada pela enfermagem. É necessário esclarecer que esta pergunta foi analisada como sendo fontes de informações utilizadas para a observação na enfermagem. Daí os tipos de respostas que foram obtidas.

A questão 3 foi respondida unânime como afirmativa o que é importante observar e comparar com a questão n.º 5 em que apenas 29 responderam afirmativamente. Isto nos assegura que embora a enfermeira esteja consciente de sua responsabilidade de registrar as observações e cuidados prestados aos pacientes, nem sempre há possibilidade de executar, devido as suas várias atribuições e intercorrências no trabalho.

Quanto a questão 8, a maioria opina que a anotação quanto à evolução do estado do paciente deve ser responsabilidade intransmissível da enfermeira. No entanto, nas nossas condições de trabalho, muitas vezes, não se dispõe de tempo suficiente para o atendimento direto ao paciente, ficando a cargo do pessoal auxiliar que deve ter preparo e orientação necessários para registrar o essencial e o importante.

Na questão 8, tentou-se saber a opinião das enfermeiras quanto à anotação do estado do paciente, mesmo quando não há alteração objetiva, nem queixas a registrar. Isto surgiu pela constante discussão em torno de anotações que muitas consideram desnecessárias como por exemplo, "Sem queixas", "Sem alteração aparente". Estes registros, em muitas oportunidades, já serviram de orientação quando de uma mudança brusca da evolução do quadro do paciente.

Quanto às anotações no Hospital Prof. Edgard Santos, questões 4 e 7, pode-se verificar que as enfermeiras apontam as deficiências e falhas, considerando que, o déficit numérico qualitativo de pessoal é o principal responsável por este fato.

Quanto ao uso do cardex, questão 9, constatam-se que já existe um grande senso de responsabilidade da enfermeira no seu uso, embora algumas apontem que o mesmo ainda não é devidamente atualizado e completo.

A maioria absoluta aceita a possibilidade de uma melhoria nas anotações através de observação sistematizada e se propõe a experimentar um modelo.

Tivemos grande contribuição por parte das colegas, contando com a boa vontade das mesmas em responder ao questionário em tempo restrito e todas o fizeram com cuidado e interesse.

CONCLUSÃO

A enfermagem pelas próprias bases de sua estrutura vem necessariamente anotando no prontuário, os cuidados que são prestados aos doentes e as queixas e sintomas que são observadas. Falta, todavia uma sistemática precisa que oriente e determine um padrão do que deve ser notado e anotado em cada situação. Naturalmente depois dos estudos realizados sobre plano de assistência de enfermagem, já implantado em nosso meio vem-se adotando certa sistemática do cuidado a ser prestado, através da esquematização de dados que são importantes para o atendimento a longo ou curto prazo das necessidades de enfermagem do paciente. Como anotar a execução deste planejamento é que deve ser a nova etapa de estudos. As folhas de anotações de enfermagem nem sempre oferecem subsídios para um estudo preciso sobre o paciente e sobre o seu quadro patológico. Conclui-se que será possível determinar este tipo de folhas sistematizadas através do padrão de referência que foi estabelecido para este trabalho e de outros instrumentos já existentes. No entanto o tempo oferecido para apresentação do tema foi muito exíguo para que fosse realizada a experiência de sua implantação, o que será feito nos próximos meses. Com este padrão será elabo-

rado um esquema de orientação dando margem a que possam ser incluídos outros aspectos não mencionados, a fim de que não se limite demasiadamente o registro no prontuário, o que poderia se converter em uma tarefa rotineira, quase mecanizada, de anotação.

Anexo I

PADRÃO DE REFERÊNCIA PARA COLETA DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS E CARDEX

1 — DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 — Registro
- 1.2 — Iniciais
- 1.3 — Idade
- 1.4 — Nacionalidade
- 1.5 — Naturalidade
- 1.6 — Enderêço
- 1.7 — Profissão (ocupação)
- 1.8 — Estado civil
- 1.9 — Côr
- 1.10 — Religião
- 1.11 — Sexo

2 — ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS

- 2.1 — Situação do paciente na família
- 2.2 — Constelação familiar
- 2.3 — Hábitos
- 2.4 — Atividades sociais
- 2.5 — Situação econômica

3 — ASPECTOS FÍSICOS

- 3.1 — Biometria
 - 3.1.1 — Pêso
 - 3.1.2 — Altura
- 3.2 — Sinais vitais
 - 3.2.1 — T.P.R.
 - 3.2.2 — T.A.
- 3.3 — Eliminações
 - 3.3.1 — Urina
 - 3.3.2 — Fezes
 - 3.3.3 — Outros

- 3.4 — Higiene corporal
 - 3.4.1 — Oral
 - 3.4.2 — Pele e mucosas
 - 3.4.3 — Higiene da cabeça
- 3.5 — Restrição física
 - 3.5.1 — Movimentação (mudança de posição, ativa, passiva, tipos)
 - 3.5.2 — Deambulação ajudada
 - 3.5.3 — Locomoção em cadeira de rodas
 - 3.5.4 — Diminuição de acuidade visual
 - 3.5.5 — Diminuição de acuidade auditiva
 - 3.5.6 — Diminuição de força muscular
 - 3.5.7 — Dificuldade de falar
- 3.6 — Digestão
 - 3.6.1 — Alimentação
 - 3.6.2 — Vômitos
- 3.7 — Manifestações do sistema nervoso
 - 3.7.1 — Sono
 - 3.7.2 — Nível de consciência
 - 3.7.3 — Convulsão
- 3.8 — Aeração
 - 3.8.1 — Tipo e aspecto de respiração
 - 3.8.2 — Tosse espontânea
 - 3.8.3 — Tosse forçada
 - 3.8.4 — Aspiração secreção
 - 3.8.5 — Exercícios respiratórios
 - 3.8.6 — Cianose
 - 3.8.7 — Oxigenioterapia

4 — REGISTRO DE CUIDADOS

- 4.1 — Físicos gerais
 - 4.1.1 — Curativos
 - 4.1.2 — Sondagem
 - 4.1.3 — Drenagem
 - 4.1.4 — Lavagem intestinal
 - 4.1.5 — Tricotomia
- 4.2 — Medicação
 - 4.2.1 — Oral
 - 4.2.2 — Parenteral
- 4.3 — Cuidados especiais
 - 4.3.1 — Psíquicos

4.3.2 — Físicos

4.3.3 — Sócio-culturais

5 — ASPECTOS PSÍQUICOS

5.1 — Reação ao internamento

5.2 — Orientação no tempo e no espaço

5.3 — Distúrbios de consciência

5.4 — Reação emocional

5.5 — Agitação psicomotora

5.6 — Distúrbios de comportamento

5.7 — Outros

6 — EVOLUÇÃO DO PACIENTE

6.1 — Queixas

6.2 — Sinais e sintomas

6.3 — Plano de cuidados

Anexo II

QUESTIONÁRIO

1. Nome:

2. Idade

3. Área de trabalho atual:

4. Ano de graduação:

5. Anos de serviço

6. Locais onde já trabalhou:

7. Outros cursos:

Este questionário visa levantar dados relativos aos tipos de observações e de anotações que vêm sendo feitos pela equipe de enfermagem neste hospital. Gostaríamos de contar com a sua colaboração no sentido de responder com franqueza as questões aqui formuladas. Se desejar acrescentar ou retificar algo, por gentileza, faça-o na folha em branco. Agradecemos a contribuição e lhe apresentaremos, os resultados obtidos, através do trabalho que será relatado no 1.º Tema oficial do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

- 1 — A observação e o registro de evolução do paciente são importantes para o planejamento e execução diária de assistência de enfermagem.

Sim ☐ Não ☐

Por que?

2 — Os recursos de observação utilizados pela enfermagem são principalmente,

- a)
- b)
- c)

3 — Anotar é tão importante quanto observar

Sim ☐ Não ☐

Por que?

4 — As anotações de enfermagem, do hospital Prof. Edgard Santos podem ser consideradas como um meio de comunicação preciso e seguro pela equipe de saúde em todos os períodos de trabalho.

Sim ☐ Não ☐

Por que?

5 — Você sempre anota todos os fatos que considera de importância para a assistência do paciente.

Sim ☐ Não ☐

Por que?

Em caso negativo cheque o **porque**:

- Falta de tempo
- Dificuldades de expressar-se cientificamente
- Esquecimento
- Não acha prioritário no seu plano de trabalho
- As anotações não são tomadas como referência para a resolução dos problemas do paciente.

- 6 — Você acha que as anotações sobre a evolução do estado do paciente podem ser delegadas aos auxiliares?

Sim ☐ Não ☐

Em caso positivo cheque o **porque**:

- Falta de tempo da enfermeira
- A auxiliar está mais diretamente junto ao paciente.
- As anotações não se constituem fatores importantes para a reabilitação do paciente.
- Porque as anotações não são consultadas pela equipe médica.

- 7 — Você acha que as anotações de enfermagem do Hospital Prof. Edgard Santos podem ser utilizadas como referência para investigações médica e de enfermagem?

Sim ☐ Não ☐

Em caso negativo cheque o **porque**:

- Relata apenas os cuidados administrativos
- Desprovidos de conteúdo científico
- Pobres de informações
- Não é observação sistematizada

- 8 — Você acha necessário fazer anotações sobre o estado do paciente, mesmo quando não há alteração subjetiva ou objetiva?

Sim ☐ Não ☐

Justifique sua resposta:

—
—
—

- 9 — Você consulta o kardex diariamente?

Sim ☐ Não ☐

Em caso negativo cheque o **porque**:

- Não está atualizado
- Não há tempo suficiente
- Os dados são incompletos, não fornecendo informações precisas.
- Não vê sentido prático no uso de kardex

10 — Você recomenda uma orientação sistematizada de pós-alta para os pacientes?

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

11 — As anotações de enfermagem constituem um instrumento para a defesa legal.

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Por que?

12 — Você estaria disposta a colaborar experimentando um modelo de observação sistematizada?

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

13 — Você lê as anotações de enfermagem feitas no prontuário no período anterior ao seu?

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

14 — Você lê relatório dos períodos anteriores?

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

15 — A observação e anotações sistematizadas contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para o diagnóstico da situação do paciente.

Sim	☐	Não	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Por que?

B I B L I O G R A F I A

1. GEORGOPOULOS, B. S. & JACKSON, M. M. — Nursing Kardex behavior in an experimental study of patient units with and without clinical nurse specialist. *Nurs. Research* 1.º: 196-218, May-June, 1970.
2. HEIDGERKEN, L. — Nursing Research; its role in research activities in nursing. *Nurs. Research* 1 — Summer, 1962.
3. HOCHMAUM, G. — The nurse in research. — *Nurs. Outlook* 8: 192-195 Apr. 1960.
4. McMANUS, L. — Nursing research — its evolution. *Amer. J. Nurs.* 61: 76-80, Apr. 1961.
5. OLIVEIRA, C. RIGAUD, H. — Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 21 (5) Out. 1968.
6. OLIVEIRA, M.I.R. — Enfermagem e pesquisa: importância e significação, *R. Bras. Enf.* 17 (5): 206-216, out. 1964.
7. SILVA, G. R. — Metodologia da pesquisa. *R. Bras. Enf.* 17 (5): 217-222, out. 1964.
8. SIMPSON, H. M. — Nursing research. *Int. Nurs. Rev.* 17 (2). 110-134, 1970.
9. VIEIRA, A. BARROS, S. VIEIRA, T. — Elementos básicos para o diagnóstico de Enfermagem. Trabalho apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, S. Paulo, 1970.

5. APLICAÇÃO EXPERIMENTAL DE UM GUIA PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL SÃO PAULO

- * Ir. Marta Bhering
- * Clemahyr Pereira da Luz
- ** Ilcne Rodrigues
- ** Lúcia H. Takase Gonçalves
- ** Rosa Aparecida P. de Castro

INTRODUÇÃO

A experiência que passamos a apresentar partiu de uma idéia das enfermeiras do Hospital São Paulo e das professoras da Escola Paulista de Enfermagem, em iniciar um plano de atualização e desenvolvimento da enfermagem no Hospital São Paulo. Sentindo que a assistência de enfermagem do referido hospital não estava apresentando campo de prática condizente ao ensino dos estudantes de

* Supervisoras da Divisão de Enfermagem do Hospital São Paulo.
** Professóras da Escola Paulista de Enfermagem.

enfermagem, e tendo já a Escola, no seu programa, um plano sistematizado de assistência ao paciente, propuzemo-nos, em conjunto, desenvolver um estudo sôbre diagnóstico de enfermagem. Este estudo constou de:

- 1) Levantamento de opiniões;
- 2) aplicação experimental de um guia para elaboração do diagnóstico de enfermagem.

A experiência foi de nível exploratório, não pretendendo chegar a conclusões dogmáticas e seguras, mas servirá de suporte aos nossos futuros trabalhos.

OBJETIVOS:

- a) Verificar a possibilidade da elaboração do diagnóstico de enfermagem nas condições atuais do Hospital São Paulo.
- b) Motivar as enfermeiras do Hospital São Paulo a se atualizarem sôbre o diagnóstico de enfermagem.
- c) Ensinar aos estudantes do 2.º ano da Escola Paulista de Enfermagem a dar cuidados integrais aos pacientes, através de um plano sistematizado com elaboração do diagnóstico de enfermagem.
- d) Integrar o trabalho do Hospital e da Escola para um melhor atendimento dos pacientes.

LEVANTAMENTO DE OPINIÕES E ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

A — Levantamento de opiniões

Devido à escassez de bibliografia nacional e à nossa experiência sôbre o diagnóstico de enfermagem, decidimos nos esclarecer por meio de palestras de especialistas no assunto, e verificar a divulgação do mesmo através de questionários aos enfermeiros que trabalham em hospitais e escolas de algumas localidades do País (Anexo I). Foram enviados 175 questionários para as escolas de enfermagem e hospitais. O envio do material foi feito no dia 1.º de março de 1971, e as respostas devolvidas até 15 de abril do mesmo ano. Foram obtidas 61 respostas, ou seja, 35%. A baixa percentagem de respostas devolvidas dificultou a análise da situação. (Tabelas I, II, III, IV, V).

Analisando as respostas dos questionários, no que diz respeito a conceitos pudemos observar que não se diferenciavam muito do da Dra. Wanda de Aguiar Horta: "Diagnóstico de enfermagem é a de-

terminação da natureza e extensão dos problemas apresentados individualmente pelos pacientes ou familiares que estão recebendo cuidados de enfermagem”.

B — Elaboração

Baseadas neste conceito e em outros trabalhos referentes ao assunto da mesma autora, planejamos o instrumental que consistiu em: histórico de enfermagem com o objetivo de levantar os problemas apresentados pelo paciente (Anexo II) e o plano diário de cuidados (Anexo III), baseado no “relatório de enfermagem” antes usado no Hospital São Paulo.

Para a prática, foram escolhidas duas unidades de emergência do INPS, de pacientes adultos, para maior uniformidade. Foram observados 31 pacientes do dia 19/5 a 17/6/71.

O levantamento de dados para a elaboração do diagnóstico de enfermagem foi feito na folha de histórico de enfermagem, através de entrevistas com os pacientes e seus familiares, de observação durante os cuidados prestados e de consulta ao prontuário médico.

O diagnóstico de enfermagem e o plano diário de cuidados eram elaborados no início do período diurno pelos alunos do 2.º ano de graduação em enfermagem, orientados pelas professoras.

Para mantermos um bom entrosamento entre o trabalho dos alunos e professoras com o das enfermeiras que continuariam a executá-lo na ausência daquelas, fizemos reuniões com os membros da equipe de enfermagem das unidades escolhidas para a experiência. Nestas, esclarecemos os objetivos do trabalho e as atribuições de cada membro.

Os alunos, em número de vinte e três, foram divididos em quatro grupos, e a prática experimental em duas etapas, de duas semanas cada, fazendo-se revezamento dos grupos, sendo cada um orientado e supervisionado por duas professoras.

Os alunos só podiam permanecer na unidade por três horas. Assim, as professoras além de cobrirem o restante do período da manhã, faziam o entrosamento com a equipe de enfermagem responsável pelos outros períodos. Essa equipe deu continuidade ao trabalho de maneira satisfatória. Todos os membros se preocupavam em observar, comunicar, registrar e modificar o plano de acordo com as necessidades.

CONCLUSÃO:

Ao término do trabalho, concluímos que, apesar das falhas, a experiência teve muitos pontos positivos.

- 1) Questionário: Foi de difícil tabulação porque teve muitas perguntas abertas; algumas perguntas deixaram a desejar quanto a clareza, como por exemplo, as de número 6 e 8.
- 2) Histórico de enfermagem: Foi extenso quanto à colheita de dados relativos à vida pregressa do paciente, e pobre quanto aos da atual.
- 3) Diagnóstico de enfermagem: Consistiu em englobar as necessidades e o grau de dependência em relação à satisfação das mesmas. Aachamos que esse grau de dependência é de difícil definição e mensuração, o mesmo acontecendo com as necessidades básicas.
- 4) Execução: Durante a realização da experiência, deveria ter havido maior número de reuniões com a equipe de enfermagem.
- 5) Objetivo "a": Aachamos que a experiência não foi suficiente para chegarmos a uma conclusão definitiva.

Pontos positivos:

- 1) Objetivo "b": As enfermeiras do Hospital São Paulo foram motivadas a se atualizarem sobre o diagnóstico de enfermagem, assistindo às palestras e se interessando pelo desenrolar do trabalho.
- 2) Objetivo "c": Notamos que este grupo de alunos que participou da experiência não estava, antes, sentindo satisfação em fazer o plano de cuidados, principalmente porque o mesmo não era executado. Com a experiência, aconteceu o seguinte: havia satisfação em deixar contribuição fazendo um plano para 24 horas e sabendo que ele seria executado por outros a fim de assistir ao paciente; entenderam a importância da continuação da assistência nas 24 horas; aprenderam a planejar e, conseqüentemente, a acompanhar a evolução do paciente; conseguiram sentir o papel da enfermeira.
- 3) Objetivo "d": Notamos que, durante o trabalho, houve um bom entrosamento entre o pessoal de enfermagem do Hospital e o da Escola, o que possibilitará maior integração para o futuro.

Devemos ressaltar ainda dois pontos importantes:

O primeiro diz respeito aos pacientes acompanhados, cuja satisfação pela assistência dada era visível. Alguns deles fizeram comparação com internações anteriores, dando ênfase à boa assistência da presente.

O segundo se refere aos médicos, que passaram a procurar as informações dos relatórios e planos de cuidados de enfermagem com maior interesse, dando maior valor e havendo, por parte dos mesmos maior colaboração e entrosamento com a equipe de enfermagem.

Ao terminar, reportamo-nos aos questionários de cujas respostas concluímos também que as escolas de enfermagem têm ventilado mais o assunto, e julgam possível a aplicação do diagnóstico de enfermagem, mais do que os enfermeiros que trabalham nos hospitais. Considerando este aspecto, deixamos a sugestão para que as escolas intentem esforço de trabalho conjunto com os hospitais no sentido de testar a eficiência do método, a fim de melhorar o padrão de assistência aos nossos pacientes.

Anexo I

PARTE I

APRESENTAÇÃO E DADOS INTRODUTÓRIOS:

I — PROMOTOR DA PESQUISA:

Enfermagem do Hospital São Paulo — R. Napoleão de Barros
n.º 715 — Vila Clementino — São Paulo, Capital.

II — SOLICITAÇÃO:

A presente tem por finalidade solicitar a V. Sa. o preenchimento do questionário anexo. O questionário tem por objetivo o levantamento de dados, de opinião que nos possibilitem um estudo mais aprofundado do "Diagnóstico de Enfermagem" e sua futura aplicação nos meios hospitalares e outros serviços específicos de saúde.

Como pretendemos apresentar os resultados da pesquisa no próximo Congresso Brasileiro de Enfermagem, a ser realizado em julho do corrente ano, solicitamos sua atenção para que o questionário nos chegue às mãos até o dia 15 de abril de 1971. (verêdo acima).

Informamos, ainda, que a identificação solicitada abaixo, de sua Instituição (local de aplicação do questionário) é para uso exclusivo dos autores do trabalho. Não é necessário assinar o questionário.

Contando com sua colaboração, aproveitamos o ensejo para reiterar-lhe nossos votos de estima e consideração.

III — LOCAL DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

..... CIDADE

..... ESTADO

PARTE II

QUESTIONÁRIO

- 1 — Em que consiste, para você, o “Diagnóstico de Enfermagem”?
- 2 — Você estabelece alguma diferença entre “Diagnóstico médico e Diagnóstico de Enfermagem”?

SIM () NÃO () NÃO SABE ()

a) Se a resposta fôr SIM ou NÃO, diga o “por que”.

- 3 — O que pensa sua equipe de trabalho sobre o “Diagnóstico de Enfermagem”?

- 4 — Você já teve oportunidade de ouvir ou assistir palestras ou cursos sobre o tema: “Diagnóstico de Enfermagem”?

Sim () NÃO ()

a) Se a resposta fôr sim: quando e onde?

- 5 — A expressão “Diagnóstico de Enfermagem” está sendo usada em sua Escola ou em seu Hospital ?

- a) É freqüentemente usada ()
- b) É usada algumas vezes ()
- c) Nunca é usada ()

- 6 — Você estabelece alguma diferença entre o “Plano de Cuidados” e o “Diagnóstico de Enfermagem”?

SIM () NÃO () NÃO SABE ()

- a) Se a resposta fôr SIM: Qual a diferença e Por que?
- b) Se a resposta fôr NÃO: POR QUE?

- 7 — Você veria alguma vantagem em adotar o “Diagnóstico de Enfermagem”?

Sim () NÃO () ALGUMA ()

a) Se a resposta fôr SIM ou ALGUMA: indique as vantagens.

8 — Você estaria disposto (a) a aplicar um “modelo de diagnóstico de enfermagem”?

SIM () NÃO () NÃO SABE () A Título de Experiência ()

9 — Existe algum roteiro para elaboração do “Diagnóstico de Enfermagem” em sua Instituição?

SIM () NÃO () JÁ PENSOU NO CASO ()

a) Se a resposta fôr SIM: indique qual o roteiro.

10 — Quais as suas sugestões sobre o “Diagnóstico de Enfermagem”, necessidade ou não do mesmo; sua possível aplicação, como poderia ser aplicado... (formule algumas opiniões).

TABELA 1

Hospitais e escolas que responderam os questionários

Locais	Entidades	Escolas	Hospitais	Total	%
Capital	(São Paulo)	4	14	18	49,7
Outras capitais e interior dos estados		12	7	19	50,3
Totais		16	21	37	100,0

TABELA 2

Enfermeiros que responderam os questionários, segundo o local de trabalho

Local	Enfermeiro	Escolas	Hospitais	Total	%
Capital	(São Paulo)	17	21	38	62,3
Outras capitais e interior dos estados		14	9	23	37,7
Total		31	30	61	100,0

TABELA 3

Distribuição de respostas segundo local de trabalho, quanto à distinção entre diagnóstico médico e diagnóstico de enfermagem

Entidades	Escolas	Hospitais	Total	%
Distingue	29	27	56	91,8
Não Distingue	1	1	2	3,3
Não Sabe	—	—	—	—
Em Branco	1	2	3	4,9
Total	31	30	61	100,0

TABELA 4

Quantos acham vantagem em adotar o diagnóstico de enfermagem, segundo o local de trabalho

Vantagem	Entidades	Escolas	Hospitais	Total	%
Sim		27	23	50	81,9
Não		1	3	4	6,6
Alguma		2	3	5	8,2
Em Branco		1	1	2	3,3
Total		31	30	61	100,0

TABELA 5

Respostas de enfermeiros, quanto à disposição em elaborar um modelo de Diagnóstico de Enfermagem, segundo local de trabalho

Dispostos	Entidades	Escolas	Hospitais	Total	%
Sim		18	12	30	49,3
Não		3	4	7	11,4
Não Sabe		2	2	4	6,6
Para Experiência		—	2	2	29,4
Em Branco		—	2	2	3,3
Total		23	22	45	100,0

Anexo II

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**A — IDENTIFICAÇÃO:**

Sexo: masc. Idade: 40 anos estado civil: cas filhos 5:
Religião: cat. Profissão construtor Procedência: S.P.
Naturalidade: portuguesa salário familiar: Cr\$ 2.000,00
Data da admissão: 20/5/71
Diagnóstico médico: Pancreatite aguda

B — HÁBITOS DE SAÚDE:

1. Meio ambiente (casa, água, esgoto, lixo eletricidade, combustível, zona, condução).

Casa: própria, de alvenaria Eletricidade: forn. "Light"
Água: encanada (forn. DAE) Combustível: gás
Esgoto: de rua Condução: automóvel particular
Lixo: coletado pela Prefeitura. Zona: urbana

2. Cuidados pessoais (de higiene, eliminação, sono e repouso).
Tem bons hábitos de higiene, eliminação normal, sono normal e repousa regularmente.
3. Hábitos alimentares (qualidade, quantidade, tabus).
Como é de origem portuguesa, gosta de pratos típicos pois acha que são de boa qualidade; alimenta-se em quantidade razoável. Não gosta de condimentos porque lhe afeta a saúde.
4. Atividades físicas, mentais e sociais (participação na vida: profissional, social, política, religiosa, recreação, atividade sexual).
Profissionalmente é construtor, não é partidário em política, católico; é sócio de um clube de nossa capital, onde pratica natação; tem uma casa no litoral onde passa, às vezes, temporada ;sua vida sexual é normal.
5. Hábitos de manutenção da saúde (vacinações, controle abreu-gráfico, exame médico periódico, dentista) .
Quanto à sua saúde e de seus familiares, controla periodicamente: filhos vacinados e abreu-grafias constantes. Consulta a dentista periodicamente.

C — OBSERVAÇÃO DO ESTADO FÍSICO:

Condições gerais: peso — 62 kg alt. — 1,63m T — 37,6.º P — 100
R — PA — 11/7

Expressão facial: otimista Locomoção e postura: normal

Condições de higiene: normais Órgãos dos sentidos: normais

Revestimento cutâneo-mucoso: normal

D — PROBLEMAS DE SAÚDE:

1. Queixas do paciente: Quando respira profundamente sente dor abdominal no local dos drenos.
2. Conceitos gerais do paciente sobre: saúde, doença, hospital, tratamento.
Saúde. considera “muito importante, e que só se dá valor quando a perde”.
Doença: “foi uma consequência de suas extravagâncias”.
Hospital: “uma necessidade e, se não estivesse aqui, já teria “morrido”.
Tratamento: “é necessário para sarar”.
3. Antecedentes pessoais:
Não fuma, sempre gostou de beber, o que aliás, “considera que exagera um pouco”. Sempre teve “muita saúde”, nunca sentiu nada em relação à atual enfermidade.

E — OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO DO PACIENTE NO HOSPITAL:

1. Ajustamento à equipe de saúde e a outros pacientes: Acha todos os membros dessa equipe muito educados e atenciosos; e quanto aos outros pacientes considera bons companheiros.
2. Ajustamento ao Hospital: Ajustou-se perfeitamente ao hospital e não sabe “o que seria dele se não estivesse aqui”.
3. Ajustamento ao tratamento: Ajustou-se muito bem, com exceção à abolição total da alimentação.

F — PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

- a) em relação à própria doença;
- b) em relação à abolição total da alimentação;
- c) em relação à hidratação por via EV
- d) paciente alcoólatra?

G — CONCLUSÕES:**1. Necessidades e dependência de enfermagem:**

— alimentação	— dependência total
— segurança (física)	” ”
— higiene	— ” ”
— conforto	— ” ”
— tratamento	— dependência total
— eliminação	— dependência parcial
— emocionais	— ” ”

2. Diagnóstico de enfermagem:

Paciente depende totalmente da enfermagem na satisfação de suas necessidades de: alimentação (hidratação EV), higiene, conforto, segurança (física) e tratamento; e parcialmente nas de eliminação e emocionais.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

24-5-71 — Início da observação — paciente no 2.º dia de pós operatório (Laparotomia exploradora — Tu. de pâncreas).

28-5-71 — Diagnóstico de enfermagem alterado — receitado dieta hídrica, passando a ser parcialmente dependente na satisfação da necessidade de alimentação — restante inalterado.

ANEXO III

PLANO DIÁRIO DE CUIDADOS DO PACIENTE

Nome: L.F.N.
 LEITO: 738
 Diagnóstico Médico: Laparotomia Exploradora (Tumor Pâncreas) — P.O. 4.º dia
 Diagnóstico de Enfermagem: Paciente depende totalmente da enfermagem na satisfação de suas necessidades de: alimentação (hidratação E.V.), higiene, conforto, segurança (física) e tratamento. Depende parcialmente no atendimento de suas necessidades de: eliminação e emocionais

Prescrição médica e de enfermagem	Data Horário	Recomendação e observação
Dieta	26/05/71	Continuar em jejum
Higiene oral com Cepacol	M-T-N	Passar óleo gomenolado nos lábios
Banho no Leito	M	Incentivar o paciente a mudar de decúbito
Contrôle de: T.P.P.A.	10-14-18 22- 6-10	Anotar no gráfico
Contrôle de Diurese	M	V. = 2.650 ml; D = 1.013
Contrôle do Drenado Gástrico	M	V = 400 ml
Contrôle do Líquido Drenado pelos drenos abdominais	M	V = 10 ml
Contrôle de Glicosúria com glicofita	8	(/ — /)
Inalação: Soro fisiológico — 3ml	14-20- 2	Orientar o paciente para fazer corretamente a inalação
Fluimucil — 2ml	8	
Carbogênio — inalação — 1 min.	14/20/2 8	Após inalação medicamentosa

Exercício Respiratório				Nos intervalos das inalações
Sedalene 1 amp. I.M.				Se o paciente apresentar dor
Novalgina 2 ml I.M.				Se T. > 37,5° C
Atropina 1 amp. I.M.	6/6	14-20-2-8		Alternar local de aplicação
Kanakion 1 amp. I.M.	12/12	14-2		Alternar local de aplicação
Trasylol 100.000u EV	4/4	14-18-22		
		2-6-10		Pela Flebotomia
Quemietina 0,5g E.V.	6/6	14-20-2-8		
Sôro glicosado 5% 1.000 ml	E.V.			
KCL 19,1% 14ml				
Sôro Fisiológico 1.000 ml	E.V.			Correr o sôro a 40 gotas por min.
KCL 19,1 14 ml				Observar se o paciente urinou.
Glicose 50% 40ml				40 gotas por min.
Curativo da incisão operatória			M	Movimentar os drenos e observar drenagem
Sangue 500ml E.V.		11-11:45		20 gotas por min.
		11:45		Suspenso o sangue, apresentou tremores e calafrios T. a 39,8° C.
				Avisado Bco. de sangue.
Novalgina 3ml	E.V.	11:50		
Plasil 1/3 de amp.				
		13:05		Agitado, delirante alucinação? (diz ter alguma "coisa" no quarto). Avisado médico residente
		13:30		Visita médica — diagnóstico "delirium tremens"
Dienpax 10 mg 1 amp. I.M.		14-16		Paciente continua agitado — colocadas grade laterais no leito

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CARVALHO, A.C. — Plano de cuidados de enfermagem como uma das funções da enfermeira-chefe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2 (1): -08 - 117, mar. 1968.
- HORTA, W. de A. — Conceito de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2 (2): 1 - 5, set. 1968.
- HORTA, W. de A. — Nota preliminar sobre histórico de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 3 (2): 33 - 38, set. 1969.
- HORTA, W. de A. — Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 20: 7 - 13, jan./fev. 1967.
- HORTA, W. de A. — A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. São Paulo, 1968 | | | 60 p. | | | Tese Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, C. & RIGAUD, H.M. — Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 21 (5): 458 - 470, out. 1968.

TEMA II — O PAPEL DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DIANTE DA REALIDADE LOCAL E/OU REGIONAL DO BRASIL

1. SITUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM MINAS GERAIS

- * Carmelita Pinto Rabelo
- ** Izaltina Goulart de Azevedo
- ** Ana Maria Maroni Miranda
- ** Helena Pereira
- ** Virgínia Pinheiro

INTRODUÇÃO

Apesar do Estado de Minas Gerais ser considerado um dos mais ricos do país, os serviços de saúde não atendem às necessidades de sua população carente de assistência. Esta situação se deve a uma série de fatores que interferem na melhoria do padrão de assistência da comunidade:

- índices de analfabetismo elevado, quase 70% da população e o baixo padrão cultural, constituindo barreiras a qualquer orientação que leve o indivíduo a modificar seus hábitos e atitudes;
- população situada em sua maior faixa na zona rural, ainda adotando técnicas primitivas para sua sobrevivência, com um nível de vida totalmente diferente daquele da população urbana, constituindo indicador social de subdesenvolvimento;
- serviços de saúde insuficientes, quantitativa e qualitativamente, e concentrados em sua grande maioria nas áreas mais desenvolvidas, enfrentando os problemas da industrialização e da explosão demográfica;
- recursos humanos insuficientes e mal distribuídos para atender à população em seus aspectos curativos ou preventivos.

* Professor Assistente da E.E.U.F.M.G. — Autora do trabalho.
** Colaboradores do trabalho.

Para uma avaliação do papel desempenhado pela enfermeira em Minas será necessário analisar as condições sanitárias do Estado, as necessidades da população, os recursos existentes para atendimento da mesma, a distribuição desses recursos e as condições de que a enfermeira dispõe para realização de seu trabalho.

REALIDADE SANITÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A análise do nível de saúde do Estado mostra que possuímos uma situação desfavorável evidenciada por:

- problemas do saneamento do meio;
- alto coeficiente de mortalidade infantil;
- elevadas taxas de mortalidade por doenças transmissíveis;
- presença ainda significativa de doenças quarentenáveis e doenças de massa;
- presença marcante dos problemas ligados à nutrição.

1. Problemas de saneamento do meio

O desenvolvimento de Minas Gerais não foi acompanhado de correspondente progresso em sua infra-estrutura de saneamento básico. A quase totalidade das cidades do Estado carece de serviços de abastecimento de água e de rede de esgotos que lhe propiciem condições mínimas para o seu desenvolvimento. Segundo o IBGE, cerca de 10% do total de óbitos do Estado tiveram como causa principal doenças de origem hídrica (gastroenterite, febre tifóide e disenterias).

De 508.978.000 litros/dia fornecidos, em média, para uso da população do Estado, durante o ano de 1963, apenas 126.158.000 foram tratados, correspondente a 24,8% do total.

Dos 722 municípios mineiros, somente 30 possuem instalação e equipamentos de tratamento de água, o que quer dizer que 4,1% das cidades estão equipadas para isto. Possuem sistemas de esgotos passíveis de serem caracterizados como tais, apenas em 333 municípios.

Um dos problemas mais graves relacionados com serviços de águas e esgotos em Minas é representado pelo excessivo número de órgãos que atuam no setor, em decorrência da falta de planejamento, fazendo com que se estabeleçam áreas competitivas. O problema é ainda agravado, ao observarmos que o serviço de água e esgotos é de competência dos municípios, cujas prefeituras mantêm os serviços, mas não possuem condições reais de fazê-lo adequadamente.

2. Coeficiente de mortalidade infantil

TABELA 1

Mortalidade infantil em Minas Gerais — Período 1963/67

Anos	Nascidos vivos e registrados no ano	Óbitos de menores de 1 ano	Taxa de mortalidade infantil %
1963	250.368	25.751	102,9
1964	260.556	22.650	86,9
1965	268.432	24.189	90,1
1966	242.175	22.618	93,4
1967	235.343	21.779	92,5

FONTES: GPC — DRH — Diagnósticos de Recursos Humanos
Departamento Estadual de Estatística.

A baixa na taxa de mortalidade infantil mostra já a influência dos trabalhos que estão sendo desenvolvidos visando a uma melhor assistência à criança.

Os programas de assistência à criança estão sendo elaborados por uma comissão previamente criada no Estado, em face dos inúmeros casos de gastroenterite, responsáveis pelo maior número de óbitos infantis.

TABELA 2

Taxa de mortalidade infantil em algumas zonas fisiográficas de Minas Gerais — 1967.

Zonas	Taxas de mortalidade infantil %
Mucuri	361
Mata	96
Metalúrgica	87
Sul	79
Alto e Médio São Francisco	108
Minas Gerais	92,5

FONTE: Paiva Filho, J.R. — A Saúde em Minas Gerais — 1969

Observamos pela tabela n.º 2 (dois) que nas zonas mais carentes de recursos encontramos as maiores taxas de mortalidade infantil.

O coeficiente de mortalidade neo-natal reflete a má assistência materno-infantil, decorrente da deficiência ou ausência de higiene pré-natal e da assistência ao parto, com grande carência de leitos gratuitos em maternidades, bem como o grande número de nascimentos ocorridos em domicílio, o que se vem verificando principalmente na Região do Polígono das Sêcas — 75% do total são realizados em domicílio (IPS — Diagnóstico de Saúde da área Mineira do Polígono das Sêcas, 1970).

O coeficiente de mortalidade infantil tardia é o mais sensível às situações sócio-econômicas, sendo todavia o de mais fácil redução através de programas integrados de desenvolvimento econômico, porque dependem das condições de saneamento, da situação nutricional e de condições culturais.

TABELA 3

Mortalidade infantil neo-natal e infantil tardia em Minas Gerais
Período — 1963/1967.

Anos	Coeficiente de Mortalidade (P/ 1.000 Nascidos Vivos)		
	Neo-Natal	Infantil Tardia	Infantil
1963	5,7	97,2	102,9
1964	6,7	80,2	86,9
1965	7,2	82,9	90,1
1966	7,1	86,3	93,4
1967	8,0	84,5	92,5

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

3. Mortalidade por doenças transmissíveis

As taxas de mortalidade, segundo as causas de morte, calculadas para Minas, provavelmente não exprimem fielmente a realidade, uma vez considerada a elevada percentagem de óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica, situação já indicativa de baixos níveis de saúde, especialmente no que concerne à quantidade e qualidade de recursos médicos e assistenciais à disposição da comunidade. O maior índice de óbitos deve-se a doenças transmissíveis

teòricamente evitáveis. A marcante presença de tais doenças reflete uma situação desfavorável, características de áreas subdesenvolvidas.

Isso pode ser perfeitamente comprovado pelo levantamento estatístico constante das tabelas 4 e 5.

TABELA 4

Taxas de mortalidade (*) por algumas causas em Minas Gerais, em 1967, na Colômbia e nos Estados Unidos — 1964

Causas	Minas Gerais (1)	Colômbia (2)	E.E.U.U (2)
Doenças transmissíveis			
Bl a Bl7, B30, B31 e B36	112,2	286,6	45,1
Tuberculose	11,9	22,0	4,3
Difteria	1,6	1,6	0,0
Coqueluche	0,6	15,8	0,6
Poliomelite	0,3	0,5	0,0
Sarampo	4,8	10,1	0,2
Malária	0,3	6,3	0,0
Lepra	0,9	0,6	0,0
Tétano	5,1	11,8	0,1
Doença de Chagas	10,6	...	—
Gripe e pneumonia	30,1	74,8	31,1
Gastrite, duodenite, enterite, etc.	43,6	110,4	4,3
Doenças degenerativas			
(B18, 22, 26)	70,5	106,6	567,8
Acidentes (B E 47, 48)	25,9	43,3	54,2
Desconhecidos, mal definidos (B 45)	401,3	142,0	13,2

(1) Dados do Departamento Estadual de Estatística

(2) Dados da Organização Panamericana de Saúde

FONTE: Paiva Filho JR. — **A Saúde em Minas Gerais** — 1969

(*) Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes.

T A B E L A 5

Taxas de mortalidade por algumas causas em Minas Gerais — Período 1963/67

TAXAS DE MORTALIDADE (*)									
Anos	Doenças Infecciosas e Parasitárias				Anemias		Sarampo		Febre Tifóide e Paratífóide
	Tuberculose	14,2	5,4	3,9	5,8	8,4	0,8	27,3	
1963	160,7	14,2	5,4	3,9	5,8	8,4	0,8	27,3	
1964	125,8	13,4	5,4	2,2	5,9	5,6	0,8	24,6	
1965	133,4	12,7	4,9	5,1	6,4	3,6	0,7	24,9	
1966	119,8	12,4	6,1	2,2	5,6	1,9	0,3	23,8	
1967	115,3	11,9	5,8	4,8	5,1	1,9	0,5	25,9	

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

(*) Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes

4. Doenças quarentenáveis e doenças de massa:

4.1 Doenças quarentenáveis

O conhecimento de morbididade limita-se aos falhos e escassos dados provenientes de notificações compulsórias e de inquéritos.

Incidem em Minas, como doenças quarentenáveis, a varíola e a peste. Em 1969, foram notificados em Minas, 387 casos de varíola, enquanto a peste se restringia a focos residuais encontrados principalmente nas regiões do Mucuri, Alto Jequitinhonha e Rio Doce.

No momento, a campanha de vacinação contra a varíola vem sendo levada a efeito, no Estado, com grande eficiência, atuando agora no período de vigilância.

4.2 Doenças de massa

TUBERCULOSE — largamente disseminada no Estado de Minas Gerais, constituindo um dos problemas prioritários, de Saúde Pública, devido às suas taxas de mortalidade e ao caráter crônico incapacitante da doença. A taxa de tuberculose em Belo Horizonte em 1969, por 100.000 habitantes, foi de 50,3.

LEPRA — Em 1968 achavam-se internados nos leprosários do Estado 5.150 hansenianos, 9.173 em controle dispensarial e 32.642 em vigilância. Apesar de ser uma doença disseminada no Estado, é encontrada nas regiões do Alto São Francisco, Metalúrgica, Campos das Vertentes e da Mata.

PARASIToses INTESTINAIS — são bastante difundidas no Estado, em função dos baixos padrões higiênicos da população e do precário saneamento ambiental. Inquéritos realizados pelo DENERU demonstraram que 40% dos indivíduos em Minas, são portadores de ancilostomíase.

DOENÇA DE CHAGAS — é endêmica em Minas, onde as más condições de habitação no meio rural favorecem a domesticação dos barbeiros; é uma doença característica das zonas do Alto e Médio São Francisco, Montes Claros, Paracatú, Itacambira, Metalúrgica, Alto Jequitinhonha, Alto Paranaíba e Mata.

Estima-se em quase dois milhões o total de pessoas infestadas em Minas. A eliminação desta endemia estaria na dependência de um extenso programa habitacional no meio rural (EPEA — op. cit.).

MALÁRIA — ainda constitui uma endemia em Minas, apesar de modernos métodos profiláticos terem reduzido a sua incidência. Em 1968, 3.130 casos de malária foram notificados nos vales do São Francisco, Jequitinhonha e Rio Doce (CIE — op. cit.).

ESQUISTOSSOMOSE — é amplamente disseminada; dos 700 municípios brasileiros, com índices de positividade para esquistossomose mansônica, 219 estão situados em Minas (EPEA — op. cit.). A esquistossomose é um dos mais complexos problemas de saúde em Minas Gerais, bastante difundida nas regiões Norte e Nordeste do Estado.

5. Problemas ligados à nutrição:

5.1 Desnutrição

A desnutrição constitui um problema grave em Minas. Em 1969, dados de uma pesquisa realizada por B. Siqueira — “Evolução da Situação Nutricional do Brasil” — revelaram que 23% das crianças internadas nos hospitais de Belo Horizonte apresentaram desnutrição e 47% dos óbitos achavam-se ligados a problemas nutricionais.

5.2 Cárie dentária

A cárie dentária também tem contribuído para reduzir a capacidade produtiva da população. No Estado encontramos 99% das pessoas com cárie dentária.

RECURSOS DO ESTADO DESTINADOS À SAÚDE

O Estado de Minas destina, orçamentariamente, recursos para o setor de saúde conforme tabela 6 (seis). No que diz respeito à participação do município na proteção à saúde, essa é ainda limitada, sendo a sua média da ordem de 1,24 a 1,42% dos orçamentos municipais.

TABELA 6

Despesa realizada em Saúde, pelo Setor Público Estadual e despesa total do Estado (1) Minas Gerais — 1964-1969

Anos	Despesa Total (em Cr\$)	Despesa no Setor Saúde Cr\$	Percentual
1964	172.447.729,55	11.130.235,29	6,5
1965	311.860.907,12	17.533.644,03	5,6
1966	482.705.298,91	29.564.904,54	6,1
1967	525.765.108,57	37.113.516,41	7,0
1968	829.775.095,78	41.718.439,75	5,0
1969	1.079.541.196,69	41.221.470,17	3,8

(1) A preços correntes

FONTE: Contas do Exercício Financeiro e Econômico do Estado.

O INPS é a instituição que mais aplica recursos financeiros em saúde, em Minas. A tabela número 7 a seguir, mostra uma distribuição do orçamento dessa Autarquia na assistência aos seus beneficiários no Estado.

TABELA 7

Despesa da Coordenadoria de Assistência Médica do INPS em Minas Gerais por programa 1969/1970 (1)

Programa	1969		1970	
	Total Cr\$	%	Total Cr\$	%
Administração	1.885.550,00	1,4	2.000.000,00	1,2
As. Ambulatorial	30.859.229,00	23,6	30.004.400,00	18,7
As. Sanatorial	19.466.471,00	14,9	21.267.840,00	13,3
As. Hospitalar	59.154.707,00	45,3	79.928.500,00	50,0
As. Mat. Infantil	15.747.880,00	12,1	19.320.000,00	12,1
Ind. Farmacêutica	613.604,00	0,5	600.000,00	0,4
Farmácia	1.475.883,00	1,1	1.715.700,00	1,1
As. Médica Geral	1.500.000,00	1,1	5.123.000,00	3,2
Total	130.703.324,00	100,0	159.957.440,00	100,0

(1) A preços correntes

FONTE: Divisão de Administração da Superintendência de Minas Gerais.

As tabelas 8, 9 e 10 mostram a dimensão da rede hospitalar instalada em Minas Gerais.

Observa-se um aumento do número de estabelecimentos hospitalares, mesmo pertencendo estes estabelecimentos ao setor privado (80% mais ou menos).

No que se refere ao número de leitos, observa-se uma diminuição da relação leito/mil habitantes. O setor público atua mais na área especializada, contando com 10.000 leitos para casos de tuberculose, lepra e doenças mentais.

A relação leito-hospitalar/1.000 habitantes em Minas, em 1964, foi de 3,8, superando a média brasileira que é de 2,86. (Ministério da Saúde).

Outro item a observar é a distribuição de leitos de acordo com a variação geográfica da renda. Em Belo Horizonte, a relação leito/1.000 habitantes era de 8,2 em 1964, quase igual à relação dos Estados Unidos, que era de 8,9 (DURAN, H. Los Problemas Fundamentales de Salud Pública, ILPES, 1967).

TABELA 8

Estabelecimentos Hospitalares e PARAHOSPITALARES em Minas Gerais — Períodos 1963/1967

Estabelecimentos Hospitalares e para Hospitalares					
Anos	Total (a)	Gerais (b)	$\frac{b \times 100}{a}$	Especializados (c)	$\frac{c \times 100}{a}$
1963	708	546	77,1	162	22,9
1964	705	550	78,0	155	22,0
1965	719	557	77,5	162	22,5
1966	769	689	89,6	80	10,4
1967	776	698	89,9	78	10,1

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

T A B E L A 9

Número de Estabelecimentos Hospitalares e para Hospitalares mantidos pelos setores Públicos e Privados em Minas Gerais — Período 1963/1967

N.º de Estabelec. Hospitalares e Parahospitalares						Número de Leitos							
Anos	Total	Setor	b x 100	Setor	c x 100	Total	Setor	c x 100	Setor	f x 100			
	(a)	Público	/	a	Privado	/	(d)	Público	/	d	Privado	/	d
		(b)			(c)			(e)		(f)			
1963	708	127	17,9	581	82,1	40.817	13.746	33,7	27.071	66,3			
1964	705	134	19,0	571	81,0	40.991	14.326	34,9	26.665	65,1			
1965	719	142	19,7	577	80,3	41.834	14.219	34,0	27.615	66,0			
1966	769	175	22,8	594	77,2	41.328	13.911	33,7	27.417	66,3			
1967	776	165	21,3	811	78,7	42.336	13.766	32,5	28.570	67,5			

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

TABELA 10

Distribuição de leitos, pela capital e interior - Minas Gerais - 1963/67

Anos	Número de Leitos			Leitos P/ 1.000 habitantes		
	Total	Capital	Interior	Total	Capital	Interior
1963	40.817	7.464	33.363	3,8	8,8	3,4
1964	40.991	7.437	33.554	3,8	8,2	3,4
1965	41.934	7.541	34.293	3,7	7,8	3,4
1966	41.328	8.067	33.261	3,6	7,8	3,2
1967	42.336	8.349	33.987	3,6	7,5	3,2

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES SANITÁRIAS NO ESTADO

a) Interior

TABELA 11

Número de unidades sanitárias da Secretaria de Estado da Saúde no interior do Estado e despesa do Distrito sanitário do interior — Período — 1966/1969

Anos	Números de Unidades Sanitárias no Interior (A)	Despesa do Distrito Sanitário do Interior (1) (Cr\$ (B))	B / A CR\$
1966	467	5.954.354	12.750
1967	495	4.337.246	8.762
1968	537	4.290.401	7.989
1969	574	4.613.662	8.037

(1) A preços constantes de 1966

FONTE: Assessoria do Planejamento de Coordenação da Secretaria de Saúde do Estado

Encontramos um aumento do número de unidades não proporcional ao aumento do número de municípios e habitantes do Estado.

b) Capital

Funcionam em Belo Horizonte 109 unidades sanitárias, sendo:

Pioneiras Sociais	3
Estado	30
SERVAS	35
LBA	6

109

Estas unidades situadas na Capital beneficiam apenas as áreas centrais da cidade, ficando os bairros mais distantes desprovidos de assistência.

RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

a) Relação médico/habitantes

A tabela 12 mostra o número de médicos em Minas Gerais e sua distribuição na Capital e no Interior. A relação médico/habitante tende a diminuir, mesmo sabendo-se que há uma concentração excessiva de médicos em Belo Horizonte (40% mais ou menos do total de médicos no Estado).

TABELA 12

Distribuição de médicos na capital e interior de Minas Gerais — Período — 1963/67

Anos	Números de Médicos			Médicos Habitantes em M. Gerais
	Capital	Interior	Total	
1963	1.321	1.911	2.232	1/3.261
1964	1.337	1.937	3.274	1/3.291
1965	1.401	2.018	3.419	1/3.227
1966 (*)				
1967	1.545	2.218	3.763	1/3.074
1968			3.889	1/2.834

(*) Não existem dados

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

b) Relação médico/enfermeira

Em Minas, em 1967, a relação médico/enfermeira era de 5,7, caindo para 1,6, no caso da auxiliar de enfermagem. A maior concentração de enfermeiras encontra-se em Belo Horizonte (cêrca de 82% do total do Estado).

c) **Relação enfermeira/habitante**

A tabela abaixo mostra que o número de enfermeiras no Estado não é suficiente para atendimento da população, pois é sabido que o coeficiente ideal estaria por volta de 1/2.500 — (COMISSÃO DE PERITOS EM ENFERMAGEM).

TABELA 13

Pessoal de enfermagem em Minas Gerais número e relação por habitante — Período — 1963/1967

Anos	Enfermeiros		Auxiliares de Enfermagem	
	Número	Coeficiente P/ Habitante	Número	Coeficiente P/ Habitante
1963	540	1/19.448	2.860	1/3.679
1964	597	1/18.050	2.905	1/3.709
1965	667	1/16.544	2.931	1/3.764
1966	698	1/16.189	2.054	1/5.501
1967	660	1/17.531	2.228	1/5.193

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

d) **Relação dentista/habitantes**

A distribuição de dentista se faz, também, desigualmente, correlacionando-se com o grau de desenvolvimento das diversas regiões.

Para melhor produção da equipe odontológica, há necessidade de pessoal auxiliar, o que não existe em Minas em número suficiente.

TABELA 14

Relação Dentista/Habitante em Minas Gerais — 1963, 1964, 1965, 1968

Anos	Número de Dentistas	Relação Dentista/Habitante
1963	3.341	1/3.150
1964	3.429	1/3.142
1965	3.440	1/3.207
1968	3.858	1/2.857

FONTE: Departamento Estadual de Estatística

Diante da exposição anterior, é lícito opinar que a estrutura de recursos humanos destinados aos serviços de saúde se mostra inadequada.

CENTROS EXECUTIVOS REGIONAIS DE SAÚDE

Para sanar tôdas as deficiências encontradas no setor saúde, estão sendo realizados estudos com objetivo de nova reforma dos órgãos responsáveis pela saúde da população mineira, a fim de permitir a descentralização administrativa.

Estão sendo implantados em Minas, Centros Executivos Regionais de Saúde, com o objetivo de:

- atenuar a saturação rural;
- evitar congestionamento da Capital;
- integrar economicamente o território Mineiro;
- utilizar as potencialidades de cada região;
- elevar o nível de emprego e produtividade nas zonas rurais.

No momento já estão em funcionamento os CERs de Juiz de Fora e Montes Claros. A implantação nos CERs permitirá o descongestionamento de parte dos serviços dos diversos órgãos centrais. Com os CERs as unidades de execução serão beneficiadas com uma supervisão direta que terá condições de promover uma integração mais harmoniosa da atuação dos órgãos de saúde, possibilitando a elevação do padrão técnico da assistência prestada às populações.

A ENFERMEIRA DENTRO DA REALIDADE MINEIRA

Os programas para os serviços de saúde devem estar vinculados às diretrizes gerais da política econômica do Estado.

Conseqüentemente, não podemos separar a saúde do contexto geral, porque ela constitui um dos componentes do nível de vida da população.

Minas Gerais dispõe de inúmeros recursos destinados à saúde, os quais, porém, até o momento, não estão convenientemente manipulados para atender ao grande volume de problemas sanitários existentes.

Com relação aos serviços de saúde do Estado, podemos constatar que:

1.º — estão concentrados nos grandes centros, ficando uma vasta área, especialmente no Norte e Nordeste do Estado quase inteiramente desprovida de assistência;

2.º — os serviços de saúde, mesmo nos grandes centros, não sofreram a evolução necessária para enfrentar os problemas resultantes do progresso científico e do desenvolvimento tecnológico;

3.º — as unidades, na sua maioria, não se encontram suficientemente equipadas tanto de material como de recursos humanos para atender com precisão aos problemas que exigem solução imediata;

4.º — não há um planejamento que possibilite a utilização dos recursos existentes na obtenção de resultados substanciais na solução dos problemas de saúde;

5.º — as atribuições dos elementos das equipes atuantes não estão definidas, resultando disso trabalho sem entrosamento e sem coordenação com desperdícios de esforços;

6.º — os serviços não possuem normas de orientação e os trabalhos realizados não são supervisionados, e nem também avaliados os resultados;

7.º — os registros não são efetuados de modo a fornecer dados estatísticos que permitam uma análise detalhada e eficiente da situação;

8.º — a estrutura administrativa, até bem pouco tempo, não possibilitava mudanças nas chefias dos serviços, de modo a permitir as transformações necessárias ao atendimento das necessidades da época.

Dentro de um sistema absolutamente superado, a enfermeira mineira não possuía, até bem pouco tempo, nenhum órgão que coordenasse as suas atividades para uma atuação mais eficiente e resultados mais positivos.

A situação existente nos órgãos de saúde determinou, por assim dizer, a situação da enfermeira em Minas, conforme se demonstra a seguir:

1.º — As enfermeiras estão concentradas nos centros de maior desenvolvimento, ficando a assistência do interior a cargo de pessoal auxiliar. Acreditamos que constituam justificativas para o fato acima:

- baixo nível de honorários;
- nenhuma possibilidade de exercer duas atividades profissionais;
- recursos materiais insuficientes para execução de serviços;
- impossibilidade de atualização profissional;
- ausência de outros elementos da equipe de saúde.

2.º — A aquisição de enfermeira na Capital, constitui privilégio dos órgãos públicos federais, estaduais e municipais, devido a um melhor nível de vencimentos oferecidos pelos mesmos.

3.º — A ausência de planejamento nos serviços de saúde condiciona igual situação no trabalho da enfermeira. Ela se habituou a trabalhar sem planejamento, executando serviços e atendendo às situações apresentadas.

4.º — Habituada a receber ordens e executar serviços determinados, a enfermeira não se preparou para atender a problemas de área administrativa.

5.º — O número de enfermeiras com cursos de Pós-Graduação é bastante reduzido, mesmo na área de ensino.

6.º — A atuação da enfermeira no Estado não obedece a um planejamento prévio, e tem-se limitado a:

- Execução de cuidados diretos de indivíduos, tanto nas unidades hospitalares, como sanitárias e ambulatórios;
- chefia de unidades e confecção de relatórios;
- participação em campanhas educativas para grupos da comunidade, especialmente ligados ao setor escolar;
- supervisão e orientação ,não sistematizada, de pessoal auxiliar;
- participação no ensino de pessoal de nível médio e de nível superior;
- participação na seleção e treinamento de pessoal para os serviços de enfermagem;
- execução de campanhas de imunização;
- inspeção de escolas auxiliares de enfermagem para fins de autorização de funcionamento e reconhecimento;
- e ao desenvolvimento de um papel marcante da equipe de saúde, em algumas cidades do interior do Estado, beneficiadas com unidades da Fundação Serviços Especial de Saúde Pública.

CONCLUSÃO

Da exposição que foi feita, pode-se tirar, entre outras, conclusões as seguintes:

Possuímos no momento 546 enfermeiras em atividade no Estado, para atendimento de uma população de 12 milhões de habitantes, correspondendo à média de uma enfermeira para quase vinte e duas mil pessoas. Ver tabela 16.

TABELA 16

Enfermeiras em atividades no Estado em 1970 no setor público e privado

Serviços	Capital	%	Interior	%	Total	%
Federal	212	38,8	18	3,3	230	42,1
Estadual	116	21,2	27	5,0	143	26,2
Municipal	30	5,5	—	—	30	5,5
Particular	93	17,0	50	9,0	143	26,0
Total	451	82,5	95	17,3	546	99,8

FONTE: Serviço de Enfermagem da Secretaria de Saúde do Estado.

A distribuição das enfermeiras, entretanto não se efetuou de modo a atender à proporção referida. Há uma concentração correspondente a 82% em Belo Horizonte, ficando a maior parte do Estado, especialmente as zonas necessitadas de atendimento, inteiramente desprovidas de recursos para a saúde, quer em seus aspectos curativos, ou preventivos, quer em seus aspectos educacionais.

Essa concentração em Belo Horizonte, não atende também aos aspectos que colocariam em relêvo aquele papel que a enfermeira deveria desempenhar na saúde de uma comunidade.

Se analisarmos os aspectos particulares do trabalho da enfermeira em Belo Horizonte, verificaremos que determinadas áreas e determinados serviços, como o de tuberculose, serviço escolar, serviços de pré-natal, tem sido beneficiados com sua atuação marcante e eficiente.

O mesmo vem acontecendo nos hospitais que servem de campo de estágio para Escolas de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, onde a fisionomia do trabalho revela traços absolutamente diferentes daqueles observados nos hospitais, especialmente os particulares, onde não existem elementos categorizados para um bom serviço de enfermagem.

Isso, porém, talvez não fôsse verificável com muita frequência no interior do Estado.

Vê-se, pois, que a situação do serviço de enfermagem em Minas Gerais não é das mais lisonjeáveis, no que concerne, sobretudo, à prestação de benefícios à grande população de necessitados que se espalha por campos e cidades das Alterosas.

No entanto, desenvolvem-se presentemente, programas estabelecidos pelo Govêrno, onde estão sendo realizadas pesquisas para o diagnóstico de saúde do Estado; estas pesquisas, entregues ao Projeto Rondon, fornecerão dados que serão utilizados para o planejamento dos serviços de saúde em Minas, em termos prioritários.

Dentro dêsse planejamento, as atividades de saúde serão descentralizadas e desenvolvidas em Centros Executivos Regionais.

Com base nessa orientação, as enfermeiras terão atribuições definidas que as obrigarão a um melhor preparo para enfrentar trabalhos de maiores responsabilidades.

Reconhecemos que a maioria das nossas enfermeiras se encontra em estado de alerta e vivamente interessada em atingir certa maturidade intelectual que lhe permita uma utilização eficiente de suas experiências passadas.

Há um grande número com sua atenção voltada para os cursos de Licenciatura em enfermagem, Atualização e Pós-Graduação visando a uma atuação mais eficiente nos serviços de saúde.

Com a reforma universitária, acreditamos que a enfermeira terá uma base científica que possibilite a produção do trabalho de pesquisas, de que resultaria, sem dúvida, uma caracterização mais pronunciada da profissional em questão.

B I B L I O G R A F I A

1. Anuário Estatístico do Brasil — Ministério do Planejamento e Coordenação Geral. Fundação IBGE, 1970.
2. FUNDAÇÃO IBGE. "Subsídios à Regionalização", 1968, pág. 73/175.
3. PINTO, José Magalhães — Mensagem à Assembléia Legislativa, 1965, pág. gráficas s./nº.
4. Diagnóstico da Economia Mineira — Serviços e Setor Público Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais. Vol. VI — pág. 3-230.
5. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, — "Minas Gerais 1971 — 75. Perspectivas". Saúde e Saneamento, pág. 5 a 80.
6. TRABALHO: Informações Gerais sobre o Nordeste e Problemática de Saúde da Região. Recife, 1968.
7. DIAGNÓSTICO DA ECONOMIA MINEIRA — População e Infra-Estrutura. Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais. Vol. III. pág. 3-79.

2. O PAPEL DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA

- * Eloita P. Neves
- ** Nereu do Valle Pereira
- ** Nelcy Terezinha P. Coutinho
- ** Elizabete Lengert
- ** Ingrid Elsen
- ** Irmã Maria José
- ** Eliana Marília Faria
- ** Irmgard Brueckhrimer Roza
- ** Rosita Saupe
- ** Lorida Maria Schuster

I. DIAGNÓSTICO

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

- 1.1. **Introdução:** A comissão de temas do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, distinguiu a Associação Brasileira de Enfermagem, — Secção Santa Catarina, com o convite para elaborar um trabalho sobre “O Papel do Enfermeiro nos serviços de saúde do Estado”.

Além deste objetivo, a equipe que realizou o presente estudo pretende que o mesmo desempenhe valioso subsídio para a Secretaria de Saúde Pública na estruturação dos serviços de Enfermagem no Estado de Santa Catarina.

Adotou-se, no roteiro, a terminologia do movimento de criatividade comunitária. A paisagem representa a região, a cidade, os prédios e os equipamentos. A cronologia, o período de 10 anos, compreendido entre 1960/1970, e a evolução histórica da enfermagem em nosso Estado. Os elementos humanos são denominados personagens. Os personagens frutivos fazem uso dos serviços de saúde e os personagens prestadios prestam estes serviços. Normas de funcionamento re-

* Eloita P. Neves — Chefe do Depto. de Enfermagem da CBM — UFSC (Relatora).

** Participantes do trabalho.

tratam a sistemática de funcionamento dos diversos serviços de saúde, a atuação da enfermagem dentro deles e as condições sanitárias do catarinense em comparação com alguns parâmetros internacionais.

Partiu-se, no presente trabalho, de uma orientação científica através dos seguintes passos:

- 1.º — Definição do problema
- 2.º — Estabelecimento de uma filosofia de atuação de enfermagem
- 3.º — Adequação desta filosofia a um quadro teórico catarinense, isto é, uma hipótese para Santa Catarina
- 4.º — Diagnóstico da realidade catarinense
- 5.º — Adequação desta filosofia em função das necessidades e das disponibilidades dos recursos, propondo alternativas factíveis para Santa Catarina.

CONCEITUAÇÃO DE TERMOS:

ENFERMAGEM: “é a profissão orientada a prover assistência integral ao indivíduo, família e comunidade na prevenção da doença, recuperação e conservação da saúde, em colaboração com outros profissionais, nas situações em que por falta de conhecimento ou impossibilidade as necessidades básicas não possam ser auto satisfeitas”. (*)

PAPEL: É um conjunto de atitudes, comportamentos e ações desejadas em um profissional.

PAPEL DA ENFERMEIRA: É o conjunto de atitudes, comportamentos e ações, específicos da profissão, que visa promover assistência integral ao indivíduo e à comunidade, e elevar o padrão de assistência dos serviços de saúde.

1.2 Definição dos papéis:

- Diagnosticar as necessidades de enfermagem da população atendida.

* Departamento de Enfermagem do Centro Biomédico da UPSC — Florianópolis.

- Estabelecer planos para atendimento dessas necessidades, observando um critério de prioridades.
- Prestar assistência em situações de maior complexidade, e que exijam discernimento rápido.
- Coordenar atividades da equipe e/ou do Serviço de Enfermagem.
- Avaliar a qualidade da assistência prestada.
- Atender consultas de enfermagem em programas de proteção à saúde.
- Estabelecer normas de trabalho para Serviços de Enfermagem das instituições de Saúde (Hospitalar, Saúde Pública e outros).
- Prestar assessoria técnica.
- Colaborar na implantação de novos serviços.
- Elaborar e executar programas de ensino (Educação para Saúde, Educação em Serviço, Ensino para Auxiliares, Técnicos, Enfermeiros e outros estudantes da área Bio-Médica);
- Participar nos planejamentos de saúde em nível regional e local.
- Valorizar a profissão participando ativamente da Associação de Classe.
- Assumir responsabilidades como pessoa e como profissional da Equipe de Saúde, aperfeiçoar-se, realizar pesquisas, considerando o curso de graduação como marco inicial de seu desenvolvimento.

2. PERFIL BÁSICO

2.1. Paisagem:

- O presente estudo está circunscrito ao Estado de Santa Catarina que tem por área uma extensão de 95.985 km², localizando-se na região Sul conjuntamente com os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul.

Conforme resolução, 5 de 3/3/69, da CONPLANE (Comissão Nacional de Normas e Planejamento Estatístico) foi dividido em 16 micro — regiões (anexo I).

As cidades caracterizadas como polo para este trabalho são as seguintes: Florianópolis para as Micro — Regiões 6 e 7; Lages para 12 e 13; Joinville para 1 e 16; Blumenau para 2 e 3; Rio do Sul para 4 e 5; Criciúma para 10, 11 e parte da 9; Tubarão para 8 e parte da 9; Chapecó para 15 e Joaçaba para 14.

Florianópolis é o principal polo de saúde do Estado, quer pela presença de equipamentos, quer pelos recursos humanos existentes. Aparece em segundo plano a cidade de Blumenau.

Em dezembro de 1970, havia em Santa Catarina 183 hospitais com 13.169 leitos, 12 centros de saúde e 109 postos de saúde.

2.2. Personagens:

- Frutivos são todos os integrantes da população catarinense (2.911.173 habitantes) distribuídos pelas diversas Micro-Regiões.

As maiores concentrações populacionais encontram-se na Micro-Região 2 com 116 habitantes por km² e na Micro-Região 6 com 95 habitantes por km².

O maior contingente populacional localiza-se no Oeste Catarinense nas Micro-Regiões 14 e 15, com, respectivamente 290.505 e 442.245 habitantes.

No que concerne aos personagens prestadios, conforme tabela II, aparece na Micro-Região 6 cujo polo é Florianópolis, a maior concentração com 242 médicos, 32 enfermeiros, 112 auxiliares de enfermagem e 15 visitadoras sanitárias. A Micro-Região 3 cujo polo é Blumenau conta com 95 médicos, 10 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem, 85 auxiliares de enfermagem e 2 visitadoras sanitárias.

2.3. Normas de funcionamento:

- Para o estudo da realidade da situação de saúde da população catarinense encontramos dificuldades porquanto os dados estatísticos coletados, no nosso entender, são infiéis à realidade universal. Acreditamos na existência de erros de informações e atribuímos a maior dificuldade à notificação médica sem diagnóstico explícito.

O levantamento do setor saúde realizado pela SUDESUL, em 1967, em 20 cidades selecionadas no Estado demonstrou que dos 4779 óbitos, 2.026 (42,4%) foram notificados sem diagnóstico explícito, e somente 108 (2,2%) com notificação médica e diagnóstico explícito por doenças transmissíveis. O restante não está especificado. No entanto, não podemos deixar de tecer algumas considerações:

a). O coeficiente de mortalidade geral para o Estado em 1968 era de 5,0‰ habitantes podendo ser considerado

muito baixo em comparação com os E.U.A. ($9,5^{\circ}/_{00}$), Chile ($10,3^{\circ}/_{00}$) e o Brasil com $12^{\circ}/_{00}$ habitantes.

Da mesma forma o coeficiente de mortalidade infantil pode se considerar moderado para o ano de 1968 ($58^{\circ}/_{00}$ N.V.). Confrontando êsses dados verificamos:

Brasil	—	$12^{\circ}/_{00}$	N.V.
E.U.A.	—	$23,7^{\circ}/_{00}$	
Chile	—	$101,9^{\circ}/_{00}$	(*)

O coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis (12 por 100.000 habitantes) expressa também uma situação irreal.

Veja-se: Brasil 506,0, México 473,5 e E.U.A. 45,4.

b). No que concerne aos recursos materiais e humanos houve sensível melhoria nestes últimos 10 anos.

A criação, em 1960, da Faculdade de Medicina da UFSC, proporcionou o aumento do número de médicos de 248 para 793.

Em 1960 haviam 13 enfermeiros e, em 1970, 56.

Parece-nos assim, que o aumento de 43 em 10 anos é pouco significativo. Em 1969 foi criada a Faculdade de Enfermagem na UFSC o que proporcionará a partir do final dêste ano um aumento da mão-de-obra nêste setor.

A criação dos 2 cursos de Auxiliares de Enfermagem nesta década, aumentou consideravelmente o número de auxiliares, passando de 34 para 295.

Com relação aos recursos humanos especializados em Saúde Pública, há, atualmente 5 médicos sanitaristas, 1 enfermeira sanitarista em atividades de ensino, e 4 enfermeiras de Saúde Pública, das quais 2 se dedicam ao ensino e as outras 2 desempenham suas atividades em hospitais.

c). A fim de definir as normas que guiam as atividades dos enfermeiros de Santa Catarina elaborou-se um questionário que foi respondido por 42 dos 56 enfermeiros atuantes no Estado.

Na análise dos dados, observamos maior absorção dos enfermeiros no desempenho das atividades da função básica (85%), seguindo-se as funções técnicas e de comunicação (82%).

(*) Who Chronicle — janeiro de 1969.

Na função de organização ainda é conservado um alto percentual 80%. Decresce quando analisamos as funções de pesquisa (66%) e a execução de atividades delegadas (52%), evidenciando o aspecto do profissional de enfermagem estar ainda executando atividades de outros elementos da equipe de saúde.

Em relação a existência de impressos necessários ao trabalho administrativo da equipe, obtivemos 82% de respostas positivas. No item material, somente 54% responderam que o mesmo é suficiente e adequado para o desempenho das funções de enfermagem.

Em relação a existência de critérios para avaliação e promoção dos funcionários, 52% afirmaram possuir e no item padronização do uniforme segundo a função temos o elevado percentual de 90%.

O aspecto da valorização do enfermeiro na instituição obteve o significado percentual de 81%.

3. NECESSIDADES

Na tabela III, de acordo com os levantamentos realizados, encontram-se os recursos materiais e humanos existentes e o ideal para a população de Sta. Catarina.

Achamos necessário fazer alguns comentários sobre a distribuição daqueles recursos e as necessidades reais para a assistência à população.

RECURSOS MATERIAIS:

O número de leitos hospitalares em Santa Catarina é superior ao que estabelece a OMS (4,5 leitos por 1.000/habitantes). É importante ressaltar que a distribuição de leitos ocorre de maneira desproporcional à população das micro-regiões.

Chama a atenção o número de leitos existentes na micro-região 6, que é de 14,1 leitos/1.000 habitantes. Nesta Micro-Região localiza-se a capital do Estado, onde há um centro hospitalar moderno, faculdades de medicina e enfermagem (UFSC), maior concentração de especialistas, um hospital psiquiátrico e dois hospitais de isolamento que recebem pacientes de todas as outras micro-regiões e de outros Estados.

Destacam-se ainda, as micro-regiões 3, que de acordo com os critérios já citados, está com 360 leitos a mais, e a 7 e a 13 que têm 0,9 e 1,4 leitos/1000 habitantes respectivamente.

Dos 161 hospitais classificados pelo INPS, 54 foram considerados sem categoria e 24 hospitais conseguiram classificação em 1.^a, 2.^a e 3.^a categoria.

“A disseminação sobretudo de ações religiosas possibilitou a formação de uma vasta rede de hospitais. Esta rede cobre de forma razoável a área geográfica do Estado. Entretanto, se de um lado é possível de ser considerada, quantitativamente, satisfatória a estrutura hospitalar, são encontradas deficiências na qualidade dos serviços prestados principalmente pela insuficiência e inadequação de instalações, equipamentos e pessoal técnico. Excluídos os hospitais situados nos centros urbanos de maior representatividade econômica e concentração populacional, o sistema médico hospitalar deixa muito a desejar. As unidades hospitalares, via de regra, requerem instalações e equipamentos de alto custo, determinados pela própria especialização da medicina. Não há como prover adequadamente todos os estabelecimentos carentes de recursos. Deve ser praticada uma política de racionalização, concentração e especialização de investimentos no Setor Saúde, permitindo alcançar a maior soma de benefícios sociais. Ao governo cumpre a função de estimular e amparar as iniciativas hospitalares, destinando-lhes recursos, em regime especial de financiamentos. Agindo desta forma os hospitais estarão capacitados à execução planejada da atualização de equipamentos, da forma e ampliação das instalações, elevando os padrões dos serviços e viabilizando financeiramente o equilíbrio”. (20)

Com relação aos recursos materiais para Saúde Pública, o Estado contava em 1970, com 10 micro-regiões, com 12 Centros de Saúde e 109 Postos de Saúde.

Verifica-se que o número de Centros e Postos de Saúde é insuficiente para a população. Segundo a OMS para cada 50.000 habitantes seria necessário 1 centro de saúde. Os Postos deveriam ser criados de acordo com as necessidades da população, considerando-se os recursos tais como, transporte, renda e a disponibilidade de outros recursos de assistência à saúde existentes nas localidades próximas.

RECURSOS HUMANOS: A distribuição de médicos, além do número insuficiente, é bastante irregular em todas as micro-regiões. A relação é de um médico para 3.671 habitantes do Estado. Na micro-região 6 a relação é de um médico para 1.121 habitantes, ao passo que na micro-região 15 há um médico para 7.897 habitantes (Tabela I).

O déficit de enfermeiras é mais grave ainda e em 7 micro-regiões não há enfermeiras. A relação no Estado é de uma enfermeira para 51.985 habitantes. Nas 9 micro-regiões onde localizam-se estes profissionais, a relação enfermeira/população é muito baixa. Assim, na micro-região 14 há uma enfermeira para 72.626 habitantes e na 6 a relação é de um para 8.515, estando incluídas as enfermeiras que se dedicam exclusivamente ao ensino (10 enfermeiras no ensino).

Atualmente não há nenhuma enfermeira atuando nos serviços de saúde pública. Conforme critérios da OMS para a América Latina, em cada grupo de 50.000 habitantes, seriam necessários seis (6) enfermeiras, sendo uma especializada em saúde pública.

Assim, a nosso ver, há necessidade urgente de suprir os serviços de saúde pública com profissionais especializados que contribuam para a promoção e proteção da saúde da população catarinense. As enfermeiras de saúde pública poderiam realizar consultas de enfermagem, principalmente na área materno-infantil.

O número de auxiliares de enfermagem também é insuficiente. Há uma enfermeira para 5,3 auxiliares no Estado, sendo que na micro-região 6 a relação é de 1/3,5 e na micro-região 3 é de 1/8,6. Em três micro-regiões não há auxiliares de enfermagem.

Pelos dados conclui-se que o número de auxiliares aumenta proporcionalmente em relação ao de enfermeiros, mas que o número destes dois profissionais está muito aquém das necessidades do Estado. Evidencia-se então, que a quatro novos auxiliares deve graduar-se uma enfermeira, sob pena de desarticulação do trabalho da Equipe de Enfermagem, pois segundo a OMS a relação ideal é de uma enfermeira para 4,5 auxiliares.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL — Estabelecer os principais papéis da enfermeira, visando promover assistência integral ao indivíduo e comunidade e contribuir para elevar o padrão de assistência dos serviços de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) estabelecer uma política de atuação dos enfermeiros nos serviços de saúde

- 2) ressaltar a importância da utilização racional dos recursos humanos existentes em Enfermagem;
- 3) propor ações a curto, médio e longo prazo factíveis de serem realizadas em Santa Catarina.

III. AÇÕES

Considerando-se prioritário o papel do enfermeiro nos serviços de Saúde Pública e a necessidade urgente de ações a curto prazo neste setor, imprescindível se torna como objetivo da Secretaria de Saúde, a constituição imediata de uma equipe de profissionais especializados.

Algumas das ações a curto prazo, a seguir propostas, já estão sendo realizadas pelas atuais enfermeiras.

Tendo em vista os papéis anteriormente definidos (item 1.2) com base no trabalho apresentado por Judith Feitosa de Carvalho (8) e na Declaração de Princípios da ABEn (9) e considerando a nova estrutura dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, o grupo de trabalho acredita que **o papel da enfermeira dêste Estado será:**

- prestar assistência de enfermagem em situações de maior complexidade que exijam melhor preparo técnico para atender o homem em sua dignidade absoluta;
- prestar assistência de enfermagem assegurando a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde do ser humano;
- assumir suas responsabilidades como profissional na equipe de saúde, realizando estudos e pesquisas no campo da enfermagem;
- prestar assessoria técnica: à Divisão de Saúde Pública da Secretaria de Saúde, a Divisão Hospitalar da Secretaria de Saúde e a outros órgãos interessados;
- atuar na Comissão de Ética da FHSC e nos demais Serviços de Saúde no sentido de que seja melhorada a humanização no ambiente de trabalho;
- valorizar a profissão participando ativamente da Associação de classe;

A. Ações Prioritárias

- Através da Comissão de Enfermagem da Fundação Hospital de Santa Catarina e da Seção de Enfermagem de

Saúde Pública do Departamento Autônomo de Saúde Pública, foram estabelecidas as seguintes metas:

- definir atribuições do pessoal de enfermagem dos Serviços de saúde;
- atuar junto a Secretaria de Saúde afim de que em colaboração com Universidades e Prefeituras sejam estruturadas "Unidades Integradas de Saúde" (projetos pilotos) para campo de treinamento de recursos humanos para a área da saúde;
- Através da Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem seção de Santa Catarina:
 - manter entendimentos com o Conselho Estadual de Educação a fim de serem estabelecidas normas para criação de padrões mínimos de funcionamento de novos cursos de Enfermagem a nível médio, bem como averiguar suas condições de funcionamento.
- Através da Comissão de Legislação da Associação Brasileira de Enfermagem — seção Santa Catarina:
 - estudar e propor aos órgãos estaduais e municipais competentes a criação de uma carreira profissional para a enfermeira que trabalha no serviço público com níveis de acesso em função de qualificação e salários compatíveis com esta.

B. Ações a curto prazo

- Através da Seção de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP):
 - estabelecer normas para organização dos serviços de enfermagem de saúde pública dos distritos sanitários e apresentá-las a Divisão de Saúde Pública;
 - colaborar na implantação de novos serviços;
 - atuar junto ao Serviço de Fiscalização do exercício profissional do Departamento Autônomo de Saúde Pública, enquanto não existir o Conselho Regional de Enfermagem:
- Através da Comissão de Enfermagem da Fundação Hospitalar de Santa Catarina:
 - colaborar na implantação de novos serviços;
 - atuar junto a Comissão de administração hospitalar no planejamento e construção de hospitais;

- participar dos trabalhos do centro de estudos;
- Através da Comissão de Enfermagem da Fundação Hospitalar de Sta. Catarina e da secção de Enf. de Saúde Pública do Departamento Autônomo de Saúde Pública:
 - orientar as chefias dos serviços de enfermagem na elaboração e execução de programas de educação para saúde;
 - orientar as chefias dos serviços de enfermagem na elaboração e execução de programas de educação em serviço, de acôrdo com a realidade da instituição.
- Através da Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem — seção de Santa Catarina:
 - prestar assessoria técnica às escolas de auxiliares de enfermagem e executar programas de ensino para atualização e aperfeiçoamento para enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e demais elementos da equipe de enfermagem hospitalar e de saúde pública;
- Através da Comissão de Assistência da Associação Brasileira de Enfermagem — seção Santa Catarina:
 - estabelecer uma metodologia para a formação do diagnóstico e desenvolvimento do plano de assistência de Enfermagem;
 - estabelecer padrões mínimos de cuidados de enfermagem para determinados tipos de doentes;
- Através da Comissão de Legislação da Associação Brasileira de Enfermagem Santa Catarina :
 - atuar junto aos órgãos competentes para incentivar as instituições a colocarem enfermeiros nas chefias dos serviços de enfermagem;
- Através do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina:
 - divulgar a enfermagem atuando eficientemente junto aos alunos e profissionais da área biomédica;

C. Ações a médio prazo

- Através da Seção de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento Autônomo de Saúde Pública:
 - diagnosticar as necessidades de enfermagem da população e elaborar planos, observando um critério de prioridades, estabelecendo um perfeito entrosamento com as demais Secções da Divisão Técnica do Departamento Autônomo de Saúde Pública;
 - coordenar e avaliar as atividades dos serviços de enfermagem de saúde pública dos distritos sanitários;
 - estabelecer critérios e orientação para atendimento de consultas de enfermagem em programas de proteção à Saúde.
- Através da Comissão de Enfermagem da Fundação Hospitalar de Santa Catarina:
 - estabelecer normas de organização dos serviços de enfermagem dos hospitais de Santa Catarina e apresentá-las a Divisão Hospitalar da Secretaria de Saúde;
 - coordenar e avaliar as atividades dos serviços de enfermagem dos hospitais;
- Através do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina:
 - formar maior número de enfermeiras, visando atender as prioridades de saúde da população catarinense;
 - participar e colaborar com entidades públicas e privadas em estudos que determinem as necessidades, a oferta e a procura de pessoal de enfermagem;
- Através da Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (SC), Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Escolas de Auxiliares de Enfermagem de Florianópolis, Blumenau e Criciúma:
 - manter entendimentos com os órgãos responsáveis pelo Sistema de Treinamento de Recursos Humanos do Es-

tado, no sentido de que seja criado um "Centro de Formação Profissional" para preparar mão-de-obra em enfermagem a nível médio (1.º e 2.º ciclo). Estudar a possibilidade de preparar êsses profissionais (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) através de "Unidade Móvel de Treinamento";

D. Ações a longo prazo

- Através da Comissão de Enfermagem da Fundação Hospitalar de Santa Catarina da Secção de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento Autônomo de Saúde Pública:
 - participar da elaboração da política de Saúde Pública e Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado.

R E S U M O . .

As autoras, partindo de um diagnóstico da situação de saúde da população catarinense, definem em termos filosóficos os papéis da enfermeira em nível estadual e analisam sua atuação na equipe de saúde. Estudam detalhadamente os recursos materiais e humanos existentes e as necessidades para a população. Consideram prioritário o papel da enfermeira em saúde pública, enfatizando a constituição imediata de uma equipe especializada para fazer frente as necessidades criadas pela reestruturação da Secretaria de Saúde.

Finalmente, em face a realidade apresentada, estabelecem as ações que caracterizam a parte dinâmica do Papel, as quais se desenvolverão junto à diversas entidades de assistência à saúde, estabelecendo prioridades e objetivos a serem alcançados a curto, médio e longo prazo.

Distribuição dos recursos materiais pelas micro-regiões em 1970

Micro-Região	Área	População Total	1970 P/K2	Hospitais	Leitos Hosp.	Centros Saúde	Postos Saúde
I — 292	4.449	222.915	50	13	825	1	5
II — 293	1.030	119.509	116	3	346	1	4
III — 294	5.868	279.120	48	16	1.521	1	13
IV — 295	1.731	38.335	22	3	201	—	2
V — 296	4.574	137.775	30	10	627	1	6
VI — 297	2.883	272.491	95	19	3.856	1	6
VII — 298	4.612	75.258	16	2	70	—	4
VIII — 299	975	77.361	81	3	268	—	4
IX — 300	4.559	271.781	60	11	1.197	2	12
X — 301	1.961	88.215	45	4	110	—	4
XI — 302	2.076	58.700	28	5	260	—	6
XII — 303	12.803	182.295	14	8	615	1	3
XIII — 304	11.227	150.811	13	4	200	—	4
XIV — 305	11.265	290.505	26	34	1.232	1	10
XV — 306	14.344	442.245	31	38	1.352	2	19
XVI — 307	11.646	203.657	17	10	489	1	7
Total	95.985	2.911.173	30	183	13.169	12	109

FONTES:

- 1) Área — População = DPE (Plameg/70)
- 2) Hospitais = Associação Catarinense de Hospitais
- 3) Leitos Hospitalares = Associação Catarinense de Hospitais
- 4) Centros de Saúde = Departamento de Saúde Pública
- 5) Postos de Saúde = Departamento de Saúde Pública

T A B E L A I I

Distribuição dos recursos humanos pelas micro-regiões em 1970

Micro-Região	Médicos	Enfer.	Técnico Enf.	Auxiliar Enf.	Visitadoras Sanitárias
I — 292	62	2	1	12	2
II — 293	28	—	—	—	2
III — 294	95	10	1	86	2
IV — 295	6	1	—	—	—
V — 296	23	1	—	2	2
VI — 297	242	32	—	112	15
VII — 298	2	—	—	2	—
VIII — 299	11	1	—	6	1
IX — 300	86	3	—	36	4
X — 301	6	—	—	3	—
XI — 302	7	—	—	4	—
XII — 303	50	2	—	—	2
XIII — 304	8	—	—	1	—
XIV — 305	66	4	1	8	2
XV — 306	56	—	1	18	1
XVI — 307	45	—	—	5	1
Total	793	56	4	295	34

FONTES:

- 1) Médicos = Conselho Regional de Medicina
- 2) Enfermeiros = Associação Brasileira de Enfermagem — ABEn — SC
- 3) Técnicos de Enfermagem = Comissão de Classificação de Hospitais do INPS
- 4) Auxiliar de Enfermagem = Associação Brasileira de Enfermagem — SC
- 5) Visitadora Sanitária = Departamento de Saúde Pública do Estado

T A B E L A I I I

Estudo comparativo dos recursos materiais e humanos para as 16 micro regiões de Santa Catarina — 1970

		+ Leitos Hospitalares		++ Enfermeiros		N.º		+++ Auxiliar de Enfermagem		N.º		Relação	
Micro-Região	População	Existentes	Ideal	Relação 1000/h	Existentes P/100L/24hs	N.º Ideal Leitos/24hs	Ideal P/100L/24hs	Existentes	Ideal	N.º	Enf. Médico		
I — 292	229.915	825	1.003	3,0	0,2	49,5	222,7	0,1	222,7	1	31		
II — 293	119.509	346	537	2,9	—	20,7	93,4	—	93,4	—	—		
III — 294	279.120	1.521	1.256	5,4	0,6	91,2	410,6	5,6	410,6	1	9,5		
IV — 295	38.335	201	172	5,2	0,5	12,0	54,2	—	54,2	1	6		
V — 296	137.775	627	619	4,5	0,1	37,6	169,2	0,3	169,2	1	23		
VI — 297	272.491	3.856	1.225	14,1	0,8	231,3	1.041,1	3,2	1.041,1	1	7,5		
VII — 298	75.258	70	338	0,9	—	4,2	18,9	3,0	18,9	—	—		
VIII — 299	77.361	268	345	3,4	0,4	16,0	72,3	2,6	72,3	1	11		
IX — 300	271.781	1.197	1.223	4,4	3,0	72,0	323,1	3,0	323,1	1	28		
X — 301	88.215	110	397	1,2	—	6,6	29,7	0,8	29,7	—	—		
XI — 302	58.700	260	264	4,4	—	15,6	70,2	1,5	70,2	—	—		
XII — 303	182.295	615	822	3,3	0,2	36,9	165,0	—	165,0	1	25		
XIII — 304	150.811	200	678	1,4	—	12,0	54,0	0,1	54,0	—	—		
XIV — 305	290.505	1.232	1.307	4,2	0,3	73,9	332,6	0,7	332,6	1	16,5		
XV — 306	442.245	1.352	1.990	3,5	—	81,1	365,0	1,2	365,0	—	—		
XVI — 307	203.657	489	915	2,4	—	29,3	132,0	1,0	132,0	—	—		
Total	2.911.173	13.169	13.092	4,5	0,4	790,0	3.555,6	2,2	3.555,6	1	14,1		

CONFORME CRITÉRIOS DA OMS:

- + 4,5 leitos por 1000 habitantes
- ++ 6 Enfermeiros por 100 leitos/24 horas
- +++ 27 Auxiliares de Enfermagem/100 leitos/24 horas

A N E X O I**MICRO-REGIÃO I**

1. Araquari
2. Barra Velha
3. Corupá
4. Garuva
5. Guaramirim
6. Joinville
7. Jaraguá do Sul
8. São Francisco do Sul
9. Schroeder

MICRO-REGIÃO II

1. Balneário de Camboriú
2. Camboriú
3. Ilhota
4. Itajaí
5. Itapema
6. Navegantes
7. Penha
8. Piçarras

MICRO-REGIÃO III

1. Acurra
2. Benedito Nôvo
3. Blumenau
4. Botuvera
5. Brusque
6. Gaspar
7. Guabiruba
8. Indaial
9. Luiz Alves
10. Massaranduba
11. Pomerode
12. Presidente Nereu
13. Rio dos Cedros
14. Rodeio
15. Timbó
16. Vidal Ramos

MICRO-REGIÃO IV

1. Dona Emma
2. Ibirama
3. Presidente Getúlio
4. Witmarsun

MICRO-REGIÃO V

1. Agrolândia
2. Agronômica
3. Atalanta
4. Aurora
5. Imbuia
6. Ituporanga
7. Laurentino
8. Lontras
9. Petrolândia
10. Pouso Redondo
11. Rio do Campo
12. Rio do Oeste
13. Rio do Sul
14. Salete
15. Taió
16. Trombudo Central

MICRO-REGIÃO VI

1. Biguaçu
2. Florianópolis
3. Garopaba
4. Governador Celso Ramos
5. Palhoça
6. Paulo Lopes
7. Pôrto Belo
8. Santo Amaro da Imperatriz
9. São José
10. Tijucas

MICRO-REGIÃO VII

1. Aguas Mornas
2. Alfredo Wagner

3. Angelina
4. Anitápolis
5. Antônio Carlos
6. Canelinha
7. Leoberto Leal
8. Major Gercino
9. Nova Trento
10. Rancho Queimado
11. São Bonifácio
12. São João Batista

MICRO-REGIÃO VIII

1. Imaruí
2. Imbituba
3. Laguna

MICRO-REGIÃO IX

1. Armazém
2. Braço do Norte
3. Criciúma
4. Grão Pará
5. Gravatal
6. Lauro Müller
7. Morro da Fumaça
8. Orleães
9. Pedras Grandes
10. Rio Fortuna
11. Santa Rosa de Lima
12. São Ludgero
13. São Martinho
14. Siderópolis
15. Treze de Maio
16. Tubarão
17. Urussanga

MICRO-REGIÃO X

1. Aracanguá
2. Içara
3. Jaguaruma
4. Maracajá
5. São João do Sul
6. Sombrio

MICRO-REGIÃO XI

1. Jacinto Machado
2. Meleiro
3. Nova Veneza
4. Praia Grande
5. Timbé do Sul
6. Turvo

MICRO-REGIÃO XII

1. Bom Jardim da Serra
2. Bom Retiro
3. Lages
4. São Joaquim
5. Urubici

MICRO-REGIÃO XIII

1. Anita Garibaldi
2. Campo Belo do Sul
3. Campos Novos
4. Curitibanos
5. Lebon Regis
6. Ponte Alta
7. Santa Cecília
8. São José do Cerrito

MICRO-REGIÃO XIV

1. Água Dôce
2. Arrôio Trinta
3. Caçador
4. Capinzal
5. Catanduvas
6. Concórdia
7. Erval Velho
8. Fraiburgo
9. Herval d'Oeste
10. Ibicaré
11. Ipira
12. Ipumirim
13. Irani
14. Itá

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 15. Jabōrá | 17. Maravilha |
| 16. Joaçaba | 18. Modêlo |
| 17. Lacerdópolis | 19. Mondai |
| 18. Ouro | 20. Nova Erechim |
| 19. Peritiba | 21. Palma Sola |
| 20. Pinheiro Preto | 22. Palmitos |
| 21. Piratuba | 23. Pinhalzinho |
| 22. Ponte Serrada | 24. Quilombo |
| 23. Presidente Castelo Branco | 25. Romelândia |
| 24. Rio das Antas | 26. São Carlos |
| 25. Salto Veloso | 27. São Domingos |
| 26. Seará | 28. São José do Cedro |
| 27. Tangará | 29. São Lourenço do Oeste |
| 28. Treze Tílias | 30. São Miguel d'Oeste |
| 29. Videira | 31. Saudades |
| 30. Xavantina | 32. Vargeão |
| | 33. Xanxerê |
| | 34. Xaxim |

MICRO-REGIÃO XV

1. Abelardo Luz
2. Águas de Chapecó
3. Anchieta
4. Caibí
5. Campo Erê
6. Caxambu do Sul
7. Chapecó
8. Coronel Freitas
9. Cunha Porã
10. Descanço
11. Dionísio Cerqueira
12. Fachinal dos Guades
13. Galvão
14. Guaraciaba
15. Guarujá do Sul
16. Itapiranga

MICRO-REGIÃO XVI

1. Campo Alegre
2. Canoinhas
3. Irineópolis
4. Itaiópolis
5. Mafra
6. Major Vieira
7. Matos Costa
8. Monte Castelo
9. Papanduva
10. Pôrto União
11. Rio Negrinho
12. São Bento do Sul
13. Três Barras

BIBLIOGRAFIA

1. ALCANTARA, G. de. **O pessoal de enfermagem necessário em face realidade sócio-econômica do Brasil**. São Paulo. Mimeografado, 1969.
2. ANAIS DA SEXTA REUNIÃO da Associação Brasileira de Escolas Médicas. Rio. Of. Gráfica da UFRJ. 1969.
3. ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA. **Relação de médicos de Santa Catarina**. Fpolis. Mimeografado. 1969.

4. ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE HOSPITAIS. Relatório de visitas realizadas à rede hospitalar catarinense. Fpolis. Mimeografado. 1970.
5. ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE HOSPITAIS. Relação de hospitais e leitos de Santa Catarina. Fpolis. Mimeografado. 1970.
6. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seção Santa Catarina. Relação de enfermeiros de Santa Catarina. Fpolis. 1970.
7. BERQUÓ, E et MILANESI, M.L. **Estatística vital**. São Paulo. Apóstila. 1969.
8. CARVALHO, J. F. de. **Papel da enfermeira nos programas e serviços de saúde do país** Rio. Mimeografado. 1970.
9. CARVALHO, J. F. de, LOZIER, H. et CASTRO, I. B. e, **Política da Associação Brasileira de Enfermagem**, Rio. Mimeografado. 1970.
10. DE GREGORI, W. Cirbenética social, 3.^a ed., Mimeografado. 1969.
11. DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA — Seção Santa Catarina. **A situação demografica em Santa Catarina**, out. 1970.
12. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA — Santa Catarina — Levantamento do número de leitos hospitalares, a pedido da ABEn — Santa Catarina, 1962.
13. DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA — Santa Catarina. Cadastro do pessoal de enfermagem em Santa Catarina. Levantamento realizado a pedido da ABEn — Santa Catarina, junho de 1962.
14. INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Levantamento do número de auxiliar de enfermagem, realizado pela equipe de trabalho, dados de 1970.
15. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL — Superintendência Regional de Santa Catarina. Classificação e reclassificação de hospitais de acordo com a RS-CD/INPS-300/68, Fpolis. Mimeografado. 1970.
16. MANRIQUE, R. P. et AGUALIMPIA, C. **Estudio de recursos humanos para la salud la educación medica en Colombia**, 1.^a ed. Ministério de Salud Pública de Colombia. 1970.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Quarta conferência nacional de Saúde. **Recursos Humanos para as atividades de saúde**. Rio Gráfica da Fundação IBGE, 1967.
18. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Metas de Salud en la carta de Punta del Este — **Hechos que revelam progresso**. Ginebra Ofic. Sanit. Panam., março de 1966 .
19. PROJETO CATARINENSE DE DESENVOLVIMENTO. Desenvolvimento social — Saúde, 1971 — 1974. Fpolis. Imprensa Oficial do Estado, 1971.
20. SALLES, C. M. Projeto catarinense de desenvolvimento. **Mensagem a assembléia legislativa**. 1971. Imprensa Oficial do Estado 1971.
21. SUDESUL — **Informações sobre saúde na região sul do Brasil**. Pôrto Alegre. Mimeografado. 1970.
22. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enfermagem. **Funções dos enfermeiros em Florianópolis**. Mimieografado. 1970.
23. VIANNA, S. M. **Indicadores do nível de saúde aplicados no Distrito Federal**. 1967.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

* Izaura Lopes de Godoy

** Milma Lannes Duarte de Souza

INTRODUÇÃO

Constitui o presente trabalho uma simples contribuição ao Tema II do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

É nosso propósito resumir alguns aspectos da história da enfermagem no território fluminense, antes de tecermos considerações sobre o papel do enfermeiro na realidade estadual.

Nossas referências à enfermagem no Estado do Rio de Janeiro se reportam à fundação da Escola de Enfermagem que instituída por um Decreto-lei Estadual n.º 1 130, de 19 de abril de 1944, recebeu desde o início o patrocínio do então Departamento de Saúde. Além do Estado participaram do planejamento dando alguns recursos ou colaboração prática, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Faculdade Fluminense de Medicina.

Até a sua federalização e posterior integração na Universidade Federal Fluminense, a Escola atravessou períodos difíceis sobretudo devido aos poucos recursos financeiros de que dispunha, o que causou sérias dificuldades didáticas e administrativas, exigindo esforço sobre-humano de seus integrantes.

A fundação dessa Escola foi conseqüência da necessidade de prover os cargos de enfermeiros criados pela Administração Estadual, face ao grande incremento dos serviços de saúde, mormente no setor de saúde pública.

O Estado do Rio de Janeiro tornou-se desde logo um celeiro fértil no fornecimento de enfermeiros capazes de preencher os quadros do serviço público e os serviços particulares em pequena escala, propiciando ainda o fornecimento de enfermeiros para outros Estados. Cabe aqui esclarecer que o Estado da Guanabara foi sempre o maior beneficiário. O estado do Rio de Janeiro, muito perde porque o seu quadro funcional não cresceu convenientemente ou não correspondeu nunca às suas reais necessidades e destarte deixou

* Enfermeira Supervisora da FSESP no Est. do RJ.

** Enfermeira Supervisora da SSA do Est. do RJ.

de desfrutar os benefícios da utilização de profissionais em cuja formação investiu numerários.

Em 1950 foi criado na Escola de Enfermagem o curso de Auxiliar de Enfermagem, em decorrência da necessidade urgente de atender o Hospital Universitário Antônio Pedro, campo de estágio atual de toda área biomédica da Universidade Federal Fluminense.

Papel de destaque teve o enfermeiro na organização e posterior funcionamento nesse nosocômio, criado pela municipalidade de Niterói.

Os enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro foram sempre interessados nos problemas afetos à classe. Niterói, através de sua Seção da ABEn, foi a sede do X Congresso Brasileiro de Enfermagem.

I — ANÁLISE DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1. Saúde Pública

Atualmente o Estado do Rio de Janeiro está dividido em 63 municípios, que por sua vez se subdividem em 273 distritos.

A Secretaria de Saúde e Assistência é o órgão incumbido de realizar o planejamento, a orientação, a coordenação e o controle das atividades sanitárias e assistência médico-social em todo território estadual, bem como dirigir a execução de medidas de defesa e proteção de saúde pública.

O Departamento Médico Sanitário é o órgão ao qual compete o estudo, a organização e o controle executivo de todas as atividades médico sanitárias, através de seus vários Serviços. Subordinada a esse Departamento foi criada uma Coordenação de Enfermagem com as atribuições de:

- estudar e avaliar as necessidades de enfermagem nos diferentes setores de atividades (Hospitais, Centros de Saúde, etc.);
- manter atualizados, dados necessários ao planejamento, tais como: número, distribuição e preparo de pessoal e serviços em funcionamento ;
- ajudar os órgãos locais a melhorar seus serviços de enfermagem;
- participar no recrutamento e na seleção de pessoal;
- colaborar na elaboração de normas com referências a pessoal e promover adequadas condições de trabalho.

As Regiões Médico-Sanitárias, em número de oito (8), são constituídas de Centros de Saúde, Posto de Saúde, Sub-postos de Saúde e Unidades Médico-Sanitárias Itinerantes, tendo a competência de:

- orientar, supervisionar e controlar a execução dos trabalhos efetuados pelas Unidades Sanitárias de sua jurisdição nos termos da legislação em vigor;
- estudar as condições sanitárias das populações de sua área, promovendo medidas que visem corrigir ou melhorar malefícios constatados;
- conhecer as condições epidemiológicas dos centros demográficos de sua jurisdição;
- promover a intensificação e continuidade de imunização contra as doenças que possuem recursos imunizantes de valor comprovado;
- difundir a educação sanitária entre as populações visando a formação de satisfatória consciência sanitária;
- promover a melhoria das condições sanitárias no meio rural, combatendo as endemias existentes;
- intensificar os trabalhos de polícia sanitária entre as habitações e ambiente de trabalho;
- intensificar os trabalhos de fiscalização dos gêneros alimentícios;
- cooperar com as autoridades federais, estaduais e municipais em tudo que objetive o bem estar e a melhoria das condições sanitárias da área de sua jurisdição;
- manter permanente articulação com as organizações públicas e particulares interessadas na melhoria da assistência médico-sanitária das populações de sua jurisdição, prestando o incentivo e a colaboração que se fizerem necessários.

Para uma população do Estado, estimativa de 1969, de 4 677 802 habitantes dos quais 337 448 em Niterói e 4 340 354 no interior, existem para toda a área 62 enfermeiros, trabalhando em saúde pública. Dentre estes, 18 têm curso de pós-graduação em saúde pública, 25 têm atuação em Niterói e 37 no interior.

Além da capital, o Estado possui outros grandes núcleos de população urbana, entre eles o município de S. Gonçalo, no qual foi instalado em um Centro de Saúde o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal Fluminense. Nesse município

trabalham 6 enfermeiros de saúde pública além de 3 professoras, enfermeiras, do já mencionado Departamento.

Cabe salientar que o número de pessoas beneficiadas pelos serviços de Saúde Pública existentes em Niterói e nos grandes núcleos populacionais é bem maior que a população local, pois as Unidades aí instaladas atendem também a quantos vêm de áreas vizinhas que não dispõem de recursos de saúde pública.

Deve-se acrescentar, além disso, que há escassez de pessoal qualificado sobretudo o enfermeiro, pois de acordo com o critério adotado pela OMS deve-se ter — um enfermeiro de saúde pública para cada 50 000 habitantes e mais um enfermeiro de saúde pública para cada 10 000 habitantes adicionais. Do que se conclui que temos um déficit de 23 enfermeiros de saúde pública para Niterói e 433 para o interior do Estado.

O papel do enfermeiro fluminense, ainda sofre, como em certas regiões brasileiras o reflexo de uma organização obsoleta, onde saúde pública significa fiscalização sanitária.

Já falou Josephina Mello: “que uma boa soma de conhecimentos bem utilizados na educação sanitária do povo dentro das atividades de saúde pública é que poderá valorizar esse campo. Se não houver esforço nesse sentido, o enfermeiro continuará burocratizado, fazendo tudo menos a enfermagem; será enfermeiro de gabinete, escrevendo o tempo todo planos inexecutáveis que não atendem à realidade brasileira, e com a agravante de, pela aparência demonstrar que as funções de enfermagem de saúde pública são “folgadas”. Esperamos que mudem o aspecto das estruturas e funções das agências de saúde, e seja exigido do enfermeiro aquilo que ele pode realmente oferecer a coletividade”.

2. Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar no Estado como acontece nos demais Estados da Federação, está dividida em Assistência Hospitalar Geral e Assistência Hospitalar Especializada.

De acordo com a procedência dos recursos financeiros, encontramos: assistência hospitalar de caráter filantrópico; assistência hospitalar de caráter particular; assistência hospitalar de caráter previdenciário; assistência hospitalar de caráter governamental, feita nos seus três níveis: Federal, Estadual e Municipal.

Muitas são as distorções encontradas na assistência hospitalar e vários são os fatores que concorrem para que seu panorama seja bem diferente daquele que corresponde às necessidades da população.

Entre esses fatores podemos citar:

- 2.1 Dispersão ou má distribuição dos recursos, havendo na mesma localidade várias entidades prestando o mesmo tipo de assistência à mesma clientela.
- 2.2 Carência de pessoal técnico e pessoal não categorizado, tornando a assistência deficiente em quantidade e qualidade.
- 2.3 Falta de uma mentalidade bem formada da comunidade quanto aos problemas de saúde, só admitindo a assistência gratuita.

II — CONSIDERAÇÕES GERAIS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência hospitalar de caráter filantrópico vem declinando nos últimos anos em razão do alto custo operacional, observando-se mesmo uma subutilização da capacidade instalada. Esta decadência está intimamente ligada à escassez de recursos financeiros cuja base é a subvenção governamental, de vez que a mentalidade da comunidade a que o hospital serve, não aceita ainda a idéia de participação efetiva na parte econômica.

As organizações de assistência hospitalar de caráter privado que deveriam ter seu funcionamento garantido pelos próprios recursos, são na realidade, em sua maioria, apenas administrados por particulares pois as suas verbas são provenientes de convênios com INPS ou entidades de classe.

Na assistência hospitalar previdenciária, os beneficiários do INPS são assistidos em hospital do INPS ou em outras organizações hospitalares ou para-hospitalares, com as quais este instituto mantém convênio. Há na capital um hospital para cirurgia com capacidade para 80 leitos e um hospital geral no interior com apenas 20 leitos.

Observa-se muitas vezes que em algumas localidades do interior os beneficiários do INPS são atendidos como indigentes por não contar o Instituto com uma estrutura local, que permita convênios com as instituições existentes.

III — ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE CARÁTER GOVERNAMENTAL

1 — O Governo Federal dispõe nesse setor de um hospital de clínicas em Niterói, campo de estágio da área biomédica da Universidade Federal Fluminense, com capacidade de 500 leitos que é o Hospital Universitário Antônio Pedro. O pessoal de enfermagem desse nosocômio é constituído de 44 enfermeiros, 4 técnicos de enferma-

gem, 122 auxiliares de enfermagem e um pequeno número de atendentes treinadas em serviço.

No interior há apenas dois (2) hospitais: um (1) Sanatório Naval para tuberculose em Nova Friburgo e um (1) Hospital de Convalescentes do Exército em Itatiaia, município de Resende.

2 — No âmbito Estadual, no setor de doenças mentais, existem em Niterói um (1) Hospital de Psiquiatria com 400 leitos, um (1) nosocômio judiciário com capacidade de 200 leitos; no interior, duas colônias, sendo uma em Vargem Alegre, município de Barra do Pirai, com capacidade para 1 500 leitos e a outra no município do Carmo com capacidade de 400 leitos. Para esse número total de leitos de psiquiatria existem apenas quatro (4) enfermeiros na colônia de Vargem Alegre e nove (9) nos hospitais da capital.

Para o setor de tuberculose conta o Governo Estadual com três (3) hospitais, sendo dois (2) em Niterói com um total de 600 leitos e com apenas 13 enfermeiros, e outro na cidade de Campos com 150 leitos e três (3) enfermeiros.

Para pediatria há um hospital com 100 leitos em Niterói e um total de dez (10) enfermeiros.

3 — O Governo Municipal possui no interior seis (6) hospitais, sendo três (3) hospitais gerais nos municípios de Petrópolis, Nilópolis e São Gonçalo, respectivamente, um (1) hospital para tuberculose e outro de psiquiatria no município de Petrópolis e uma (1) maternidade no município do Carmo. Os dados referentes a existência de enfermeiros nesses nosocômios são desconhecidos.

IV — ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS DIVERSOS SERVIÇOS

1 — Saúde Pública — o enfermeiro de saúde pública além da responsabilidade de supervisão e treinamento do pessoal auxiliar faz o controle de doenças transmissíveis através de visita domiciliar e imunizações contra as doenças que possuem recursos imunizantes, procurando dar cobertura à população suscetível.

2 — Assistência Hospitalar — o número de enfermeiros para assistência hospitalar está muito aquém dos padrões mínimos exigidos e de acordo com as especialidades clínicas. Nos hospitais de caráter filantrópicos, a assistência está a cargo de religiosas, a maioria das quais sem a necessária formação profissional na enfermagem, como acontece nos municípios de Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Macaé e Valença em que o número de enfermei-

ros é quase sempre de um para cada hospital, muitas vezes de 100, 200 ou 300 leitos.

A recente norma do INPS, só celebrando convênios com entidades hospitalares que possuam enfermeiro na chefia do serviço de enfermagem é o primeiro passo para o progresso da profissão. É lamentável que muitas colegas não compreendam ainda suas responsabilidades como profissionais e dêem apenas seu nome a algumas dessas entidades, em troca de uma gratificação ínfima sem maior atenção ao trabalho que lhes competiria executar nessas Unidades.

Casos há de hospitais com apenas um enfermeiro na chefia dos serviços. Como a quantidade e a qualidade de pessoal auxiliar são inadequados, necessário seria um maior número de horas de trabalho para que se pudesse estabelecer um padrão técnico razoável. Entretanto o baixo salário pago nessas instituições leva o enfermeiro a dedicar apenas algumas horas do seu dia, para justificar a sua credenciação junto ao INPS, buscando outras fontes de renda mui-afastamento da capital.

Nos hospitais de caráter governamental a situação da enfermagem é idêntica, principalmente no interior em que não se conta com pessoal qualificado, e os salários oferecidos não compensam o afastamento da capital.

Com referência a leprologia, para os 500 leitos disponíveis conta-se apenas com dois (2) enfermeiros. A localização da colônia e o tipo de serviço não oferecem condições para atrair enfermeiros. O pessoal não categorizado que trabalha nessa colônia é em sua maioria constituído de egressos da própria colônia.

Entre as entidades privadas podemos destacar o Hospital da Cia. Siderúrgica Nacional de Volta Redonda, que tendo a capacidade de 203 leitos possui 39 enfermeiros e um número suficiente de auxiliares de enfermagem para cobrir as exigências e manter um ambiente material e psicologicamente favorável à cura e a recuperação dos pacientes.

Mediante convênio entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense e a Secretaria de Saúde e Assistência foi instalado nesse hospital um curso de auxiliares de enfermagem; embora formando uma turma no ano passado, não terá prosseguimento por ter findado a vigência do referido convênio, não obstante os resultados apresentados serem os mais otimistas.

3 — Ensino — os enfermeiros no setor do ensino da enfermagem em nível superior, já conseguiram um "status" digno e coerente não só quanto as responsabilidades pela função que desempenham,

como também pela conquista de conhecimentos à altura de um diploma de Faculdade. O corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, consciente de suas atribuições tem procurado fazer jus a essa situação preparando-se através de cursos de pós-graduação e especialização. Muitos enfermeiros já estão em busca de cursos de mestrados.

V — CONSIDERAÇÕES FINAIS

Julgamos que a deficiência numerica de elementos qualificados para exercerem a enfermagem no Estado do Rio de Janeiro é comparável a de muitos outros Estados. Daí contarmos com um grande número de atendentes nos serviços assistenciais, situação que talvez se mantenha por mais algum tempo, independentemente de gestões estaduais ou municipais, pois está afeta à política de mercado de trabalho do país.

Aos poucos enfermeiros existentes cabe a responsabilidade de: treinamento adequado em serviço e supervisão de pessoal auxiliar, além de cooperar com administração das instituições, nas possibilidades de encaminhamento para cursos de auxiliares de enfermagem de pessoas que apresentem condições de escolaridade razoável e adequada situação econômica pois é bastante reduzido o número de bolsas que o Estado oferece.

Concluindo, o enfermeiro no território fluminense representa um elemento valioso junto à equipe de saúde, mais valorizado ainda pela sua cooperação decisiva na implantação da política de saúde do País.

RESUMO

As autoras descrevem sumariamente o início da enfermagem no Estado, com a criação da então Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro; analisam as instituições de saúde dos setores público e privado; tecem considerações sobre o trabalho do enfermeiro nas instituições governamentais, enfocando a deficiência numérica especialmente no interior do Estado. Abordam o problema do enfermeiro que trabalha nas entidades privadas e a não eficiência desse trabalho, apresentam como causa: o baixo salário pago pelas entidades e o número reduzido de horas de trabalho.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

1. MELLO, Josephina de — "Saúde Pública e sua Integração nos Currículos das Escolas de Enfermagem". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 18 abril e junho de 1965.

2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO — Regulamento, Aprovado pelo Decreto n.º 5.323, de 27-04-1956 — D.O. de 08/05/1956.
3. FERNANDES, Cléa Alves de Figueiredo — História da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro — 1.ª edição 1964.
4. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO — Serviço de Estatística de Saúde — SSA do ERJ — Estimativa da População do Estado do Rio de Janeiro. 1969.

4. O PAPEL DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM FACE DA REALIDADE LOCAL E REGIONAL DA AMAZÔNIA

* Enf.^a JOSEPHINA DE MELLO

INTRODUÇÃO

Impõe-se antes de tudo uma visão dilúcida acerca do panorama geográfico e ecológico da Amazônia Brasileira a quem pretender delinear o papel da enfermeira nos serviços de saúde em face da realidade local e regional do Brasil. A Amazônia Brasileira, ou mais precisamente, em termos de coordenação e planejamento, a Amazônia Legal constitui um verdadeiro continente, de gigantescas proporções geográficas, que oferecem aspectos desconcertantes no que entende com sua estrutura fisiográfica, onde avultam as seculares e alucinantes florestas virgens; várzeas fertilíssimas, mas desprovidas dos mais elementares recursos da técnica moderna, e sujeitas a inundações de natureza cíclica; rios caudalosos que comandam a vida, pelo menos enquanto o milagre da TRANSAMAZÔNICA, coroa e cúpula, da rede rodoviária, não vier alterar o "modus vivendi" de quatro séculos de existência. Diante desse cenário luxuriante, de sintomas a um tempo edênicos e apocalípticos, que determinam as condições ecológicas do homem, nas suas relações psico-somáticas, impressiona o aspecto da rarefação demográfica, de populações de ínfimos padrões culturais, sobretudo no que se prende aos hábitos de higiene, distribuídas isoladamente entre distâncias incommensuráveis, sujeitas ao flagelo crucial de endemias esgotantes, que grassam ao império de infestações pertinazes, especialmente por

* Vice-Diretora e Professora de Administração e Ética da ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS. Provedora da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MANAUS.

veiculação hídrica. Só a floresta cobre 30% dessa área amazônica continental cuja extensão pede meças à cintura florestal da Taiga subártica, quase ininterrupta, ao longo do Norte da Eurásia e do Nôvo Mundo. No meio dessa plenitude florestal e potamográfica, o contraste chocante de um vazio demográfico, irrecusavelmente o maior do mundo.

A Amazônia Legal constitui uma das quatro regiões brasileiras em que se enquadram as coordenações e os planejamentos orientados pelo Ministério do Interior, que atua através da SUDAM, órgão que encarna a ação do Governo Federal na região. A Amazônia Legal, definida pela Lei n.º 1.086, no seu art. 2.º, abrange integralmente os Estados do Acre, Amazonas e Pará e os Territórios Federais do Amapá, Rondonia e Roraima, e parcialmente os Estados de Goiás, ao norte do paralelo de 13.º, do Maranhão, ao oeste do meridiano de 44.º e de Mato Grosso, ao norte do paralelo de 16.º. Essa área compreende cêrca de 5.000.000 de quilômetros quadrados, representando 59% do espaço geográfico brasileiro, com 8.000.000 de habitantes, aproximadamente, distribuídos em 331 cidades, principalmente nos municípios de Belém, Manaus, São Luiz, Santarém, Bacabal, Cuiabá, Pôrto Velho, Macapá, Rio Branco e Boa Vista. Fora dêsses centros, regista-se verdadeira rarefação demográfica, como ficou anteriormente mencionado (1).

A composição territorial da Amazônia, definida pela citada Lei n.º 1.086, comporta distribuição constante do anexo I (2).

Devo à SUDAM os dados estatísticos e elucidativos da região, necessários para a compreensão da área de ação que nos toca no momento, como enfermeiras locais. Baseada no Programa de Integração Nacional, pelo Governo da República, que compreende inclusive a rodovia TRANSAMAZÔNICA, que sulcará as leivas de leste a oeste, transpondo os tributários do rio Amazonas em sua margem direita, a SUDAM promove estudos preliminares, objetivando o levantamento das potencialidades inerentes ao plano da gigantesca estrada, para ulterior execução de um Plano Integrado de Desenvolvimento. Em caráter prioritário e urgente, procedeu a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia a um perfeito trabalho de planejamento, que possibilite, no futuro, a ocupação e exploração racionais das terras que margeiam a imensa rodovia, consideradas, evidentemente, áreas de influências (1).

Tal Plano assentará em quatro arrojados projetos: Projeto Tocantins, Projeto Xingu; Projeto Tapajós e Projeto Madeira. Na primeira fase, serão atingidos os seguintes objetivos:

- Localização, inventário e valorização dos recursos naturais existentes, abrangendo pesquisas gerais nos campos de cartografia, climatologia, geologia geral e de detalhe, edafologia, hidrologia, etc.

- determinação dos recursos humanos e estrutura social (etnografia, população ativa e emprego, família e **habitat**, trabalho, saúde, educação, alimentação, habitação, pobreza e formas patológicas da vida social e atitudes perante as possibilidades de mudança de vida);

- nível de utilização atual dos recursos nos diversos setores produtivos (agropecuária, caça e pesca, minérios, indústrias, serviços, etc.);

- diagnose das potencialidades futuras, consideradas as limitações decorrentes de fatores materiais, humanos, infra-estruturais, etc. (aproveitamento de recursos minerais, agrícolas, pecuários, florestais, atividades industriais, utilização de serviços, integração setorial e geográfica);

- diretrizes para fundamentar os estudos posteriores de viabilidade (seleção de áreas e de recursos para desenvolvimento prioritários).

Vemos, dessarte, que a política governamental, em face da grandeza da região, e sopesadas suas características geoeconômicas, gizou um programa específico, visando a coordenar a utilização dos recursos para a obtenção de níveis de desenvolvimento que correspondam as metas globais já definidas. Está preconizada, demais disso, a continuação dos incentivos fiscais para o melhor condicionamento dos investimentos e alcance de um equilibrado processo desenvolvimentista. Estão asseguradas medidas de apoio aos sistemas regionais mediante a implantação de uma infra-estrutura, diretamente a cargo da administração federal, com o escopo de se criarem suportes operativos nos setores da Energia, dos Transportes, das Pesquisas, da Educação, Habitação e Saúde.

Não podemos omitir a missão da Zona Franca de Manaus, reestruturada no estatuto da SUFRAMA, cuja finalidade vem caracterizada no art. 1.º do Decreto-lei n.º 288, de 28 de fevereiro de 1967, que assim reza:

“Art. 1.º — A Zona Franca de Manaus é uma área de livre comércio de importação e exportação e de incentivos fiscais especiais, estabelecida com a finalidade de criar no interior da Amazônia um centro industrial, comercial e agropecuário dotado de condições econômicas que permitam seu desenvolvimento, em face dos fatores locais e da grande distância a que se encontram, os centros consumidores de seus produtos”.

A SUFRAMA vem acelerando as obras do distrito industrial de Manaus numa extensa área desapropriada pelo Decreto Federal n.º 63.105, de 15 de agosto de 1968, e parte doada pelo Estado. Destina-se essa superfície à instalação de um grande parque industrial, composto pelos investidores, concretização que vai representar um marco irreversível na vida de Manaus, indicador de progresso e modificador da fisionomia urbana da metrópole amazonense, com os esperados reflexos positivos em toda a área estadual.

Com as harmoniosas atividades da SUDAM e da SUFRAMA, dispõe a Amazônia dos elementos necessários e imprescindíveis que a levarão, no plano da política desenvolvimentista do Governo Federal, a integrar-se definitiva e irreversivelmente ao contexto nacional. Esse desenvolvimento econômico da região, no entanto, está ainda a exigir a participação afetiva e efetiva de todo um conjunto harmonioso de forças vivas e vitais, organismos governamentais e municipais, empresas e entidades privadas e até de cidadãos particulares, que a todos a Nação conclama, numa clarinada de redenção e de brasilidade para a plena integração deste colosso brasileiro, no qual as pupilas geniais de Humboldt anteviu uma futura e grandiosa Canaã ou Terra da Promissão!

ASPECTOS SANITÁRIOS NO ESTADO DO AMAZONAS

Bem sabeis que o panorama médico-sanitário do Amazonas não é animador, sobretudo se lançarmos as vistas para o interior do Estado. Estatísticas e mapas levantados pela Fundação SESP revelam resultados desalentadores. São ínfimos os padrões de saúde, elevadas as taxas de morbi-letalidade e altas as incidências de casos de doenças transmissíveis, denunciando condições insatisfatórias. Vale ressaltar, felizmente, que nas áreas urbanas dos principais municípios, beneficiados pela ação saneadora da Fundação SESP, os coeficientes de mortalidade geral e infantil, por mil habitantes, acusam um decréscimo de 1960 para 1968 conforme documenta o Anexo II. As estatísticas revelam, entretanto, no que tange a casos de doenças transmissíveis, que houve elevada incidência de tuberculose, sarampo, coqueluche e hepatite infecciosa. A malária e a lepra ainda continuam a apresentar alta participação, representando a primeira, no período de 1964-1969, uma média 67,5% de casos positivados. (Anexo I, II e III).

Correlacionando-se, no citado período, o número de óbitos e de caso de incidências dessas enfermidades, fácil seria concluir que doenças endêmicas rurais e transmissíveis determinaram a **causa-mortis**, em sua maioria, desses óbitos registrados.

O PLANO DO GOVÊRNO DO ESTADO atribui as precárias condições de saúde da população do interior, entre outras, as seguintes causas:

- a) baixo nível de vida da população;
- b) falta de assistência médico-sanitária, na grande maioria das sedes municipais e em tôda a área rural;
- c) insalubridade do meio ambiente (3)

O mesmo PLANO nos supedita o seguinte quadro elucidativo das condições sanitárias do Amazonas:

“A falta de uma orientação uniforme, que se apoie numa visão global da problemática da área é, sem dúvida, outro fator determinante da situação em que se encontram as atividades de saúde no Estado.

“Por outro lado, as eventuais tentativas de integração de programas não lograram o êxito esperado, em virtude de se comportarem os órgãos responsáveis pelas atividades de saúde, no Estado, dentro de um tradicionalismo rígido.

“Vale salientar que existe, nas instituições de saúde, uma consciência da necessidade de se estabelecerem programas equilibrados de saúde pública, visando a obter a maior rentabilidade dos recursos empregados, em termos de rendimento social e tendo em vista o rendimento sócio-econômico da comunidade.

“Existem no Estado, atualmente, cerca de 35 estabelecimentos hospitalares, com uma capacidade de 3.396 leitos. Dêsses totais, a cidade de Manaus conta, aproximadamente, com 75% dos estabelecimentos e 91% dos leitos ficando o interior quase de todo desassistido de serviços médico-hospitalares.

“O poder público sustenta a totalidade dos leitos destinados às doenças de longa cura (lepra, tuberculose e mentais), mantendo o Estado 74% dêles. O número de leitos por mil habitantes é da ordem de 3,6 na capital e de 0,4 no interior, com a média, para todo o Estado, de 1,3 (computados somente os leitos para doença de cura rápida). A capacidade existente para o atendimento às doenças de curta duração é bastante reduzida mesmo em Manaus, pois do total geral de leitos (3,396), 2.095 (62%) são destinados a doenças de permanência hospitalar. As implicações que êsse fato pode trazer, em termos de atendimento à população, expressam-se na má qualidade dos serviços prestados para os enfermos de doenças em geral, principalmente para a camada de população de baixa renda, mesmo na capital onde existe a grande maioria dos leitos hospitalares.

"Há no Estado, 187 facultativos, dos quais 167 na capital. O número de médicos por 10.000 habitantes é de 6, em Manáus, e de 0,3 no interior do Estado, dando uma média para todo o Amazonas de 1,8. No que se refere a outras categorias profissionais ligadas às atividades de saúde, o quadro não se apresenta satisfatório para o atendimento das necessidades dos serviços da capital, e no interior é reduzidíssimo, havendo somente 20 médicos, 3 enfermeiras e 3 técnicos em laboratório". (3)

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — SECÇÃO DO AMAZONAS

A Associação Brasileira de Enfermagem — Secção do Amazonas levou a cabo um recente levantamento, que apresenta uma visão panorâmica quanto aos recursos de enfermagem no Estado do Amazonas. (Anexo IV)

É força que tenhais uma visão segura de todos os aspectos de nossas condições sanitárias, adiante transcritas e reproduzidas, melhor alcançando, dessarte, a complexidade de nossa missão neste meio tão diferente de outras áreas brasileiras:

"das doenças de maior prevalência, na região amazônica, destacam-se desde logo, pelas próprias condições do meio físico, as de veiculação hídrica, para cuja eliminação não basta a assistência de higiene, principalmente no que se refere a abastecimento d'água e esgoto, que propicia o ciclo das recidivas reinfecções e reinfestações.

"Apenas 95 sedes municipais, na Amazônia, possuem algum sistema de abastecimento de água e à exceção de algumas capitais e cidades mais importantes, a água dêsse sistema geralmente provém do sub-solo, através de poços dos tipos "Amazonas" e 'Tubular'.

"Somente as capitais têm podido dispor de recursos para projeto e execução parcial de redes de esgotos sanitários, somente nas cidades onde a Fundação SESP desenvolve atividades médico-sanitárias (em 106 municípios na Amazônia Legal), foram executados programas de construção de privadas higiênicas, cujos resultados, entretanto, têm sido precários, pela falta de recursos.

"Os recursos para as obras de abastecimento d'água e esgotos nas capitais têm estado aquém das necessidades, e os projetos atuais, em muitos casos, já se tornaram inadequados em relação ao crescimento da população.

"A administração dos sistemas públicos de abastecimento d'água ressoa da falta de recursos e de personalidade jurídica adequa-

da, havendo deficiência de ligações mesmo para aproveitamento da capacidade já instalada.

“Os órgãos federais de saúde e saneamento que atuam na área, em especial a Fundação SESP, o DNOS, o DNERu, a CEM e os demais institutos de previdência, têm lutado contra a falta de recursos e de pessoal para a ampliação dos serviços valiosos que vêm prestando à área, sendo os seus planos afetados, frequentemente, pelos regimes de contenção orçamentária e pela baixa prioridade dada à Amazônia, nos planos nacionais desses órgãos.

“Os recursos de que dispõem os órgãos estaduais de saúde têm sido insuficientes para atender às inversões relativas a obras de saneamento, mas o acesso a fontes externas poderá ser facilitado pelo preparo de planos estaduais de saúde e saneamento, nos moldes do que fez o Estado do Pará.

“A ampliação da assistência médica sem melhoria das condições de higiene não resolverá os problemas sanitários da Amazônia, de maneira que os recursos disponíveis deverão ser concentrados, de preferência, em obras de saneamento, urbano e rural, deixando o crescimento da assistência médica recair, em maior proporção, sobre o setor privado” (4).

Sabe-se que o grau de prevalência das doenças epidêmicas, endêmicas ou contagiosas, é o grande índice de saúde pública. Quando essa prevalência é relativamente baixa, as condições sanitárias são favoráveis. Quando alta, desfavoráveis. Se, consideradas em conjunto, essas doenças declinam, conclui-se que o estado geral de saúde da população está melhorando. (5)

O PAPEL DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA EM FACE DA REALIDADE LOCAL

Embora não desconhecendo o possível enfastiamento ou a possível aridez que as estatísticas quase sempre provocam, não conseguimos nem pudemos evitar de fazer tais citações, mormente num simpósio desta envergadura, quando se impõe a visão panorâmica dos estudos e temas apreciados e debatidos. Tivemos em mente, apresentando o quadro das condições sanitárias da região, enfocar de algum modo a complexidade de situação com que se vê a braços uma enfermeira no Amazonas. Isso nos serviu de um preâmbulo esclarecedor para situarmos a missão que a ESCOLA DE ENFERMAGEM de Manaus vem executando. Como as demais Escolas suas congêneres, compreendendo a necessidade de preparar profissionais mais capazes de assumir responsabilidades nas várias e múltiplas tarefas de Enfermagem, seja na promoção de saúde, seja na preven-

ção de doenças, seja ainda na prestação de assistência aos enfermos, nossa Escola vem dirigindo a futura enfermeira para as seguintes funções, que reputamos da maior transcendência: a) **funções técnicas**, compreendendo as atividades específicas de Enfermagem e atividades médicas delegadas; b) **funções de coordenação**; c) **funções de ensino e supervisão**; d) **funções de planejamento e assessorias**; e) **funções como agente de mudança**. (6)

A ESCOLA DE ENFERMAGEM de Manaus tem um grande campo de aplicação e tirocínio no hospital da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, onde influencia e apura a qualidade de serviços de enfermagem, a tal ponto que os demais hospitais e casas de saúde já se miram em nossos processos, imitando nossa estrutura de enfermagem, até porque a assistência de Enfermagem-Padrão já constitui uma exigência dos novos tempos, circunstância já de pleno compreendida pela comunidade. Modificaram-se os tempos. Ruíram estruturas arcaicas, que enquadravam as enfermeiras dentro das paredes de um hospital, sem nenhum acesso ao planejamento, à assessoria e à administração central. Com o nível universitário, a enfermeira galgou posições mais nobres e mais compatíveis com sua sublime missão, e é com real júbilo que positivamente, da parte do Governo do Estado, nas determinações concernentes à reforma administrativa no setor de saúde pública, a inclusão da enfermagem hospitalar e de saúde pública, como atividades básicas do Sistema Estadual de Saúde. De acordo com as diretrizes da Reforma Administrativa, a Secretaria de Saúde passará a operar dois sistemas: sistema administrativo e sistema estadual de saúde pública, constituído este último de um conjunto integrado, inter-relacionado e controlador de todas as atividades que objetivam a normalização de procedimento e sua execução nas áreas de saúde comunitária e assistência hospitalar que competem ao Estado. As perspectivas, como se vê, se ampliaram consideravelmente. O sistema estadual de saúde terá sob sua responsabilidade, como atividades básicas, as tarefas de saneamento de meio, imunização, controle de doenças transmissíveis, educação sanitária, químico-profilaxia, higiene materno-infantil, higiene escolar, higiene do adulto, assistência médico-hospitalar, epidemiologia e estatística, enfermagem hospitalar e de saúde pública, odontologia sanitária, nutrição, visita domiciliar e análises de laboratório. Bem dissemos que ruíram estruturas sedícias, cujo ranço conflitava com o avanço sempre crescente da medicina e da enfermagem. A Secretaria de Saúde envereda, agora, por trilhas novas e iluminadas, abrindo uma rútila e nova fase de atividades sanitárias (7).

As perspectivas são encorajadoras para nossa alta profissão, embora reconheçamos que isso acarrete para nós um peso maior de responsabilidades, que aceitamos com alegria pelo bem da Pátria e felicidade de nossos irmãos. Dessa estrutura organizacional, reservam-se para a enfermeira funções importantes de assessoria e supervisão. O papel da enfermeira nos serviços de saúde em face da realidade local ou regional, terá que se entrosar de pleno no quadro geral das necessidades da hora presente e das imposições ecológicas, acompanhando “*pari-passu*” o desenvolvimento sócio-econômico, que cada vez mais dispara nesta hora febricitante da era atômica e espacial. Complexo sobremaneira é o momento que vivemos. Nossas Escolas de Enfermagem não podem ficar indiferentes, mas hão de preparar a futura enfermeira com um cabedal de cultura científica, técnica, ambiental ou ecológica, econômica e social à altura desse conspecto grandioso e surpreendente que reclama desafios e repele improvisações. A enfermeira deve capacitar-se dessa premente realidade, armar-se de conhecimentos sólidos e de virtudes humanas invulgares, para resoluta e incisiva, enfrentar o exercício de sua sublime missão, munindo-se de soluções clarividentes para problemas sombrios que o meio ambiente lhe impuser. Bem sabemos que tudo isso, traduzido na prática, impõe renúncias e sacrifícios. Ela há de enfrentar, inclusive, o despeito dos invejosos, dos que não suportam um brilho que incomoda; a competição com outros profissionais desprovidos dos menores e ínfimos elementos de ética profissional. Pouco importa. Sem lutas não há vitórias. Armada de competência, de ideal e de entranhado amor à profissão, ela não vacilará, e em face das dificuldades, não usará jamais a linguagem triste dos pessimistas, ao contemplarem uma rosa com espinhos. Estes dizem — “Até as rosas têm espinhos!” A enfermeira formará ao lado dos otimistas, e com um sorriso dirá confiante, em face das dificuldades da profissão: “Até os espinhos Deus coroou de rosas!...” Isso será, na verdade, a plena integração e coroa de nossa vida profissional!

R E S U M O

A autora procurou apresentar sem sofismas, mas com a clareza irrefutável das estatísticas e dos relatórios, o verdadeiro panorama sanitário da região amazônica, com seus problemas típicos e a minúscula de seus recursos, baseando-se em dados oficiais de órgãos do governo, e em pesquisas levadas a efeito pela Associação Brasileira de enfermagem — Seção do Amazonas, daí concluindo qual o verdadeiro papel de Enfermeira em face dessa realidade local ou regio-

nal. Aludiu ao progresso da ciência da enfermagem, que alargou os domínios da atuação da enfermeira, aumentando-lhe ao mesmo tempo a raia de suas responsabilidades, para cujo desempenho só estará preparada mediante uma formação cultural opulenta nas várias disciplinas que integram o currículo de estudos do curso de Enfermagem. Apontou para as dificuldades que a enfermeira encontrará, quando diplomada, ingressar no campo complexo de suas atividades profissionais. Elogiou a reforma administrativa do Estado do Amazonas no plano de Saúde Pública. Concluiu por incentivar as futuras enfermeiras, indicando-lhes, ao lado da competência profissional, o recurso às grandes virtudes humanas de renúncia, sacrifício, coragem e otimismo, para ficarem à altura das responsabilidades que as esperam nos entreveros profissionais de sua carreira sublime.

ANEXO I

Composição Territorial da Amazônia

Unidades	Áreas (km ²)	População (h/70)
Amazonas	1.586.473	903.640
Pará	1.229.983	2.093.762
Mato Grosso	861.535	491.541
Goiás	304.610	528.000
Maranhão	285.747	2.691.502
Acre	242.983	95.557
Rondônia	152.583	226.280
Amapá	137.303	93.589
Roraima	230.660	39.810
Total	5.031.883	8.143.681

FONTE: Confederação Nacional do Comércio
Carta Mensal — Abril 1971 — Rio de Janeiro — GB

ANEXO II

Coeficiente de Mortalidade Geral e Infantil, em Cidades trabalhadas pela Fundação SESP, no Amazonas, em 1970

Cidades	Mortalidade Geral (Coef. P/1.000 N.V.)	Mortalidade Infantil (Coef. P/1 000 HAB)
Coari	11,9	113,8
Itacoatiara	9,3	41,8
Maues	8,4	75,4
Manacapuru	8,4	70,8
Parintins	8,9	65,1
Coef. Médio	9,5	66,2

FONTE: Fundação SESP

End.: Diretoria Regional do Amazonas

Av. Joaquim Nabuco, 1755 — Manaus — Amazonas

ANEXO III

Casos de doenças transmissíveis confirmados na zona urbana de 5 cidades do interior do Amazonas, trabalhadas pela Fundação SESP, em 1970 — População das cidades 50.503 habitantes

Doenças	Coeficiente P/10.000 hab.
Coqueluche	2,7
Febre Tifoide ou Paratifoide	1,1
Hepatite infecciosa ou p/sôro homólogo	5,9
Infeccção puerperal	0,3
Leishmaniose cutânea ou visceral	0,19
Lepra	2,1
Malária	23,1
Meningite Meningocócica	0,19
Oftalmia do recém-nascido	0,19
Sarampo	148,5
Sífilis	14,6
Tétano	1,3
Tracoma	0,5
Tuberculose	12,0

FONTE: Fundação SESP

Diretoria Regional do Amazonas

Av. Joaquim Nabuco, 1755 — Manaus

ANEXO IV

RECURSOS DE ENFERMAGEM NO AMAZONAS

1. Profissionais existentes no Estado:

Categoria Profissional	Capital	Interior	Total
Enfermeiros	87	20	107
Auxiliar de Enfermagem	93	15	108
Totais	180	35	215

OBS.: Não há técnico de Enfermagem no Estado.

2. Número de Profissionais que trabalham em:

Hospitais	Categoria Profissional	Enfermeiro	Auxiliar de Enferm.	Total
Hospitais Gerais		28	49	77
Tuberculose		9	7	16
Lepra		—	—	—
Psiquiátrico		3	—	3
Maternidade		6	10	16
Saúde Pública		5	—	5
Diversos		46	41	87
Não exercem a profissão		10	1	11
Totais		107	108	215

3. Salário:

Categoria Profissional	Salário		Salário
	Mínimo	Máximo	Médio
Enfermeiros	Cr\$ 600,00	Cr\$ 1.080,00	Cr\$ 840,00
Auxiliares de Enferm.	Cr\$ 153,00	Cr\$ 600,00	Cr\$ 376,50

FONTE: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção do Amazonas
Rua Terezina, 495 — Manaus — Amazonas

B I B L I O G R A F I A

1. SUDAM — 4.º Ano — novembro de 1970.
2. Chaves, Omar Emir — Carta Mensal — Abril 1971.
Ano XVI — n.º 193 — Conselho Técnico de Confederação Nacional do Comércio.
3. Plano de Governo do Estado do Amazonas — Diagnóstico — Estratégia e Proposta de Programas 1971 — 1974 — Volume II.
4. 1.º Plano Quinquenal de Desenvolvimento 1967 — 1971 — SUDAM — Belém — Pará.
5. Shaltuch, Lemel — Wilson G. Smillie — Medicina Preventiva e Saúde Pública.
6. Mello, Josephina de — Integração do Recém-Graduado na vida Profissional — Tese apresentada no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, 1970.
7. Jornal "A Notícia" n.º 690 — Manaus 10 de julho de 1971.

Tema Livre

1. ESTUDO SÔBRE O PROBLEMA DA LOTAÇÃO DE PESSOAL DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO *

** Elvira De Felice Souza
*** Cilei Chaves Rhodus
*** Vilma de Carvalho
*** Lygia Paim
*** Denise Mendes dos Santos
*** Izabel da Cunha Dantas
**** Nelly Rodó

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, resultado de tentativa de solução do problema de lotação de docentes na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, visa atender as necessidades de quantificação e qualificação do professorado na Área da Saúde. Para isto foi adotado um método mais racional e objetivo, evitando o personalismo e subjetivismo, que vem preocupando a própria Universidade.

O método em questão inclui como instrumento principal uma fórmula (1) estudada por docentes da Área de Ciências da Saúde, em Laboratório de Trabalho e que teve sua aplicação recomendada em Seminário patrocinado pela OPAS/OMS, realizado recentemente em Washington.

(1) A FÓRMULA utilizada neste trabalho foi idealizado pelo Prof. José Roberto Araújo Ferreira, Ex-Vice-Reitor da Universidade de Brasília e fornecida aos autores pelo Dr. Agnelo B. Collet da UFRJ.
* Trabalho apresentado como subsídio ao CCM. — UFRJ.
** Diretora da Escola de Enfermagem — UFRJ.
*** Chefes dos Departamentos de Enfermagem da E.E. da UFRJ.
**** Consultora — OPAS/OMS.

Ainda que se desconheça experiências anteriores, na utilização da fórmula em questão, a Escola de Enfermagem, após análise de outras comumente usadas, decidiu aplicá-la por parecer aquela que permite maior flexibilidade de elementos, face às necessidades do Ensino na Área da Saúde.

Entretanto, faz-se mister acrescentar aqui, que, a oportunidade para a realização deste trabalho, surgiu pelo simples fato de que o Grupo de Trabalho designado pelo Decano do Centro de Ciências Médicas para estudar o problema da lotação de Pessoal Docente, houve por bem, após análise do primeiro subsídio apresentado pela Escola de Enfermagem, delegar a esta, a incumbência de ampliá-lo, tornando-o mais explícito para os estudos posteriores que seriam desenvolvidos, sobre o mesmo assunto, pelo Conselho de Coordenação do Centro de Ciências Médicas-UFRJ. Para isto, foi constituído um Grupo de Trabalho, representado pelas Chefes de Departamentos e presidido pela Diretora da Escola. Este grupo, contou ainda, com a participação da Consultora de Educação em Enfermagem da OPAS/OMS.

MÉTODO DE TRABALHO

Para maior clareza e uniformidade de pensamento, na aplicação da fórmula, no desenvolvimento do trabalho e na interpretação de resultados, decidiu-se inicialmente definir os termos habitualmente usados na Área de Ensino, entre eles, os que designam as categorias docentes, para o que foi feita uma análise de funções (anexo I).

DEFINIÇÃO DE TERMOS

UNIDADE	—	é o órgão de execução de Ensino e Pesquisa que, dentro da estrutura universitária, é responsável por uma determinada formação profissional.
DEPARTAMENTO	—	é a sub-unidade didática e de pesquisa, constituindo-se de pessoal e material relativos à reunião coerente de disciplinas em um campo bem definido de conhecimentos.
SETOR DE CONHECIMENTO	—	é um conjunto de materiais afins.
MATÉRIA/ENSINO	—	é um assunto definido que pode constituir-se de disciplinas dos cursos de graduação e para graduados, ou consistir em um campo de pesquisa.

MATÉRIA/PES- QUISA	—	é um assunto definido em termos de investigação científica e constituir-se-á em matéria adicional, quando desvinculada, diretamente, das atividades de Ensino.
DISCIPLINA	—	é a menor fração da estrutura departamental e representa um conjunto de atividades didáticas que, como objeto de ensino e pesquisa, visam um determinado campo de conhecimento.
CLASSE	—	é o número total de alunos inscritos, por disciplina, em cada período letivo.
GRANDE GRUPO	—	é a maior sub-divisão de uma classe, visando atender ao ensino teórico de maneira racional, para o que se estabelece o máximo de até 50 alunos.
PEQUENO GRUPO	—	é a menor sub-divisão de uma classe, visando atender ao ensino teórico-prático em Laboratório e em Campo Clínico, observando-se a metodologia específica em cada caso, a natureza do conhecimento que a disciplina envolve, e as prioridades determinadas pela maior participação do aluno no processo de aprendizagem.
DEDICAÇÃO SEMA- NAL DE HORAS EN- SINO/PROFESSOR	—	é o número correspondente a média aritmética das cargas-horárias-professor, nos regimes de trabalho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, de acôrdo com o percentual para Ensino, por categoria docente, estabelecido neste trabalho (Anexo II).
NÚMERO DE SEMA- NAS DE ENSINO POR ANO	—	é o total de semanas dos períodos letivos, de acôrdo com o Calendário Universitário.
DOCENTE/ENSINO SUPERIOR	—	é o professor que, no sistema educacional, desenvolve as atividades de Ensino, de Pesquisa e de Administração, em diferentes proporções, de acôrdo com a categoria que ocupa no Corpo Docente da Universidade.

PROFESSOR TITULAR

- é o docente que, na estrutura administrativa e didática-científica do Departamento, ocupa a mais alta posição hierárquica, cabendo-lhe portanto a responsabilidade maior de dirigir o Ensino e a Pesquisa, devendo manter a distribuição de seu tempo, sempre que possível, nas seguintes proporções (Anexo II):

Administração	50%
Ensino	20%
Pesquisa	20%
Outros	10%

PROFESSOR ADJUNTO

- é o docente que, na estrutura administrativa e didática-científica do Departamento, ocupa a segunda posição hierárquica, co-participa das funções administrativas, dedicando maior parte de seu tempo ao desenvolvimento dos programas de Ensino e Pesquisa, devendo manter, sempre que possível, as seguintes proporções (Anexo II):

Ensino	35%
Administração	30%
Pesquisa	25%
Outros	10%

PROFESSOR ASSISTENTE

- é o docente que, na estrutura administrativa e didática-científica do Departamento, ocupa a terceira posição hierárquica, dedicando maior parte de seu tempo ao Ensino a nível de Graduação e à Pesquisa, e menor parcela a atividades administrativas relacionadas com elaboração e desenvolvimento de currículo. Para isso, distribuindo o seu tempo, guardando sempre que possível, as seguintes proporções (Anexo II):

Ensino	50%
Pesquisa	30%
Administração	10%
Outros	10%

AUXILIAR DE ENSINO

- é o docente que, na estrutura Departamental tem sua posição definida em termos de aspiração ao Magistério Superior, desempenhando, por isso, funções de Ensino e Pesquisa em caráter auxiliar, probatório, sob a orientação de um professor de qualquer das três categorias anteriormente definidas. Tendo em vista seu auto-desenvolvimento, suas atividades devem ser distribuídas, sempre que possível, nas seguintes proporções (Anexo II):

Ensino	50%
Pesquisa	25%
Outros	15%
Administração	10%

COORDENAÇÃO

- é uma função administrativa, desenvolvida ordenadamente e de comum acordo, entre componentes de uma mesma administração ou de administrações diferentes.

COORDENAÇÃO EXTERNA

- é qualquer atividade de coordenação exercida fora do âmbito da Universidade.

COORDENAÇÃO INTERNA

- Interdepartamental** — é qualquer atividade de coordenação exercida dentro do âmbito da Universidade, entre Departamentos da mesma Unidade ou de Unidades diferentes.

- Intradepartamental** — é qualquer atividade de coordenação exercida dentro do âmbito de um mesmo Departamento.

FATORES QUE INFLUENCIAM A PROVISÃO DE PESSOAL DOCENTE

Para prover as necessidades quantitativa e qualitativa de pessoal docente nas diversas Unidades do Centro de Ciências Médicas, deve-se considerar a natureza do conhecimento envolvido no Ensino específico de cada Unidade, o qual é, sobretudo, influenciado por fatores caracteristicamente diversos, destacando-se, dentre eles, os seguintes:

1. NÚMERO DE DISCIPLINAS QUE CONSTITUEM OS DEPARTAMENTOS
2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO ENSINO EM CADA DISCIPLINA:
 - complexidade das experiências de aprendizagem em cada disciplina;
 - diversificação das tarefas de ensino e aprendizagem necessárias à execução dos programas de cada disciplina;
 - diferentes graus de supervisão de alunos em atividades clínicas;
 - diversificação dos Campos Clínicos face às atividades programáticas de cada disciplina;
 - diferentes graus de concentração de alunos nas áreas físicas de um mesmo Campo Clínico.
3. FREQUÊNCIA DA OFERTA DE CURSOS POR DISCIPLINA EM RAZÃO DO NÚMERO DE MATRÍCULAS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, PARA CADA UNIDADE.
4. DIFERENCIAÇÃO DOS NÍVEIS DE CURSOS MINISTRADOS POR DISCIPLINA.

CRITÉRIOS

1. O número de Professores Titulares em cada Departamento deverá ser igual ao número de matérias que o integram.
2. O número de Professores Adjuntos deverá corresponder ao número de disciplinas de cada Departamento, acrescido de mais um ou até mais dois, quando a disciplina for minis-

trada também na Área de Graduados, dependendo da diversidade de níveis nesta mesma Área.

3. O número de Professores Assistentes deverá corresponder ao número de Disciplinas do Departamento, guardada a proporção de, no mínimo, dois para cada grande grupo (até 50 alunos), sendo acrescido de mais um, sempre que ultrapasse de 30% a quantidade máxima estabelecida para um grande grupo.
4. O número de Auxiliares de Ensino deverá corresponder ao número de pequenos grupos (até 15 alunos), acrescido de até três, no máximo, dependendo de vários fatores, tais como complexidade do ensino de cada Disciplina, diversificação de Campos Clínicos e natureza da própria Disciplina, quer seja a mesma de tipo experimental ou de Pesquisa.

MODELO

Para concretização deste trabalho utilizou-se como modelo a Escola de Enfermagem que, por ser uma das Unidades do Centro de Ciências Médicas, possui, junto às demais, aspectos comuns relativos aos fins e à natureza do conhecimento — assistência ao indivíduo e à comunidade em termos de preservação, promoção e recuperação da Saúde. Além disto, as peculiaridades de Ensino e as condições em que este se realiza, são praticamente as mesmas.

Para facilitar a interpretação, o modelo foi desenvolvido em 3 etapas:

- 1.^a ETAPA — Correspondente aos elementos considerados imprescindíveis para a aplicação da fórmula empregada na quantificação do pessoal docente e em função dos critérios adotados para a distribuição entre as diversas categorias. Em resumo, esses componentes são os seguintes:

- número de Departamento p/Unidade;
- número de Disciplinas por Departamento;
- diferentes Áreas de Ensino (níveis) por Disciplina ;
- natureza do Ensino da Disciplina;
- grau de complexidade do Ensino por Disciplina;
- relação Professor-Aluno por Grupos;
- carga horária total da Disciplina por Período letivo.

2.^a ETAPA — Correspondente a apresentação da fórmula e interpretação de seus elementos.

$$NP = \frac{hg \cdot na + h \cdot ng}{h \cdot P/s \times n \cdot s/a} \cdot G$$

- NP = número de professores
 hg = horas de ensino em pequeno grupo
 hG = horas de ensino em grandes grupos
 na = número total de alunos por classe (n.º de vagas)
 ng = número de aluno em cada pequeno grupo
 hP/s = horas semanais de dedicação ao Ensino professor (Quadro I)
 ns/a = número de semanas letivas por ano.

3.^a. ETAPA — Correspondente aos resultados obtidos mediante a aplicação da fórmula para cada um dos Departamentos (QUADRO II, III IV, V e VI).

RESULTADOS

Após a aplicação da fórmula e adoção dos critérios estabelecidos para este trabalho, obteve-se um resultado numérico correspondente à necessidade de docentes por Disciplina e por Departamento, em termos de QUANTIFICAÇÃO, com a respectiva distribuição por categorias. (ANEXO III e IV)

CONCLUSÕES

Diante do exposto, concluímos que o problema da lotação de docentes, para as Unidades do Centro de Ciências Médicas, não se resume, em encontrar soluções que permitam resultados quantitativos em razão do número de alunos. Mas, sim, e principalmente, buscar meios que assegurem uma distribuição racional das categorias docentes, de modo a garantir o alcance dos objetivos específicos do Ensino em cada Unidade, compatíveis com os fins da Educação Superior.

Concluímos, também, que foi necessária a formulação de critérios que serviram para determinar uma distribuição equitativa de tempo útil que cada docente, dentro da sua própria categoria, deve

dedicar ao Ensino e à Pesquisa, visando assegurar, entre outros propósitos, o contínuo desenvolvimento de cada docente e da Universidade.

E, finalmente, concluímos que a eleição de uma fórmula como instrumento de cálculo, nos forneceu elementos representativos de condições e fatores que afetam a qualidade do Ensino, exigindo uma análise mais acurada desses mesmos elementos para a determinação do pessoal docente.

Outrossim, vale a pena acrescentar que a adoção dessa fórmula pode facilitar, em cada Unidade, o cálculo de pessoal docente em termos de flexibilidade, por conter os elementos que podem adaptar-se às necessidades próprias de cada situação particular.

SUGESTÃO

Considerando não haver experiência anterior quanto ao emprego deste método, sugerimos que a aplicação do mesmo, seja simultaneamente acompanhada de avaliações periódicas com vistas a comprovar a validade dos resultados obtidos em função do alcance dos objetivos educacionais da Universidade.

Q U A D R O I

COMO FOI ENCONTRADO O ELEMENTO h P/s

h P/s = hora dedicação ensino prof./ semanal					
a) De acôrdo com os percentuais atribuidos neste trabalho a cada categoria docente, foi verificada a média dos regimes de trabalho de 40, 24 e 12 horas das 4 categorias, como segue:					
	Titular 40%	— Adjunto 60%	— Assistente 80%	— Aux. de Ensino 85%	
Para 40 horas	(40 x 40)	+	(40 x 60)	+	(40 x 80) + (40 x 85) = 106 : 4 = 26,5
	100				
Para 24 horas	(24 x 40)	+	(24 x 60)	+	(24 x 80) + (24 x 85) = 63,6 : 4 = 15,9
	100				
Para 12 horas	(12 x 40)	+	(12 x 60)	+	(12 x 80) + (12 x 85) = 31,8 : 4 = 7,95
	100				

b) Calculadas as médias percentuais de cada regime de trabalho nas 4 categorias, verificou-se a média — Ded. Ens. professor/semanal

$$26,5 + 15,9 + 7,95 = 16,78 \text{ ou sejam } 17 \text{ horas}$$

Q U A D R O I I

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Disciplinas	Hs. de ensino em grupos	N.º total de alunos p/ classe	N.º de alunos em cada grupo de ensino	Hs. de ensino em grupos	Hs. s/ de dedicação ensino/ professor	N.º de semanas ensino/ anual	N.º de professores	C A T E G O R I A				
								T	Adj.	Ass.	Aux.	Ens.
Fundamentos de Enferm.	225	80	10	60	17	15	7					
Introd. à Ciência da Enferm.	90	80	10	60	17	15	3	1	3	3	3	3
Saúde da Comunidade I	30(		10	60(		15(						
	(	80		(	17	(	2	1	1	—	—	—
Saúde da Comunidade II	30(		10	60(		15(						
Ética Profissional I	—		—	30								
	(	80		(	17(	15(	1					
Ética Profissional II	—(		—	60(	(	(		1	1	—	—	—
História da Enfermagem	—	80	—	30	17	15	1					
Total							14	3	5	3	3	3

Q U A D R O I I I

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Disciplinas	Hs. de en- sino em pe- quen. grupos	N.º total de alunos p/ classe	N.º de alu- nos em ca- da grupo	Hs. de en- sino em grupos	Hs. s/ de dedicação ensino/ professor	N.º de semanas ensino/ anual	N.º de profes- sôres	C A T E G O R I A							
Enfermagem Médica	135	80	10	90	17	15	5	I	I	I	I	2			
Enfermagem em Doenças Infecto-Parasitárias	135	80	10	90	17	15	5	I	I	I	—	I			
Enfermagem em Centro Cirúrgico	45(		10	30(	(	(									
	(	80		(	17(	15(	6	I	2	2		I			
Enf. Cirurgia Geral	135(		10	90(	(	(									
Enfermagem Psiquiátrica	135	80	10	90	17	15	5	I	I	I	I	2			
Enfermagem Cirúrgica															
Especializada — Incluindo:															
Enfermagem Neurológica	(														
Neuro — Cirúrgica	(														
Enfermagem Ortopédica	(	270	10	120	17	15	9	I	3	3		2			
Traumatologia	(														
Enferm, de Emergência	(														
Enfermagem em O.R.L e	(														
Oftalmologia	(														
Enfermagem em C.T.I.	(														
Total											30	5	8	7	8

Q U A D R O I V

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

Disciplinas	Hs. de en- sino em pe- quen. grups	N.º total de alunos p/ classe	N.º de alu- nos em ca- da grupo de ensino	Hs. de en- sino em grupos	Hs. s/ de dedicação ensino/ professor	N.º de semanas ensino/ anual	N.º de profes- sôres	C A T E G O R I A							
								T Adj. Ass. Aux. Ens.							
Enfermagem Obstétrica I	135	80		120		15(									
Enfermagem Obstétrica II	90(	(		60(	(	(									
		80(	10	(	17(	15(	16	I	4	4	7				
Enfermagem Obstétrica III	180(	(		45(	(										
Enfermagem Ginecológica	90	80(	10	30		15(									
Enfermagem Pediátrica —					(	(									
Preventiva (Puericultura)	20	80(	10	30(											
Enfermagem Pediátrica	135(			(	17	15									
		80	10	30	17(	15(	8	I	3	3	I				
Enfermagem Neo Natal	30														
Total							24	2	7	7	8				

Q U A D R O V

DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA ENFERMAGEM

Disciplinas	Hs. de ensino em pe- quen. grupos	N.º total de alunos p/ classe	N.º de alu- nos em ca- da grupo de ensino	Hs. de en- sino em grupos	Hs. s/ de decação ensino/ professor	N.º de semanas ensino/ anual	N.º de profes- sôres	C A T E G O R I A					
Administração Aplicada à Enfermagem	180(	80	10	120	17	15(	9	I	2	3	3		
Administração Serviços de Enfermagem	90(		10	60	17	15							
Prática de Ensino de Enfermagem	225	80	10	—	17	15	7	I	I	2	3		
Exercício da Enfermagem e Legislação da Enfermagem	—(	80	10	120(	17(	(	15	I	—	I	—		
Técnica de Comunicação I	—	40	—	60(	(								
Técnica de Comunicação II	—	40	—	60(	17(	15	I	—	I	—			
Comunicação em Enferm.	—	40	—	60(	(								
Total							18	2	5	5	6		

Q U A D R O V I

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

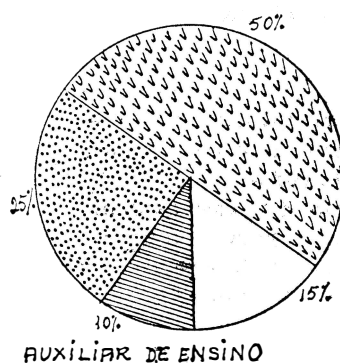
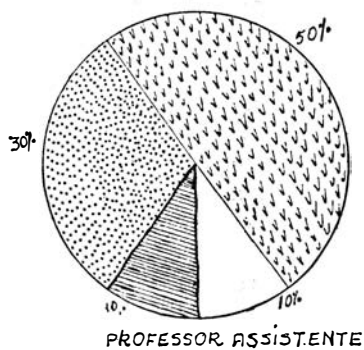
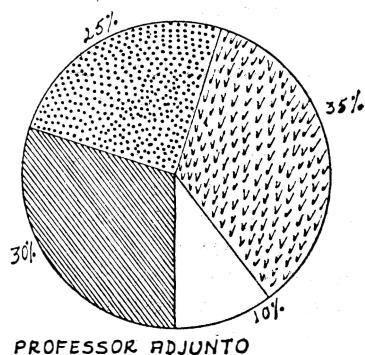
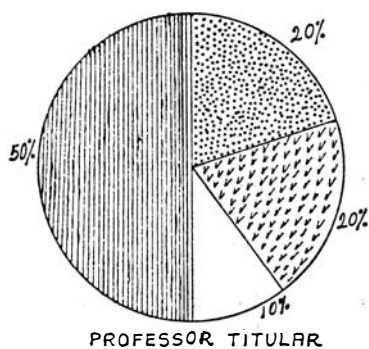
Disciplinas	Hs. de ensino em p/ grupos	N.º total de alunos p/ classe	N.º de alunos em cada grupo de ensino	Hs. de ensino em grupos	Hs. s/ de dedicação ensino/ professor	N.º de semanas ensino/ anual	N.º de professores	C A T E G O R I A			
								T Adj.	Ass.	Aux.	Ens.
Enfermagem de Saúde Pública I	150	80	10	60	17	15	5				
Enfermagem de Saúde Pública II	90	80		45				I	3	3	4
Enfermagem de Saúde Pública III	180	40	10	60	17	15	6				
Total							11	I	3	3	4

ANEXO I

ANÁLISE DE FUNÇÕES		CATEGORIAS			
Atividades		Professor Titular	Professor Adjunto	Professor Assistente	Auxiliar de Ensino
A. ADMINISTRAÇÃO					
1. Direção e Chefia		xxx	x	x	—
2. Coordenação:					
externa — fora da Universidade		xxx	xx	—	—
(interdepartamental					
(na unidade		xx	xxx	xx	x
(					
interna (interdepartamental					
(fora da unidade		xx	x	x	x
(					
(intradepartamental					
(na unidade		xxx	xxx	x	x
3. Planejamento e Programação		xxx	xxx	xxx	x
4. Orientação de Pessoal		xxx	xxx	x	
5. Contrôlo de Pessoal		x			
6. Desenvolvimento de Pessoal		xxx	xx	xx	—
7. Seleção de Docentes		xx	x		
8. Recrutamento		x	x	xx	xx
9. Assessoria externa		xx	xx	x	
B. ENSINO					
1. a nível de graduação		x	xx	xxx	xxx
2. a nível lab. e instrução clín.		x	xx	xxx	xxx
3. para graduados		xx	xxx	x	
4. verificação de aprendizagem		x	xxx	xxx	xx
5. orientação e guia de alunos		x	x	xxx	xx
6. programas de Extensão		x	x	xx	xx
7. auto desenvolvimento		x	xx	xx	xxx
C. PESQUISA EM GERAL					
1. Preparo de trabalho escrito		xx	xx	x	x

Anexo 2

U.F.R.J. - ESCOLA DE ENFERMAGEM
PESSOAL DOCENTE
DISTRIBUIÇÃO TEMPO/ATIVIDADES
- SUGESTÃO



● ENSINO
● PESQUISA

● ADMINISTRAÇÃO
○ OUTROS

A N E X O III

Resultado do cálculo do pessoal docente (com aplicação de fórmula e dos critérios propostos neste trabalho)

Departamentos	CATEGORIA TITULAR			CATEGORIA ADJUNTO			CATEGORIA ASSISTENTE			CATEGORIA AUX. ENSINO				
	Neces- sário	cargos exist. no Q.U	vagos	preen- chidos	Neces- sário	cargos exist. no Q.U	vagos	preen- chidos	Neces- sário	cargos exist. no Q.U	vagos	preen- chidos	Neces- sário	Contr. pela C.L.T
Enf. Fundamental *	3	3	3	—	5	4	2	2	3	3	1	2	3	4
Enf. Médico-Cirúrgica *	5	5	5	—	8	4	4	0	8	7	1	6	9	8
Enf. Materno Infantil *	2	2	2	—	7	4	3	1	7	7	—	7	8	6
Metodologia da Enf. *	2	2	2	—	5	3	1	2	5	3	3	0	2	5
Enf. Saúde Pública	1	1	1	—	3	1	1	0	3	2	1	1	4	5
Total	13	...	13	0	28	...	11	5	26	...	6	16	26	28

* Departamentos que oferecem Cursos na Área de Graduados (acrescentar 1 Prof.º Adjunto para cada Disciplina, segundo o Critério 2)

ANEXO IV

RESUMO DOS RESULTADOS OBTIDOS

NP necessários	Aux Ens.	26		
	C. Mag.	74	67	— Ens. Graduação
		—	7	— Ens. Graduados
	TOTAL	100		
NP existentes	Aux. Ens.	Q U	28	
	C. Mag.		21	
		Cont.	3	
	TOTAL		52	
N.º Professôres a admitir — 48				
	Aux. Ens.	—	0	
	C. Mag.	—	48	
Vagas existentes Q.U		—	30	
Ampliação de Q.U e/ou Contratação		—	18	
	TOTAL		48	

B I B L I O G R A F I A

1. A EDUCAÇÃO QUE NOS CONVÉM — Forum realizado em outubro/novembro de 1968 — APEC Editôra S/A. — Rio de Janeiro, 1969.
2. ESTUDO SÔBRE CRITÉRIO PARA LOTAÇÃO DOCENTE NA UFRJ. (subsídio apresentado ao Conselho de Coordenação do Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza pelo Prof. Alexandre Sérgio da Rocha) — Não Publicado.
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO — Regimento Geral, Estatuto e Plano de Reestruturação — Serviço Industrial Gráfico da UFRJ, Cidade Universitária, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, 1970.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SÔBRE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

* Berenice Teixeira de Castro

Por acreditarmos ser o Congresso um momento enriquecedor, pelas oportunidades do intercâmbio de idéias, técnicas, desenvolvimento de amizades e experiências igualmente construtivas, achamos oportuno apresentar este tema.

Temos sido procurados por colegas, que trabalham em diferentes campos da enfermagem e que buscam orientação para a efetivação organizada de atividades de Educação em Serviço. Procuramos fugir à forma clássica de apresentação de nossa experiência e adotar a livre expressão de uma conversa informal. Começemos por conceituar:

O que é Educação em Serviço?

É um processo planejado, que se efetiva no ambiente de trabalho, visando o preparo do pessoal para facilitar a sua adaptação e o desenvolvimento das qualidades positivas que permitam o seu progresso.

As atividades de educação em serviço começam com a organização da enfermagem no local. O planejamento necessário para a organização da enfermagem já é, por si próprio, um processo educativo, para o qual perguntas como as que seguem devem ser respondidas.

1. Qual a organização da empresa em causa?
2. Quais seus objetivos e possibilidades?
3. Quais as necessidades de enfermagem?
4. Que pessoas têm consciência dessas necessidades?
5. Como sentem que alguma coisa precisa ser feita para o seu atendimento?
6. Quais são as pessoas realmente preocupadas com o problema?

* Supervisora da Unidade de Educação em Serviço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

7. Quais as medidas que adotaram para chegar a um resultado positivo?
8. Qual o comportamento das pessoas que tornaram evidente a necessidade de mudar a situação?
9. Qual a necessidade que merece maior atenção?
10. Quais as medidas a serem adotadas para se chegar a resultados positivos?

Em seguida ao levantamento de dados para a organização da enfermagem, há necessidade de:

1. Definir a filosofia da enfermagem.
2. Definir os objetivos.
3. Compor a estrutura hierárquica da enfermagem.
4. Definir as funções para cada cargo.
5. Determinar a área de ação de cada elemento.
6. Estabelecer regulamento, normas e rotinas de trabalho de enfermagem.
7. Estabelecer métodos de avaliação e controle.
8. Selecionar o pessoal para as funções.

A escolha dos elementos de direção que atuam na empresa como ponte entre a política da organização e sua execução, deve levar em conta qualidades, que permitam administrar, fundamentando-se nos princípios científicos, efetivando atividades educativas para o paciente, o servidor e a comunidade.

As qualidades profissionais devem estar aliadas ao bom senso, discernimento, coragem de assumir responsabilidades, habilidade de comunicar-se e manter relações com o público. Isto porque dêste grupo organizador é que deve sair o elemento que vai continuar as atividades de educação em serviço, rotulados como tal.

As atividades de educação em serviço têm sido desenvolvidas pela enfermagem tanto pelo seu objeto de trabalho — o homem — como pela necessidade, levando em conta o melhor e mais rápido preparo e desenvolvimento do pessoal. Deve ser encarada no seu real sentido de mudança: de informações e atitudes ou comportamento, no sentido amplo e positivo.

A tecnologia moderna e o progresso em especial no campo da medicina, tornaram as atividades de educação em serviço necessárias e mesmo imprescindíveis.

As escolas fornecem aos profissionais informações específicas quanto a conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias, que

devem ser completadas e ampliadas no serviço, para o exercício eficiente no desempenho das funções.

Ao serviço cabe o treinamento do não profissional que vai desempenhar atividades de enfermagem, fornecendo os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das mesmas e desenvolvimento do pessoal para eficiência e satisfação no trabalho.

A educação em serviço deve atender aos interesses do paciente, família e comunidade, que esperam que os cuidados dispensados sejam de boa qualidade e lhe proporcionem bem estar e segurança, com resultados educativos.

A necessidade de satisfação em serviço deve ser atendida por uma filosofia que visa procurar a pessoa em potencial, interessá-la e fornecer os meios que lhe permitam progredir, melhorando cada vez mais a qualidade do trabalho.

Com os objetivos propostos, temos a certeza de que atividades de educação em serviço não são tarefa para uma só ou um grupo de pessoas em especial. Será infrutífero, senão impossível, estabelecer o processo educativo sem que tôdas as pessoas, em nível hierárquico de direção média ou superior, tomem consciência da sua participação.

A supervisão dos responsáveis pelo cuidado e educação do paciente e familiares, a eficiência das comunicações a atitude de todos, em especial dos dirigentes, para com a educação em serviço, são o que fazem sua eficiência.

O planejamento de atividades de educação em serviço deve se basear em levantamento de opinião, em especial de pessoal de enfermagem da empresa. Procura-se obter respostas a perguntas como:

1. Que entendem por educação em serviço?
2. Sentem que há necessidade de preparo do pessoal para as funções que vão exercer?
3. Como acham que deve ser feito o preparo?
4. A quem pensam caber as responsabilidades do preparo e desenvolvimento do pessoal?
5. Em que se deve basear a programação de atividades de educação em serviço?
6. Quais as forças motivadoras que podem ser usadas para a educação?
7. Quais os recursos: humanos, financeiros, materiais e de planta física disponíveis para educação em serviço?
8. Qual deve ser a posição do coordenador das atividades de educação em serviço na estrutura hierárquica da enfermagem na empresa?

9. Quem vai ser o coordenador e responsável pelo planejamento das atividades?
10. Quais são os requisitos exigidos pelo candidato a qualquer atividade?

Já dissemos que o responsável pelo planejamento das atividades de educação em serviço deve ser um elemento que faz parte da estruturação da enfermagem da empresa. Não sendo possível, é importante que seja alguém que tenha profundo entendimento do trabalho desenvolvido anteriormente na empresa.

As qualidades citadas para dirigir devem ser somadas a humildade, paciência em alta dose, acima de tudo auto-contrôle e discrição, apoiadas em experiências de exercício profissional.

O responsável pelo planejamento de atividades de educação em serviço deve ter liberdade de escolher seus colaboradores diretos, recaindo a escolha, de preferência, nos elementos que sentem satisfação em ajudar pessoas de real valor a progredirem.

Baseado no levantamento para a organização da Educação em Serviço, é necessário que:

- os objetivos sejam definidos;
- as áreas de atuação definidas e entrosadas;
- regulamento, normas, rotinas, atribuições do pessoal, definidas e escritas;
- localizadas as fontes de consultas e os recursos disponíveis na comunidade;
- idem quanto à planta física, recursos áudio-visuais, etc.

A estrutura da educação em serviço depende do tamanho da empresa na qual ela se deve efetuar; porém as atividades devem atingir as áreas de treinamento e desenvolvimento de pessoal.

O processo de educação em serviço passa por fases distintas, porém inteiramente relacionadas, com programas de:

1. **Orientação:** que deve dar ao servidor conhecimento do ambiente, do trabalho que vai fazer e oportunidades de progredir.
2. **Treinamento:** quando o servidor adquire e desenvolve habilidades necessárias ao trabalho .
3. **Desenvolvimento;** entendido por:
 - a) melhoria de conhecimentos para que o servidor se mantenha em dia com a profissão e o serviço.
 - b) descoberta e preparo do líder para ocupar posições de maior responsabilidade.
 - c) aperfeiçoamento — especialistas.

Na Unidade de Educação em Serviço do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P. o programa de Orientação é dividido em:

Orientação geral, a cargo da Unidade, que, fornece informações sobre a empresa.

Orientação específica, a cargo do supervisor e enfermeira chefe da unidade de trabalho, onde são fornecidos os conhecimentos necessários ao bom desempenho das funções.

A Unidade segue um roteiro para desenvolver o item do programa do servidor admitido, dosando em profundidade o conhecimento transmitido, conforme a função a ser exercida pelo servidor.

O programa de Treinamento para o pessoal não profissional foi acrescido de tópicos sobre noções de educação sanitária, saneamento do meio e economia.

Para sua efetivação é dada preferência ao uso de material utilizado normalmente no trabalho, enriquecido de outros recursos.

O programa de Treinamento está a cargo de uma enfermeira que elaborou as aulas; estas estão sendo revistas para que as colegas, num futuro próximo, as possam adquirir, assim como programas que interessarem.

Para a fase de **Desenvolvimento de Pessoal**, os programas devem ser diversificados para atender a objetivos específicos. Podemos ter modelos que são adaptados às peculiaridades da(s) pessoa(s) em causa ou à situação do trabalho.

Esta fase deve ser vista sob os seguintes ângulos: melhoria de conhecimentos, aperfeiçoamento, descoberta e preparo de líderes; esta é que exige maior concentração de esforços para suprir no profissional a falha de conhecimento básico ou os efeitos da evolução tecnológica e das ciências e atender a necessidade de líderes preparados para organizar, dirigir e ensinar.

Sob o ângulo de **melhoria de conhecimentos**, os programas de educação em serviço devem basear-se em experiências planejadas, capazes de produzir mudanças, para evitar que as pessoas que trabalham percam de vista os objetivos da empresa, por olharem, no dia a dia, as funções específicas como um fim em si mesmas.

Como exemplo, trouxemos as aulas de programa para auxiliar de enfermagem, preparadas pela enfermeira responsável pela área de Recursos Audio-Visuais da Unidade de Educação em Serviço do H.C. da F.M.U.S.P. o tema "**Medicamentos** e outras fórmulas farmacêuticas", para as quais os problemas a serem solucionados são levantados durante o trabalho pelas pessoas a quem o programa é endereçado. Estas aulas, de elaboração mais difícil, pela complexidade de conhecimentos sobre Drogas e Soluções, a serem transmitidos para o auxiliar de enfermagem, foram escolhidas para

enriquecer o trabalho, pois contém informações atuais sobre o assunto. (Anexo I)

Sob o ângulo de **aperfeiçoamento**, atendendo às exigências da Medicina Curativa e Preventiva, no sentido mais amplo de Saúde Pública, os programas devem ser elaborados utilizando os recursos locais, da comunidade ou do exterior se fôr o caso. Assim podemos conseguir, por exemplo, especialistas em Cuidados Intensivos e algum outro tratamento ou atividade.

Todos os programas devem contar com a participação dos profissionais da empresa no sentido de fornecimento de tópicos a serem abordados, aulas e, sobretudo, supervisão de trabalho.

Sob o ângulo **descoberta e preparo de líderes**, a responsabilidade aumenta com a participação no programa de elementos de direção na medida em que os cargos a serem ocupados se situam na escala hierárquica.

Os programas da Unidade de Educação em Serviço do H.C., neste ângulo, envolvem também pessoas dirigentes de atividades com as quais a enfermeira chefe ou o supervisor vai ter que lidar mais de perto, para solução dos problemas que surgirem em suas atividades.

Quanto aos recursos necessários, o número de pessoal destacado para as atividades específicas de Educação em Serviço depende do tamanho da empresa ou do número de servidores existentes.

Em qualidade, é recomendável considerar os requisitos profissionais e morais citados anteriormente.

Cabe lembrar que na empresa todos participam e se beneficiam da Educação em Serviço através do planejamento, efetivação de programas, coordenação, supervisão e avaliação.

A aplicação do que foi aprendido é, portanto, a melhor forma de participação.

O sucesso das atividades de Educação em Serviço depende de: que os administradores da empresa sejam consultados, que concordem com o plano e ambiente de trabalho que favoreça o aprendizado e a formação de boas atitudes e comportamento.

O ensino pode ser individual ou em grupo, aproveitando as oportunidades locais. O plano de cuidados do paciente pode ser feito na unidade de trabalho, enquanto outros tipos de plano devem ser feitos em reuniões formais.

As bases para a seleção de um bom programa educativo são as mesmas para qualquer tipo de atividade. E a avaliação deve ser feita de acordo com o tipo de problema, os meios usados, os objetivos a serem alcançados e os métodos e recursos aproveitados para se conseguir o melhor resultado.

Educação em Serviço é um processo contínuo, que acontece sempre que se reconhece a necessidade para ensinar ou aprender; contudo as finalidades a que se destina e os objetivos propostos podem ser mais facilmente alcançados se o plano for apoiado em efetivos recursos: humano, material, econômico e de planta física.

A Educação em Serviço deve contar com verba para compra de material didático. Entretanto, um pouco de imaginação e arte transformará o mais simples material em meio de ensino. Assim pode ser aproveitado para confecção de recursos áudio-visuais: figuras de revistas, radiografias limpas, isopor de acondicionamento de aparelhos, carretel de esparadrapo, etc.

A área física à disposição da Educação em Serviço, apesar de depender da disponibilidade da empresa, deve constar de, no mínimo, duas salas: uma para material didático e outra para aulas.

Os recursos áudio-visuais devem ser usados não como complemento de ensino, mas como meio de ensinar, pelo que devem estar perfeitamente integrados aos métodos e técnicas de ensino.

O método usado no desenvolvimento desses programas é o da Resolução de Problemas nas suas fases:

- Identificação do problema
- Reunião e análise dos fatos
- Seleção e planejamento das atividades
- Supervisão dos achados
- Uso de métodos e recursos adequados
- Avaliação dos resultados
- Início de novas pesquisas.

RESUMO

Educação em serviço é atividade contínua, feita através de planejamento, implantação, coordenação, ensino, supervisão e avaliação.

Não é atividade de uma ou de um grupo de pessoas designadas especificamente para esta tarefa, mas de todas as enfermeiras e de todos os que ocupam postos-chaves na empresa, responsáveis que são pelo ambiente favorável ao bom aprendizado e à formação de boas atitudes e comportamento.

É um processo que, começando com a organização da enfermagem na empresa, se desenvolve em fases.

Para sua execução necessita de recursos humanos, materiais e de planta física; o plano de atividades deve ser visto e aprovado pela administração da empresa. A supervisão e avaliação são os principais fatores no controle dos resultados.

ANEXO 1

**NOÇÕES GERAIS SOBRE DROGAS E MEDICAMENTOS
— e outros produtos farmacêuticos de uso hospitalar.
Sua aplicação na enfermagem.**

* Olinda de Carvalho Bittencourt

Revisão feita por:

José Sylvio Cimino — Professor As-
sistente da Faculdade de Ciências
Farmacêuticas — USP.

Berenice Teixeira de Castro — Su-
pervisora de Educação em Serviço.

OBJETIVO:

Este programa visa complementar a formação do profissional
Auxiliar de Enfermagem no desenvolvimento de suas atividades.

ASSUNTOS:

I — ORIGEM E NATUREZA

II — AÇÃO

III — FÓRMULA — FORMA

A — FÓRMULA

B — FORMA

C — APRESENTAÇÃO

IV — USO E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS

V — TÉCNICAS

A — EQUIPAMENTO

B — REGIÕES DE APLICAÇÃO

C — CUIDADOS ESPECÍFICOS COM APLICAÇÃO DE
DROGAS

VI — REAÇÕES — INTOXICAÇÕES

* Enfermeira da Unidade de Educação em Serviço do HC — FMUSP.

A — DETERMINANTES DE REAÇÕES

B — PROVIDÊNCIAS

VII — RECOMENDAÇÕES GERAIS

VIII — BIBLIOGRAFIA

I — ORIGEM

Substâncias	de origem	elementos, substâncias, produtos farmacológicos
1. Ao natural ou modifi- cadas por processos simples	Mineral	simples: metais, metalóides, gases (ex. = Ca, P, Hg, Na, Mg, Cl, O) combinados: NaCl, CaCl², etc. (substâncias)
	Vegetal	ervas, raízes, caules, fôlhas, flôres, sementes, cascas, frutos, polen (digitais, beladona, etc.)
	Animal	secreções, excreções, fluidos orgânicos, tecidos dessecados (hormônios, extrato de fígado, sais biliares, óleo de fígado, etc.).

2. Sintéticas — elementos e substâncias quimicamente obtidas em laboratório (ex. = sais, ácidos, bases).

II — AÇÃO

AÇÃO	INDICAÇÃO
Para qualquer órgão. Ação geral ou local Anti-infecciosos: antibióticos, antifímicos (tbc), antimicóticos, antiriquetsiosos, antiprotozoários, antiviróticos,	Combate às doenças causadas por: Organismos patogênicos unicelulares

“Lições de Farmacotécnica”.

"Droga é toda substância oriunda do reino mineral, vegetal ou animal, e susceptível de ser transformada em medicamento".

"Medicamento é a substância que, administrada convenientemente ao organismo doente pode aliviar ou curar seu estado patológico".

AÇÃO	INDICAÇÃO
bactericidas, bacteriostáticos, fungicidas, fungostáticos, germicidas, treponemicidas, quimioterápicos, imunizadores, vacinas, toxóides, anti-toxinas, sôros, gama-globulina	
Anti-infestantes: vermífugos parasiticidas	Organismos pluricelulares
Anti-neoplásticos e citostáticos: anticancerosos, antileucêmicos, antimitóticos, hemáticos	Crescimento anormal de células (Ca, queratoses, etc.)
Auxiliares de diagnóstico para: roentgenografia e radioscopia de vasos, vias digestivas, árvore brônquica, trajeto urinário e de liquor	Diagnóstico de obstruções, desvios, etc.
Aparelho circulatório e urinário cardiocinéticos, cardiotônicos, cardiovasculares, digitálicos, esclerosantes, hiper e hipotensores, ritmizantes, vasoconstritores e vasodilatadores, diuréticos	Afecções e sintomas circulatórios e urinários = disritmias insuficiências, hipo e hipertensão, anúria, etc.
Aparêlho digestivo absorventes, antiácidos, antiespasmódicos, ceratolíticos e ceratoplásticos, colagogos, coleréticos, demulcentes,	Irritações, lesões, perturbações do trânsito e da produ-

A Ç Ã O	INDICAÇÃO
digestivos, hepatoprotetores, laxativos, purgativos, neutralizantes, obstipantes, protetores da mucosa	ção de sucos, infecções alimentares.
Aparêlho locomotor relaxantes musculares anti-reumáticos	Espasmos infecções
Aparêlho respiratório antitussígenos, broncodilatadores, descongestionantes, expectorantes, vasoconstritores nasais	Infecções, secreções, asma, etc.
Orgãos dos sentidos Olhos — anti-infecciosos, descongestionantes, líquidos para lente de contato, mióticos midriáticos, vaso constritores Pele e ouvido externo, mucosas — adstringentes, antissépticos, anti-infecciosos, antipruriginosos, antihistamínicos, ceratolíticos, ceratoplásticos, corticosteróides, emolientes, estimulantes, demulcentes, detergentes, fungicidas, parasitocidas protetores	Infecções, irritações exame de fundo de olho hipertensão ocular Infecções, infestações alergia, pruridos, acne e outras lesões, proliferações celulares
Sistema endócrino Hormônios — extratos de: hipófise, tireóide, paratireóide, pâncreas, suprarrenal, gônadas. Vasopressores. Insulina — sintética	Desequilíbrios glandulares
Sistema nervoso Analgésicos, anestésicos, sedativos, barbitúricos, hipnóticos, antipiréticos, antiespasmódicos, anticonvulsivos, depressores, tranquilizantes, estimulantes, excitantes, bloqueadores	Dor, insônia, febre, espasmos, convulsões, excitação, depressões, dor localizada

AÇÃO	INDICAÇÃO
Metabolismo Vitaminas, sais mineirais, hidratantes, proteinizantes, calóricos, alcalinizantes acidificantes, saluréticos, edulcorantes para diabéticos e obesos	Desequilíbrio metabólico e hídrico
Sangue Antianêmicos, coagulantes e anticoagulantes	Aumento, diminuição, alteração dos glóbulos, e plasma

III — FÓRMULA E FORMA

A. FÓRMULA — É o conjunto de substância que compõem a **forma** pela qual os medicamentos serão apresentados.

Componentes da fórmula:

1. Princípio ativo = (base medicamentosa)
2. Adjuvante = (excipiente também com propriedades medicamentosas)
3. Corretivo = (sabor ou odor agradável: açúcar, essências, corantes, etc.)
4. Intermédio = (Para a conservação da fórmula)
5. Veículo ou excipiente = (dá volume e possibilita a posologia)
 - para a forma líquida: água, álcool, glicerina, óleos, éter, etc.
 - para a forma sólida: talco, caolin, goma-arábica, lactose, dextrina, amido, manteiga de cacau, açúcar, estearato, etc.
 - para a forma semi sólida: cera, resina, óleos, líquidos + pós

B. FORMA — É a maneira pela qual o medicamento é apresentado, para facilidade de administração e ação mais eficiente.

1. SÓLIDA	Excipientes sólidos
— Pós, cristais, grânulos — Pilulas	} excipiente inerte
— Pérolas	sólida por fora (líquida por dentro)
— Óvulos	idem, contém glicogelatina ou agar-agar aplicação vaginal
— Cápsulas	pós com envoltório amiláceo ou gelatinoso, digerível
— Supositórios	pastas compactas em forma de fuso; manteiga de cacau, glicerina, estearato.
— Comprimidos	pós sob pressão e moldagem
— simples	tabletes, pastilhas (quando contém açúcar)
— revestidos	} com película protetora ("filmtab") confeitos — quando têm açúcar entéricas drágeas não entéricas

As substâncias sólidas muito instáveis são **liofilizadas** para evitar deterioração (dessecadas a frio, sob pressão).

2. SEMI-SÓLIDA:	Excipientes
— Ceratos	ceras
— Cremes	emulsões com 60% de água ou mais
— Emplastros	substâncias medicamentosas que amolecem com o calor, aderindo à pele (apresentadas em retângulos de esparadrapo ou película plástica)
— Linimentos	sabões e graxas
— Pastas	até 20% de substâncias pulverulenta (os colírios também podem ter a forma de pomadas)

- Pomadas mais de 20% de substância pulverulenta
- Sabões medicinais graxas + álcalis
- Unguentos contém resinas

3 . LÍQUIDA

Medicamentos Excipiente líquidos que dissolvem o princípio ativo

Injetáveis		Água destilada (sem pirogênio para aplicação endovenosa) Óleos (amendoim, oliva, algodão, etc.) Álcool (etílico, benzílico, etc.)
Não	Colírios	Água destilada
injetáveis	Emulsões	Substâncias gordurosas dispersadas em água
	Extratos	Grande quantidade de princípio ativo pequena quantidade de diluente (água, álcool, glicerina etc.) Ex. 1 K da droga = 1 litro de extrato fluido
	Infusões	Água fervente sobre a droga (chás, café)
	Poções	Água com pouco açúcar
	Suspensões	aquosas — (pó em água) oleosas — (pó em óleos)
	Tinturas	menos concentradas que os extratos Ex. 200g da droga dá 1 litro de tintura
	Tisanas	Beberagens com função hidratante (chá de camomila, quebra-pedra, etc.)
	Xaropes	Solução concentrada de açúcar

Vários destes medicamentos podem ser chamados “soluções” em certas condições. (As soluções nunca são “turvas”).

Solução é a dispersão molecular ou iônica de uma substância qualquer, (não apenas medicamentosa) em um solvente qualquer (não apenas aquoso).

As soluções podem ser de vários tipos. Entre eles:

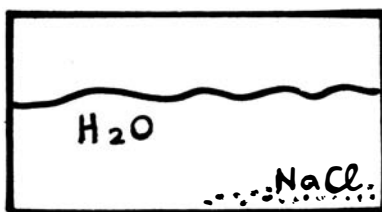
- medicamentosas (contém medicamentos)
- antissépticas ou desinfetantes (*)

(*) Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa — Hildebrando de Lima

- outras (sem interesses para a finalidade terapêutica e profilática)

Dissolução: ato de dissolver

Solução: produto da dissolução



solvente

soluto

4. GASOSA

- Gases terapêuticos: para inalação (temporário ou permanente)
O₂, CO₂+O₂
- " anestésicos: O₂ e Ciclopropano (inalação temporária)
- " inertes: He (helio) usados para veicular outras substâncias
- " mais substâncias não voláteis sólidas (antibióticos, etc)
= atomizações
- " mais substâncias não voláteis líquidas = nebulizações ou vaporizações
- Substâncias voláteis = inalações (essências de eucalipto, etc.)

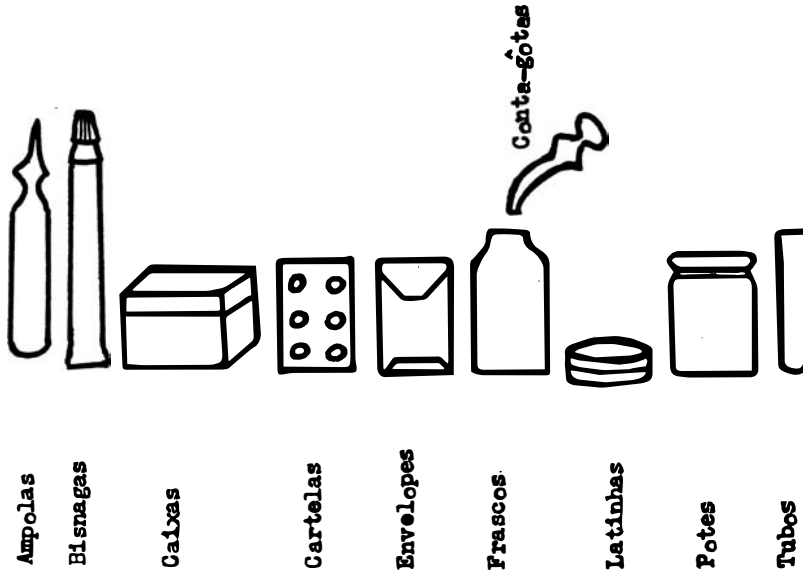
Assepsia (asepsia) = "Processo pelo qual se consegue o afastamento dos germes patogênicos em determinado local ou objeto".

Asséptico (aséptico) = "Isento de germes patogênicos".

Antissepsia (antisepsia) = "morte dos micróbios por meios químicos".

Antisséptico (antiséptico) = "desinfetante, substância química que tem a propriedade de destruir micróbios".

Desinfetar = "destruir os micróbios vivos".

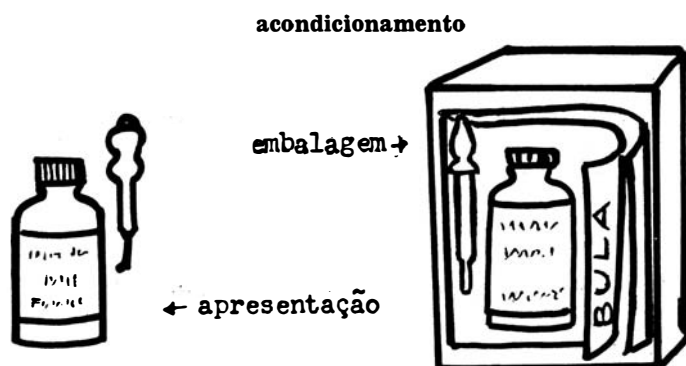


C. APRESENTAÇÃO

1. Recipientes

Dependendo da FORMA em que se apresentam	os medicamentos são ACONDICIONADOS em:
Pós, cristais grânulos	Envelopes, frascos, ampolas, etc.
Pílulas, pérolas, cápsulas,	" " caixinhas,
óvulos, comprimidos	cartelas
Supositórios	" , caixinhas, cartelas
Crems, pastas, pomadas, lini- mentos, unguentos	Potes, latinhas, bisnagas
Emplastros	Retângulos de tecido, em enve- lopes ou caixas
Líquidos injetáveis	Ampolas, frascos de vidro ou plástico
" não injetáveis	Fracos de vidro ou plástico
Gases	Tubos de gás comprimido

Freqüentemente, medicamentos destinados a serem administrados sob forma líquida, nebulizações ou atomizações, são **apresentados** sob a forma sólida, acompanhados ou não de solventes (antibióticos, pós para póções, comprimidos para diluição, etc.)



Os medicamentos para venda no atacado podem ser apresentados em.

- caixas, caixotes
- latas, latões
- vidros grandes, bujões, tambores, etc.

Materiais usados na fabricação do acondicionamento e embalagem

Compostos químicos solúveis = usados para películas protetoras

Vidro — para frascos, ampolas, tubos, potes

Louça e cerâmica — potes

Plástico — ampolas, frascos, bisnagas, bujões, tambores

Metal — latas, tubos, bisnagas, bujões, tambores

Papelão — calços cartelas, caixas, caixotes

comum = envelopes, rótulos, bulas, envólucros

Papel celofane = envelopes, rótulos, coberturas, envólucros

alumínio com poliestireno = envólucros estampados

Isopor — calços, caixas térmicas

Cortiça — rolhas, calços

Algodão — proteção, calço

IV — USO E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS

1 — USO ENTERAL

Todos os medicamentos para **via oral** = pós, cristais, grânulos, pílulas, cápsulas, comprimidos, poções, infusões, tisanas, emulsões, xaropes.

2 — USO PARENTERAL

2.1 — Injetáveis

Via

Endovenosa	{	simples
		venoclise (grandes quantidades de líquido)
Intradérmica		
Hipodérmica	{	subcutânea
		intramuscular
		hipodermoclise (grandes quantidades de líquido)

2.2 — Não injetáveis (ação local e (ou) sistêmica)

Via

- Bucal = dentes — aplicações locais (tópicas)
em baixo da língua (sub-lingual)
comprimidos
garganta — gargarejos, embrocações,
vaporizações, aplicações locais
- Nasal, oral, sinusal = nebulizações, inalações atomizações, instilações, aplicações locais, colutórios, gargarejos
- Ocular e auricular = irrigações, tamponamentos, curativos, instilações
- Cutânea e mucosa (inclusive peles e unhas) = compressas, pincelagem, curativos, aplicações locais
- Vaginal = irrigações, supositórios, óvulos, comprimidos, tampões, compressas, pincelagem, aplicações locais
- Uretral = irrigações
- Retal = Enemas, supositórios, aplicações locais

V — TÉCNICAS

— Exigências mínimas de conhecimentos:

1. Conhecimentos sobre as 4 operações fundamentais de aritmética.
2. Sistema decimal.
3. Frações ordinárias e decimais.
4. Proporções.
5. Regra de três, simples e composta.
6. Cálculo de porcentagem.
7. Sinonímia de medicamentos: consultar sempre a enfermeira, médico ou farmacêutico.

Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa — Hildebrando de Lima

Clister = "Injeção de água ou líquido medicamentoso nos intestinos, por meio de seringa ou aparelho análogo". } sinônimos

Enema = "Injeção de medicamento ou alimentos pelo reto.

Lavagem = "Clistor" (Bras.)

Nota: mais usado em enfermagem para designar introdução de maior quantidade de líquido com finalidade simplesmente de limpeza intestinal (exoneração).

Bucal = "relativo à boca" (aplicação bucal = na boca)

Oral = "relativo à boca, verbal, vocal". (medicação oral = pela boca)

Verbal = "relativo à palavra falada". (ordem médica verbal)

A. EQUIPAMENTO

Para aplicação de:

1. Líquidos injetáveis

- material de injeção seringas e agulhas (injetores automáticos para vacina e seringas automáticas para diabéticos)
- material para assepsia* (soluções, algodão, gase, luvas e campos)
- material para transporte do equipamento: cubas, bandejas e carrinhos
- material para contensão: suportes, talas, ataduras, etc.

2. Líquidos não injetáveis

- copos, colheres, medidas especiais
- equipos de irrigação, sondas, conta-gotas, canulas, gota-a-gota

3. Semi-sólidos

espátulas, gase, luvas, palitos de algodão, bisnagas, compressas, esponjas

4. Sólidos

copinhos, colheres, medidas, gral

5. Gasosos

catéteres, nebulizadores, máscaras, capacetes, tendas, aparelhos de respiração automática

B. REGIÕES DE APLICAÇÃO — mais usadas**1. Vias de aplicação****Regiões**

Absorção lenta: intradérmica — antebraço, face anterior

Absorção regular: hipodérmica

— subcutânea	{	— braço = face sup. ant. ext. post. soro — coxas = " " " " insulina — região glútea — insulina
--------------	---	--

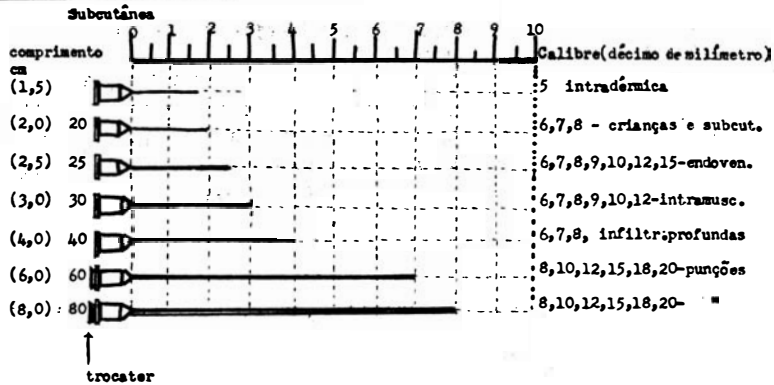
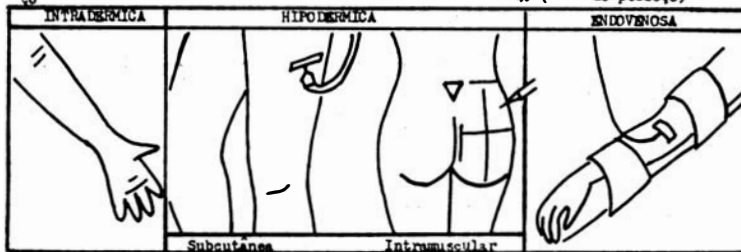
— intramuscular	{	— deltóide — glúteo
-----------------	---	------------------------

Absorção rápida = endovenosa	{	— antebraço — face anterior e prega do cotovêlo (basílica) — mãos — dorso — pés — " — cabeça — cefálica, mediana cefálica
------------------------------	---	--

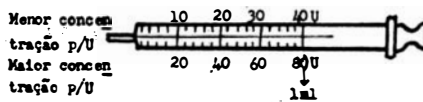
REGIÕES MAIS USADAS

1. Veias do antebraço e mão
 2. (" " tornozelo e pés).
 3. (" da cabeça)
 4. (" do pescoço)

Pele da face interna do antebraço Faces anterior e lateral da coxa Glúteos, Deltóides



Seringas mais usadas: Insulina; 3,5,10,20 e 50ml



2. Razões para escolha das vias

- Ação rápida, regular ou lenta
- Intolerância do organismo
- Pacientes que não podem deglutir
- Ação dos tecidos e fluidos orgânicos sobre os medicamentos
- Quantidade do medicamento.

C. CUIDADOS ESPECÍFICOS COM APLICAÇÃO DE DROGAS

Consultar técnicas de aplicação de:

- antibióticos
 - entorpecentes
 - hipertônicos (necrosantes)
 - insulina
 - testes sorológicos
 - hidratantes
 - outros medicamentos que exigem técnicas especializadas de aplicação.
- (Cursos de técnicas de Enfermagem)

VI — REAÇÕES — INTOXICAÇÕES

Determinantes das reações:

1. **Dose inadequada**, embora certa. Condições que afetam a dosagem: idiossincrasias, idade, peso, sexo, gravidez, lactação, menstruação, temperamento, vias de administração horários (antes ou depois das refeições) estado geral do paciente, alterações dos sinais vitais (TPR — PA).
2. **Erros:**
 - medicação trocada ou errada
 - dose errada
 - prescrição errada
 - via errada
 - paciente trocado
3. **Outros:**
 - tentativa de suicídio
 - alimentos deteriorados

Sinais e sintomas de reação desfavorável (podem ser imediatos ou tardios)

- Circulação: taquicardia, bradicardia, parada, disritmia, alterações da composição do sangue — em quantidade e qualidade (leucócitos, plaquetas, hemácias, plasma) e dos vasos = permeabilidade alterada (hemorragias, petéquias, etc.) colapso circulatório, choque.
- Digestivas: irritação da mucosa, diarreia, vômitos, cólicas, dor, azia, prisão de ventre, modificação da cor das fezes, digestão difícil.
- Glandulares: hipersecreção, hiposecreção, alterações psíquicas e somáticas, modificação da voz, do temperamento, etc.
- Metabólicas: distúrbios, aceleração, retardo.
- Músculos: dor, hipertonia, hipotonia, distonia, incoordenação.
- Órgãos dos sentidos: conjuntivite, surdez, coriza, língua saburrosa, salivação, boca seca.
- Ossos: hipercalcificação, descalcificação, baixa de resistência à infecção.
- Pele e mucosas: conjuntivite, modificação de cor, consistência, temperatura (vermelhidão, palidez, icterícia, cianose, sudorese, calor, edema, secura flacidez), pele fria e pegajosa.
- Respiração: taquipnéia, bradipnéia, apnéia, dispnéia, secreção brônquica, cianose, Cheyne-Stokes, soluços.
- Sistema nervoso: excitação, depressão, cefaléia, tonturas, sonolência, náuseas, vômitos, distonia, mieloses, lipotímia, parestesias, paresias paralisias delírio, torpor, coma, convulsões.
- Urinárias: retenção, anúria, hematúria, oligúria, cristais, dor à micção, modificação da cor, do aspecto e da quantidade de urina.

Providências:

Dependem do tipo de reação e compete à auxiliar:

1. Observar atentamente todos os doentes.
2. Notificar à enfermeira-chefe imediatamente (ou ao médico, se ela estiver ausente).
3. Seguir a orientação recebida.
4. Anotar corretamente:
 - Prontuário
 - Relatório geral
 - Fôlha de controle de tóxicos (quando ministrado)
 - requisição de medicamentos

VII — RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. Conhecer os pacientes e suas reações anteriores.
2. Previsão e reserva adequada de medicamentos e equipamentos, especialmente para emergências.
3. Seguir prescrição médica **escrita**. Só em caso de **emergência** seguir ordem verbal primeiro e pedir prescrição depois. **Perguntar o nome do médico**.
4. Ao transcrever as ordens médicas, conferir duas vezes: nome do paciente, número da enfermaria e do leito, prescrição (data, medicamento, dose, via, número de aplicações por dia, horário, duração do tratamento).
5. Fazer cálculos, **conferir os cálculos** e medir **exatamente** a medicação.
6. Usar recipientes adequados para preparo, medida e aplicação.
7. Não administrar sem consultar a enfermeira (médico ou farmacêutico, na ausência desta) quando notar precipitação, turvação, côr anormal, amolecimento de comprimidos, umidades nos pós ou outra alteração.
8. Não aplicar medicação sem rótulo. Entregar à enfermeira.
9. Ler rótulo e bula sob boa iluminação.
10. Não desviar a atenção do trabalho. Conferir 3 vezes, durante o preparo = rótulo x paciente x prescrição.
11. Não contaminar material esterilizado.
12. Rotular novamente os medicamentos cuja diluição foi alterada, escrevendo a nova diluição e dosagem.
13. **Não deixar que outra pessoa administre o que você preparou e não administrar — medicação preparada por outra pessoa.**
14. Chamar o paciente pelo nome antes de administrar o medicamento; se estiver impossibilitado de responder, conferir ficha leito. Na dúvida, não aplicar sem consultar a enfermeira.
15. Permanecer com o paciente enquanto aplica o medicamento. Havendo mal-estar ou outra reação, suspender imediatamente a medicação. Observar reações imediatas (e tardias).
16. Esperar até que o paciente haja deglutido a medicação oral. Vidro para frascos, ampolas, tubos, potes.
17. Anotar **depois** do paciente receber a medicação. Assumir a responsabilidade antes, durante, e depois da aplicação.
18. Nunca deixar a bandeja ou medicamento de outro paciente sobre a mesa de cabeceira.
19. Assinalar no livro de ordens o que já foi feito. Anotar no relatório de enfermagem.

B I B L I O G R A F I A

1. Manual do Auxiliar de Enfermagem (ABEn) — 1970.
2. FUERST, Elinor V. e WOLFF, LuVern e— Princípios Fundamentais de Enfermeria — 1966.
3. Formulário e Memento Farmacoterápico (Sta. Casa de Misericórdia de S. Paulo) — 1968.
4. Fôlha de teste de E.E.U.S.P. — 1971.
5. ANJOS, Octavio Pereira dos e ANJOS, Amaury Caron dos — Lições de Farmacotécnica — 1964.
6. Zaira Cintra — Drogas e soluções em 10 aulas — 1934.

Assembléias de Delegadas

ASSEMBLÉIAS DE DELEGADAS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Realizadas em Manaus — 12 e 17 de julho, 1971

1. RELATÓRIO DA PRESIDENTE (*)

Período de 1.º de julho de 1970 a 30 de julho de 1971

Senhoras Delegadas

Ao iniciar as sessões administrativas da Associação Brasileira de Enfermagem queremos deixar registrados nossos agradecimentos à Seção do Amazonas que tornou possível uma reunião num dos extremos do País, criando a oportunidade para o maior comparecimento das representantes dos Estados do Norte e Nordeste e Centro-Oeste e para a melhor visualização e compreensão, pelas representantes do Leste e do Sul, dos problemas associativos desta região. Consideramos um verdadeiro privilégio o poder presidir esta Assembléia de Manaus, a capital da integração Nacional.

O período de 1.º de julho de 1970 a 30 de junho de 1971 constituiu, para a ABEn, uma etapa decisiva em sua vida financeira e administrativa. Com o término do edifício destinado a abrigar a parte administrativa da Associação, construído em Brasília, abre-se nova perspectiva para o planejamento de suas atividades futuras. Desde que assumimos a presidência de uma diretoria que tinha a responsabilidade de dar início às obras da construção, fixamos metas para conseguir terminá-las, dentro do menor tempo possível e pelo menor custo. A falta da verba para manter os trabalhos em ritmo acelerado determinou mudanças nas metas, com conseqüente retardamento do término e encarecimento da obra. Os problemas criados por essa situação tornaram imprescindível a suspensão de todo o planejamento relacionado com outras atividades que pudessem acarretar despesas para a ABEn.

(*) Amália Corrêa de Carvalho.

Com a explicação acima estamos tentando justificar o não cumprimento da promessa que fizemos de visitar as Seções e os Distritos, e de dinamizar a Associação, incrementando suas atividades culturais e assistenciais. Nesses três anos, a diretoria planejou e agiu quase que exclusivamente em função da construção de sua Sede em Brasília. Por isso solicitamos a benevolência da Assembléia para o presente relatório, pobre em atividades novas, mas que apresenta o final de uma obra que constitui a aspiração de toda a classe e para a qual todos colaboraram.

Assembléia de Delegadas de 1970 — As resoluções tomadas pela AD foram enviadas às Seções e Distritos da ABEn, algumas para conhecimento, outras para dar cumprimento. Entre essas destacavam-se pela sua importância:

1. Participação das técnicas de enfermagem nas atividades das Seções e Distritos, como convidadas, até que fôsse resolvida a forma pela qual deveriam integrar-se na ABEn.
2. Reinício das gestões para a criação das Associações Profissionais nos Estados, primeiro passo para a criação dos sindicatos.
3. O Título de Sócio Honorário da ABEn conferido pela AD à Dra. Haydée Guanais Dourado, será outorgado na sessão de encerramento do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem — Realizado em São Paulo de 19 a 25 de julho de 1970, constituiu um grande êxito tanto pelo número de participantes quanto pela programação cultural e social. As recomendações foram enviadas às Seções, Distritos, Cursos de Enfermagem, Instituições e autoridades a que foram dirigidas, e mereceram ampla divulgação através do Boletim Informativo. O lucro auferido contribuiu muito para melhorar as finanças da ABEn e foi totalmente empregado nas obras em Brasília.

XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem — As atividades culturais terão início no dia 13 de julho, nesta cidade de Manaus. A Diretoria da ABEn indicou a presidente da Seção do Amazonas, Davina Daisy Riker, para presidir a Comissão Executiva do Congresso. Ficou constituída uma Comissão Auxiliar do Congresso com a finalidade de ajudar na consecução dos recursos materiais necessários à sua programação, com membros da Seção de São Paulo, de onde virá todo o material impresso ou por imprimir. Pertencem a essa Comissão: Clarice Ferrarini, Secretária Executiva da ABEn; Maria Camargo de Oliveira Falcão e Arnaldo Soares Falcão.

Convidada para presidir a Comissão de Temas, Circe de Melo Ribeiro propôs os temas abaixo, aceitos pela Diretoria da ABEn:

Tema I — O princípio da investigação e o processo da observação sistematizada na Enfermagem.

Tema II — Papel da Enfermeira nos Serviços de Saúde diante da Realidade regional e local do Brasil.

Tema III — Participação da Enfermeira no planejamento de Saúde.

Tema IV — Recentes Estudos e pesquisas nas especialidades de Enfermagem.

O "Diagnóstico de Enfermagem", recomendado pelo 22.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, foi considerado assunto ainda pouco conhecido em profundidade, necessitando de maiores atenções locais antes de voltar a ser discutido em Congresso.

Com relação à "Política de Trabalho da ABEn", objeto também de recomendação do 22.º CBEn, um novo documento será discutido em AD e, se aceita como resolução da AD, receberá ampla divulgação do Congresso.

Dispensa de ponto — solicitada ao Exmo. Presidente da República a dispensa de ponto para as enfermeiras funcionárias públicas federais que desejarem participar do 23.º CBEn. Concedida em 24/6/71.

Reuniões da Diretoria — Neste período houve oito reuniões, duas das quais extraordinárias. Do total, 4 foram realizadas em São Paulo 3 no Rio e uma em Manaus, precedendo esta Sessão.

Representações — A ABEn esteve representada nas seguintes atividades:

1. Reunião dos Coordenadores do PIPMO, em Brasília, de 28 a 31 de julho de 1970 — pela Presidente.
2. Homenagem da Seção de Brasília à Maria Rosa S. Pinheiro, Enfermeira do Ano — 1970 — pela Presidente.
3. II Seminário sobre Educação em Enfermagem, realizado em Ribeirão Preto (outubro de 1970) — pela Coordenadora da Comissão de Documentação e Estudos, Anaydê Corrêa de Carvalho.
4. Encontro de Professôras do Curso de Auxiliar de Enfermagem, realizado na EAE 'Braúlio Gomes', em São Paulo — por Moema Barbato.

5. Encontro de Diretoras e Professôras dos Cursos Técnicos de Enfermagem, realizado na EE da Universidade Federal do Rio de Janeiro — por Irmã Maria Tuczyiewisky.

6. IX Congresso Latino Americano de Enfermeiras realizado em novembro de 1970 em Caracas — pela Presidente e por Circe de Melo Ribeiro, 2.^a Vice-Presidente, relatora de um dos temas.

7. Comissão julgadora do Prêmio “Enfermeira Paulista 1971” que foi outorgado durante a Semana de Enfermagem, à enfermeira Maria de Lourdes Almeida, do SESA, de Araraquara — pela Presidente e pela 2.^a Vice-Presidente, Circe de Melo Ribeiro.

8. Na outorga do título “Cidadã Araraquarense” à enfermeira Maria de Lourdes Almeida, pela 2.^a Vice-Presidente, Circe de Melo Ribeiro.

9. Na Assembléia Legislativa da Guanabara, no dia 20 de maio, na Sessão em homenagem às enfermeiras, pela Presidente que agradeceu em nome das enfermeiras brasileiras.

10. Nos funerais e na missa de 7.^o dia por intenção das associadas Dinah Coelho Mathias e Ruth Borges Teixeira — pela Presidente.

11. Seminário sobre Currículo do Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem, realizado no Rio (19 a 30 de outubro de 1970), por D. Iolanda Lindenberg Lima, Diretora da EAE “Bráulio Gomes”.

Viagens da Presidente — Cinco viagens à Brasília para acompanhamento a construção da Sede e quatro ao Rio para tratar de assuntos ligados à Associação; presente, também, à reunião da ABEn, Seção de São Paulo, realizado em Ribeirão Preto. Em Florianópolis, SC realizou uma palestra sobre “A Enfermagem como Profissão” para os estudantes do Ciclo Básico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Colaboração ao PIPMO — MEC — Continua, e com tendência a ser incrementada. Por solicitação do Coordenador do programa foi constituída uma comissão provisória a fim de selecionar os cursos técnicos e de auxiliar de enfermagem que deverão receber ajuda financeira do MEC no exercício de 1971. Pela urgência do pedido não foi possível entrar em contacto com todos os cursos do País para um levantamento de suas reais necessidades, o que foi feito posteriormente, para ser utilizado em 1972.

Pelo pequeno número de respostas que temos recebido pode-se concluir que a situação financeira desses cursos é excelente e dispensa qualquer auxílio do governo.

Colaboração à Coordenadoria — do Ensino Técnico da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo — Está sendo prestada, com o intuito de refrear a proliferação indiscriminada dos cursos técnicos de enfermagem existentes no Estado, e de conseguir modificações na legislação estadual ao ensino médio de enfermagem.

“Prêmio Enfermeira do Ano 1971” — Foram inscritas cinco candidatas: Josefina Melo, pelos Estados de São Paulo, Amazonas, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; Haydée Guanais Dourado por Guanabara, Distrito Federal, Bahia e Paraná; Maria de Lourdes Almeida, por São Paulo; Laís Horta Barbosa, por Sergipe; e Cecília Di Lascio por Pernambuco. Constituíram o júri: como Presidente, o Dr. Mário de Lemos, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo; como Vice-Presidente, a Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, e como membros, o Dr. Hélio C. Parreira, Diretor de Pesquisas da Johnson & Johnson, representando a patrocinadora do Prêmio; a enfermeira Judith Feitosa de Carvalho, chefe da Seção de Enfermagem da Organização Sanitária do Ministério da Saúde; e Irmã Rosália Teresa Pegoraro, Diretora de Escola de Enfermagem Madre “Justina Inês”, de Caxias do Sul, RS. Josefina Melo foi eleita Enfermeira do Ano, 1971.

Bolsas de Estudo

1. “Lais Netto dos Reys”, patrocinada pelo “Valmont Institucional Industrial”, para aperfeiçoamento de enfermeiras em Centro Cirúrgico (2 meses de estágio em hospital-escola), e para a qual concorre somente uma candidata. A instituição selecionada para oferecer o estágio foi o Hospital das Clínicas da FMUSP. A comissão designada para selecionar as candidatas, constituída por Dra. Wanda de Aguiar Horta (EEUSP), Maria Camargo de Oliveira Falcão (HC), Dinéia Tonini (HC) e Maria Isolda Gomes (HC), indicou a única candidata, Maria Aparecida Tôrres Tertuliano, de Recife, e que deverá começar o estágio no segundo semestre do corrente ano.

2. “Izaura Barbosa Lima”, patrocinada pelo Laboratório Americano SA, para aperfeiçoamento de enfermeiras que trabalhem em áreas médico-cirúrgicas (2 meses de estágio em hospital-escola), e para a qual concorreram cinco candidatas. Foi escolhida a mesma instituição para estágio e a mesma comissão para selecionar as

candidatas. Receberá a bolsa no primeiro período, a enfermeira Ana Lúcia Magela, de Belo Horizonte; no 2.º período, Ilza Domingues Silva, também de Belo Horizonte. Ambos os períodos de estágio foram marcados para o segundo semestre do corrente ano.

3. Bolsa "3/M" do ICN — três enfermeiras solicitaram inscrição; a Diretoria da ABEn indicou a enfermeira Berenice Moraes Pinto, de Belém — PA. A bolsa foi concedida à candidata da Associação Japonesa de Enfermagem.

Concurso "Clélia de Pontes", patrocinado pela "Baumer Equipamentos Médico-Hospitalar" para o melhor trabalho sobre "Contribuição da Enfermeira no Contrôlo da Contaminação Hospitalar". Foram inscritos 3 trabalhos: do Maranhão, do Rio Grande do Sul e São Paulo. A Comissão julgadora constituída pelo Professor Virgílio Gonçalves Pereira e pelas enfermeiras Circe de Melo Ribeiro e Yoriko Kamiyana, decidiram desdobrar o prêmio em 1.º e 2.º e concedê-lo, respectivamente, às enfermeiras Marilda Aparecida Pierini, do Hospital dos Clínicas de São Paulo, e Maria Perlin Milioli, do Rio Grande do Sul.

Concurso "Marina de Andrade Rezende" — Realizado entre estudantes de enfermagem. Concorreram apenas 4 trabalhos, dos quais 1 foi premiado em 1.º lugar.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) — O projeto de lei elaborado no Ministério do Trabalho e enviado ao Executivo para encaminhamento aos membros do Congresso não satisfaz plenamente as nossas aspirações por determinar, em seu art. 11, a proporcionalidade de membros nos Conselhos Regionais (metade dos membros mais um de enfermeiras). O projeto continuará sendo objeto de atenção da Diretoria da ABEn que, a fim de não atrazar sua tramitação decidiu, em reunião realizada em Brasília no dia 16 de maio, não interferir mais e deixá-lo tramitar da maneira como está.

Projeto n.º 2.334/70, que acrescenta dispositivos à lei n.º 2.614/55 e define as atribuições do técnico de enfermagem, do Deputado Emílio Gomes — está tramitando normalmente, tendo sido encaminhado pelo Ministério da Saúde (Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina) a ABEn, para opinar, o que já foi feito.

Salário Profissional para enfermeiras — solicitada a interferência dos Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho para a instituição do Salário Profissional, vinculado ao Salário Mínimo, sem nenhum resultado até o momento.

Enfermeira no MEC, nos Departamentos de Ensino Fundamental e médio — solicitada a lotação de uma enfermeira, para auxiliar na verificação e fiscalização dos cursos de enfermagem de 1.º e 2.º graus. Pedido o arquivamento do Processo por D. Zora de M. C. Pereira, assessora, por considerar tal lotação desnecessária e onerosa.

Ante-Projeto de Currículo Mínimo de enfermagem, elaborado pelas diretoras de escolas por ocasião do 22.º CBEn, foi enviado ao Conselho Federal de Educação não tendo sido relatado até o momento.

Comissões Especiais — Conservadas as Coordenadoras: 1) da Construção da Sede em Brasília — Alice A. Maciel; 2) de Finanças — Irmã Tereza Notarnicola; 3) de Revisão dos Estatutos — Terezinha Azeredo; 4) da Política de Trabalho da ABEn — Judith F. de Carvalho; 5) de Revisão do Código de Ética da ABEn — Haydée G. Dourado; 6) do Histórico da ABEn — Anayde C. de Carvalho. Mudanças: 1) de Carreira do Enfermeiro nas Forças Armadas — Ir. Tereza Notarnicola; 2) Preparo de Chapa — Maria da Graça S. C. Imperial; 3) Apuração das Eleições — Maria Camargo de Oliveira Falcão; 4) Executiva do Congresso — Davina Daisy Riker; 5) de Temas do Congresso — Circe de Melo Ribeiro. Comissões novas: 1) de Complementação do Livro de Leis — Izaura Barbosa Lima; 2) para Estudo do Plano de Classificação de Cargos nos três níveis de Enfermagem — Anayde C. de Carvalho.

O trabalho elaborado por esta última Comissão mereceu referências do Diretor Geral do Departamento Administrativo do Pessoal Civil em ofício dirigido à Presidente da ABEn.

Eleições de novos membros da Diretoria — realizadas nos dias 17 e 18 de maio para os cargos de 1.ª Vice-Presidente, 1.ª Secretária, 2.ª Tesoureira e um membro do Conselho Fiscal. A apuração das eleições foi efetuada pela Comissão Especial constituída para esse fim e realizou-se em São Paulo sob a presidência de Maria Camargo de O. Falcão.

Publicações — O Boletim informativo tem saído com regularidade tendo sido aumentada a sua tiragem para 1200 exemplares. Temos recebido reclamações de instituições e grupos de enfermeiras que não o recebem regularmente; essas queixas deverão ser dirigidas às Seções correspondentes, uma vez que não fazemos mais expedição direta, individual, mas sim para as Seções, a quem compete a distribuição em todo o Estado.

Os dois números da Revista Brasileira de Enfermagem, correspondentes ao ano de 1970, já foram enviados às Seções. O primeiro número de 1971 já está na gráfica.

O livro "Princípios de Física e Química aplicados à Enfermagem" de Leda U. Matos, apesar de seu inestimável valor intrínseco e do grande auxílio que representa para o ensino de Enfermagem Médica e Cirúrgica, não tem tido a procura que deveria ter, talvez por desinteresse das professoras das disciplinas acima mencionadas que não o recomendam às estudantes de enfermagem.

O Manual do Auxiliar de Enfermagem continua a ser a publicação mais procurada, agora também pelos alunos dos Cursos Técnicos de enfermagem.

Sairá dentro em breve o "Guia de Enfermagem Pediátrica", elaborado pelas docentes dessa disciplina na EE USP e gentilmente cedido à ABEn para publicação.

Sócio Honorário da ABEn — Pela Seção da Guanabara foi proposto o nome da educadora Simone Rivera pela contribuição à enfermagem brasileira no campo educacional. A proposta será trazida à AD para discussão e votação.

Federação Panamericana de Enfermeiras/os — Foi definitivamente estabelecida com a aprovação dos Estatutos apresentados pela Diretoria provisória e discutidos, alterados e votados pelas delegadas oficiais dos países presentes ao IX Congresso Latino Americano de Enfermagem realizado em Caracas, Venezuela, em novembro de 1970.

Duas delegadas da ABEn, (presidente e 2.^a vice-presidente) tiveram as despesas de viagem pagas pelo Ministério da Fazenda, o que foi conseguido pela Secretária Executiva. As despesas de acomodação correram por conta das próprias delegadas.

De acordo com resolução da AD de Porto Alegre, a ABEn filiou-se a Federação Panamericana de Enfermeiras/os, cuja sede provisória será Caracas, domicílio das atuais Presidente, Secretária e Tesoureira. O próximo Congresso será realizado em Nicarágua, em 1972.

Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) — As pesadas obrigações financeiras que a ABEn assumiu em decorrência da construção de sua Sede em Brasília tornou impossível desviar qualquer soma, por pequena que fosse, para outras atividades. Foi decidido pela Diretoria que em 1971 não seria enviada Contribuição para o ICN, razão pela qual deveria ser solicitada uma "licença" de 2 ou 3 anos, o que foi feito no princípio do ano. Por esse motivo foi cancelada a participação da Presidente e da Secretária Executiva na

Reunião do Conselho de Representantes Nacionais que será realizada na última semana de julho, em Dublin, Irlanda.

A ABEn, através da presidente, 2.^a vice-presidente e da secretária executiva, preencheu um formulário destinado a servir de base para a reestruturação do ICN.

Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMS) — pelo mesmo motivo exposto acima, a ABEn solicitou “licença” desta Associação por ter sido aumentada a quota de contribuição de cada País membro.

Sede da ABEn em Brasília no dia 15 de maio p.p foi inaugurada a primeira fase da Construção, na presença de autoridades civis, religiosas e militares de Brasília e com a participação de membros da Diretoria da ABEn Central e das Seções Estaduais.

Além da placa de inauguração, foi colocada outra com o nome dos que colaboraram para o término da obra, individualmente ou em grupos. Apesar de toda a economia feita nesses dois anos e meio de construção, e da contribuição generosa das Seções e de alguns associados, a ABEn acha-se em débito e com a perspectiva de maiores gastos, se quiser iniciar a mudança para Brasília. Deverá fazer um convênio com a Seção do Distrito Federal estabelecendo condições para a utilização, pela mesma, de um dos andares do edifício, assunto a ser discutido nesta AD.

DAS SEÇÕES

AMAZONAS — Não recebemos relatório

PARÁ — Por motivo de afastamento da Presidente, a 1.^a vice-presidente dirigiu a Seção até março de 1971. O Estado conta com 126 enfermeiras em atividade, das quais 39 são associadas da ABEn, o que representa um aumento de 19 em relação ao ano passado. Continua a campanha de recrutamento de novas associadas.

Atividades: divulgação das recomendações do 22.^o CBen e das sugestões da reunião das presidentes; foram entregues diplomas aos membros das diretorias passadas, em reconhecimento pelos serviços prestados.

1. Das Comissões: a) de Educação: impedido o funcionamento de um curso de enfermagem irregular; publicidade sobre os cursos de enfermagem dos 3 níveis; b) da RBEn: distribuição dos números novos e venda dos antigos; c) de Documentação e Estudos: fornecimento de dados à Comissão Central.

2. **Sociais:** Comemoração da Semana da Enfermagem com palestras e reuniões sociais.

3. **Benefícios conseguidos:** a) ajuda de custo para 10 congressistas e 2 passagens pela FAB (22.º CBEn).

Dificuldades: a) falta de sede própria; b) difícil o recebimento das anuidades.

Planos: a) admissão de uma secretária executiva; b) organização da secretaria; c) tornar a Seção do Pará de "utilidade pública"; d) aquisição da sede própria.

Sugestões: a) apressar a tramitação do Projeto de criação do COFEN b) visita de um dos membros da Diretoria à Seção.

Saldo em caixa Cr\$ 10.908,43.

MARANHÃO — Das 87 enfermeiras existentes no Estado, 67 são associadas da ABEn (35 mais do que no ano de 1970), o que corresponde a 77% do total.

Atividades: a) a Comissão de Educação programou um curso de férias em colaboração com a FUMA, do qual participaram 17 enfermeiras; b) a campanha de recrutamento de novas associadas foi incrementada; c) dentre as atividades sociais destacaram-se as reuniões de conagração por ocasião do Natal e da Páscoa;

Semana de Enfermagem: realizado um Simpósio sobre a "Situação da Enfermagem no Estado". com a participação da Secretaria da Saúde. Ainda: atividades sociais e de divulgação, incluindo a eleição da "Enfermeira Maranhense" — Maria de Lourdes Mota Andrade, 1.ª Presidente da Seção, a quem foi oferecido como Prêmio, uma passagem de ida e volta a Manaus.

Benefícios conseguidos: a) desconto das anuidades em folha; b) ser associada da ABEn constitui um dos requisitos para a admissão em serviços de enfermagem.

Dificuldades: a) pequena frequência às reuniões; b) falta de recursos para a aquisição de uma sede própria; c) falta de tempo das enfermeiras para se dedicarem aos trabalhos da ABEn.

Planos:

1. Realizar cursos; 2 — Instalar um Centro de Estudos de Enfermagem; 3 — realizar palestras sobre a profissão nos cursos secundários em colaboração com o Diretório Acadêmico da EE.

Recomendações:

1. Que se interceda junto ao Governo do Estado para a criação do Quadro de Pessoal de Enfermagem do Maranhão;

2. Que se insista junto às diretoras da EE e às chefes de serviços de enfermagem que facilitem o horário de trabalho dos membros da Diretoria da ABEn.

Saldo em caixa: Cr\$ 1.158,95

PIAUÍ — Existem 33 enfermeiras no Estado (31 na Capital), das quais 22 são associadas da ABEn, 14 mais que no ano passado.

Atividades: divulgação das recomendações do 22.º CBEn e da Reunião das Presidentes; está sendo incrementada a campanha de recrutamento de novas associadas; as Comissões Sociais e de Eleições estiveram ativas respectivamente na Semana de Enfermagem e nas Eleições da ABEn.

Semana da Enfermagem: comemorada com palestras na Rádio, Missa, conferências e jantar de confraternização. Foram homenageadas as enfermeiras mais antigas e as que mais se destacaram durante o ano, bem como os auxiliares e atendentes com muitos anos de serviço hospitalar.

Dificuldades: a) falta de candidatas para os cargos da diretoria; b) desinteresse das enfermeiras pela Associação; c) dificuldades no recebimento das anuidades.

Saldo em caixa: Cr\$ 2.244,36

CEARÁ — Existem 308 enfermeiras no Estado, das quais 55 pertencem à ABEn 10 mais que no ano passado, resultado da campanha de recrutamento levada a efeito pela Diretoria.

Atividades — divulgação das recomendações do 22.º CBEn e das circulares da ABEn Central; divulgação, entre as enfermeiras do Estado, dos assuntos tratados nas reuniões mensais. Do trabalho das Comissões destacaram-se a divulgação das atividades da ABEn, e a divulgação da RBEn.

1. Culturais: foram ministrados dois cursos de atualização em Didática e em Administração, e proferidas 3 conferências, além das palestras e entrevistas efetuadas em colégios secundários para a divulgação da profissão.

2. Sociais: reunião de confraternização por ocasião do Natal.

3. Semana da Enfermagem: Comemorada com atividades científicas, sociais e de divulgação, em colaboração com a EE 'São Vicente de Paula'.

Dificuldade: descobrir um meio de incentivar os membros da Diretoria, incluindo as Comissões, a trabalharem para a Associação.

Planos:

1. Incrementar a campanha de recrutamento de associadas.
2. Promover cursos de atualização de conhecimento para as enfermeiras, auxiliares de enfermagem e atendentes.

Recomendações:

1. Visitas periódicas de membros da Diretoria às Seções.
2. Aumentar a tiragem do B.I. para que um maior número de enfermeiras possa recebê-lo.
3. Distribuir cópias dos Estatutos entre as enfermeiras.

Saldo em Caixa: Cr\$ 3.613,50

RIO GRANDE DO NORTE — O relatório da Seção apresenta a contribuição de sua Diretoria e relata o programa desenvolvido por ocasião da Semana de Enfermagem, em colaboração da UNAE e a Escola de Auxiliares de enfermagem: palestras, conferências e um Curso de Atualização para auxiliares de enfermagem, além de reuniões sociais. Foi intensificada a campanha de recrutamento de associadas.

PARAÍBA — Não recebemos relatório.

PERNAMBUCO — Das 271 enfermeiras do Estado, 79 são associadas já quites com a ABEn, e outras 79 estão em processo de quitação; em relação ao ano passado há 16 novas associadas.

Atividades — divulgação das recomendações do 22.º CBEn e da reunião das presidentes. Foram iniciadas as gestões para a criação da Associação Profissional, primeiro passo para a Sindicalização das enfermeiras. Publicação do Boletim Informativo da Seção. Participação em atividades culturais e sociais.

1. Das Comissões: a) **De Assistência de Enfermagem:** verificação das condições de alguns cursos de auxiliares de enfermagem; auxílio na campanha de recrutamento aos cursos de enfermagem; orientação à enfermeiras estrangeiras com relação a revalidação de diplomas; participação na elaboração do Seminário para a III Jornada Pernambucana de Enfermagem; b) **de Documentação e Estudos:** fornecimento de dados à Comissão Central; c) **de Educação:**

curso de "Problemática da Enfermagem", em colaboração com a Fac. EUFPE, desenvolvido pela Dra. Haydée G. Dourado; colaboração no planejamento das conferências da III jornada, sobre Esterilização, Enfermagem Psiquiátrica, e Iniciação à Pesquisa; d) de **legislação**: orientação às enfermeiras sobre a legislação de enfermagem; acompanhamento dos memoriais ao INPS sobre retificação do enquadramento de enfermeiras obstétricas; e) **Relações Públicas**: divulgação das atividades da Seção; reuniões sociais de confraternização; mensagens de cordialidade a outros profissionais; homenagens a colegas por serviços relevantes na enfermagem; recrutamento de associadas; instituição do fundo de Ajuda Mútua.

2. **Semana da Enfermagem** — realização da III Jornada Pernambucana de Enfermagem.

3. **Participação das técnicas de enfermagem e dos alunos das EE nas reuniões mensais.**

4. **Aquisições**: de um terreno (15x24) a prestações; de livros e material de secretaria. Recebidos donativos diversos entre os quais uma pulseira de ouro para reverter em verba para a construção de uma casa na praia.

Dificuldades: a) indiferentismo das enfermeiras em relação à ABEn; b) o "per capita" alto força o aumento da anuidade, o que não é bem aceito pelas associadas.

Planos: a) continuar com os cursos de atualização para enfermeiras b) incrementar a campanha de recrutamento de associados; c) construir a casa das Enfermeiras Pernambucanas, na praia; d) realizar um Seminário para enfermeiras no 2.º semestre; e) realizar Cursos de Enfermagem no Lar; f) registrar a Associação Profissional no MTPS; g) continuar reivindicando melhoria no salário e ampliação do quadro de enfermeiras do Estado.

Recomendações: a) visita semestral de um membro da Diretoria à Seção; b) solicitação de Salário Profissional para a enfermeira e permissão para acumulação de cargos; c) notificação, pela Comissão da RBEn da recusa de trabalhos para publicação; d) concessão do título de sócio honorário à Enfermeira Clarice Della Torre Ferrarini.

Congratulações — à Diretoria da ABEn pela conclusão do Palácio das Enfermeiras em Brasília.

Saldo em Caixa: Cr\$ 11.984,47

ALAGÔAS — Não recebemos relatório.

SERGIPE — o Estado conta com 47 enfermeiras, das quais ape-

nas 14 estão quites com a ABEn. Houve um decréscimo de 21 associadas em relação ao ano passado.

As atividades da Seção consistiram nas reuniões programadas para o ano e na organização dos trabalhos de secretaria.

Planos: a) realizar cursos de atualização de conhecimentos; b) tornar a Seção "de utilidade pública".

Recomendações — Que a ABEn Central envie orientação e sugestões para auxiliar na resolução das dificuldades encontradas.

Saldo em Caixa: Cr\$ 1.167,12

BAHIA — O Estado conta com 250 enfermeiras das quais 60 são associadas da ABEn (12 menos que no ano passado). Foi feita campanha para recrutamento de novas associadas. A Seção já possui uma secretária executiva.

Atividades: divulgação das recomendações do 22.º CBEn e das recomendações da reunião de presidentes.

1. Culturais: participação no VI Congresso Brasileiro de Hospitais b) publicação do Boletim Informativo da Seção; c) participação nos concursos da EEUFBA;

2. Das Comissões: a) de Educação: organização de cursos e entendimentos com os dirigentes do PIPMO; b) de Documentação e Estudos: Levantamento de dados no Estado, por solicitação da Comissão Central; c) de Legislação: defesa do Projeto 157/67 que regulamenta horário e honorários das diversas categorias de enfermagem possui advogado para assessorar a comissão d) da RBEn: distribuição da revista entre as associadas.

3. Sociais: oferecimento de placas homenageando as enfermeiras M. Ivete R. Oliveira e Iracy Silva Costa; entrega do Prêmio "Fundo de Estudos Nilza Garcia" à enfermeira Célia G. D. Coelho pelo trabalho sobre Assistência Materno Infantil; projeção de filmes, festa de conagração pelo Natal; comemorações na semana de enfermagem.

4. Colaboração a autoridades: indicação de enfermeiras para vagas nos serviços de saúde; esclarecimento sobre a irregularidade de um curso de auxiliar de enfermagem.

5. Benefícios conseguidos: publicidade gratuita na imprensa falada e escrita; contribuições para o programa da Semana de Enfermagem.

Dificuldades: a) falta de candidatos a cargos da Diretoria; b) conseguir a quitação das associadas; c) falta de colaboração na construção da Sede em Brasília; d) pequena frequência às reuniões;

e) despesas grandes com a Sede da Seção; f) falta de pessoal administrativo na secretaria.

Planos: a) realização de um Seminário sobre saúde pública; b) visitas às associadas nos locais de trabalho; c) palestras sobre a ABEn para alunas do 3.º e 4.º ano das EE; d) tornar a Seção da Bahia de "utilidade pública"; e) promover palestras e conferências para as associadas; f) participar do Congresso da UNAE, a realizar-se em Salvador.

Recomendações:

1. Que as diretoras de escolas e os chefes de serviços facilitem horário de trabalho para os membros da Diretoria da ABEn.

2. Que seja enviado apêlo ao Presidente da Câmara Federal para apressar a tramitação e aprovação do Projeto n.º 157/67 do Dep. João Alves.

Saldo em Caixa: Cr\$ 3.665,22

RIO DE JANEIRO — Das 260 enfermeiras existentes no Estado do Rio, 65 são associadas quites da ABEn, sendo 54 de Niterói e 11 do Distrito de Campos, recém-criado; em 1970 havia 118, sendo que 14 pertenciam ao Distrito de Volta Redonda. O trabalho de recrutamento, de novas associadas continua intensivo.

Atividades: Divulgadas e postas em execução as recomendações do 22.º CBEn e da 6.ª Reunião de Presidentes. A Comissão de Legislação está trabalhando para que seja instituído o Prêmio "Enfermeira Fluminense"; a Comissão de Educação colaborou nas atividades da Semana de Enfermagem.

1. **Culturais:** Curso sobre "Diagnóstico de Enfermagem" (40 enfermeiras); Ciclo de Estudos sobre Temas Psiquiátricos, para profissionais da área de saúde; aula inaugural do Curso de Auxiliar de Serviços Médicos, em Campos; Cursos em Convênio como o PIPMO: de Instrumentação Cirúrgica (1), de Auxiliar de Serviços Médicos (5) para um total de 90 alunos; Jornada de Estudos sobre "Novos Métodos de Esterilização e Assepsia Médica", durante a Semana de Enfermagem, sob a direção da enf. Nivalda Santos e patrocinado pela EEUFF.

2. **Sociais:** Sessão Solene, churrasco, coquetel e almoço de confraternização durante a Semana de Enfermagem, quando foi homenageada a enfermeira Izaura Lopes de Godoy, e feita a entrega de certificados às enfermeiras que exerceram cargos na Diretoria de Seção. O coral do Curso Técnico de Enfermagem de Petrópolis apresentou-se no Programa Flávio Cavalcânti.

3. Colaboração com o Governo e com Instituições da comunidade — inspecção do Curso Técnico de Petrópolis; visitas a hospitais e maternidades da capital e do interior; assessoria em processos sobre enfermagem (Secretaria da Saúde e INPS); assessoria nos programas do PIPMO; atendimentos a colégios para orientação quanto aos Cursos Colegiais de Enfermagem; colaboração à Secretaria de Saúde no estudo do convênio com a Organização dos Voluntários da Paz para a vinda de enfermeiras americanas para as cidades do interior; representação da Seção em diversas cerimônias e solenidades, em Niterói ou no Rio.

Benefícios conseguidos — em dinheiro e em material, de laboratórios e das próprias associadas.

Dificuldades: relacionadas com o pequeno número de associadas atuantes, com a falta de tempo das que trabalham em regime de tempo integral, e da falta de verba para gratificar uma escriturária para a Seção.

Planos: 1) continuar com a campanha de recrutamento de novas associadas; 2) manter a sede aberta diariamente; 3) intensificar os convênios com o PIPMO; 4) conseguir que uma enfermeira integre o Conselho Estadual de Educação;

Recomendações:

1. Que a Diretoria da ABEn continue atuando junto ao MTPS a fim de evitar que os cursos da área da enfermagem patrocinados pelo PIPMO sejam entregues aos médicos ou aos administradores hospitalares.

2. Voto de reconhecimento ao Sr. Ricardo de Souza, coordenador do PIPMO-MEC em Niterói, pelo apoio à Seção.

3. Que se dê prioridade à luta pela revisão do currículo mínimo de enfermagem, pelo CFE.

Saldo em Caixa: Cr\$ 6.603,71

GUANABARA — Existem no Estado cerca de 1800 enfermeiras, sendo que no momento constam como associadas da ABEn apenas 274. Em dezembro de 1970 havia 613 sócias quites. Houve, portanto, um decréscimo de 339. O serviço de secretaria está bem organizado e a Seção funciona em Sede Própria. Apresentou relação detalhada dos bens móveis e dos imóveis que possui.

Atividades: implementadas as recomendações do 22.º CBen e da Reunião de Presidente; realizado um curso sobre Problemática da Enfermagem; as estudantes de enfermagem foram convidadas a par-

participar das atividades da ABEn; Seminário de Enfermagem com o tema do último congresso; organização de cursos em colaboração com o PIPMO; distribuição de certificados a ex-membros da Diretoria da Seção; verificação dos cursos ilegais de enfermagem.

1. Das Comissões: a) de Assistência de Enfermagem; colaboração no acompanhamento do Processo do COFEN, no Rio, no Festival Nacional da Criança e com o Boletim Informativo da Seção; b) de Educação: realização do Curso sobre Problemática do Diagnóstico de Enfermagem, por D. Vilma de Carvalho; planejamento de cursos para auxiliares de enfermagem e atendentes das Casas de Saúde; conferências sobre Unidades de Terapia Intensiva em 4 hospitais do Rio; colaboração no Festival Nacional da Criança; planejamento de Cursos para treinamento de auxiliares de serviços médicos em colaboração com o PIPMO; c) de Documentação e Estudos: atualização de dados, complementando as informações solicitadas pela ABEn Central; estudo sobre a participação das docentes das EE nas atividades da ABEn — como resultado do questionário houve aumento da presença das docentes nas reuniões da Seção.

2. Culturais: realizados três cursos para enfermeiras, um para auxiliares de enfermagem, duas conferências, dois painéis, uma mesa redonda e uma entrevista coletiva, sobre assuntos de interesse do pessoal de enfermagem.

3. Sociais: a presidente da Seção visitou 10 hospitais e 2 escolas de enfermagem.

Benefícios recebidos: a Seção recebeu inúmeros donativos de laboratórios, bancos, hospitais, indústrias, escolas de enfermagem, etc. e a contribuição da imprensa falada, escrita e televisada na divulgação da Semana da Enfermagem.

Dificuldades: a) falta de tempo da própria presidente da Seção; b) demissões das coordenadoras das Com. de Educação e da Legislação; c) a distribuição da RBen entre as associadas ainda constitui problemas; d) impossibilidade de resolver problemas internos dos hospitais, o que desgosta as enfermeiras.

Planos: a) incrementar a campanha e recrutamento de associadas; b) continuar as visitas da presidente às Instituições da Guanabara e às Escolas de Enfermagem; c) incrementar a divulgação sobre as atividades da ABEn e sobre a Semana da Enfermagem; d) colaborar com a ABEn Central na construção da Sede em Brasília. As Comissões Permanentes apresentaram planos de trabalho que incluem: divulgação de concursos para preenchimento de vagas;

promoções de cursos de atualização de conhecimentos, cursos de Enfermagem no Lar, Primeiros Socorros, Prevenção de Acidentes; colaboração com o PIPMO.

Recomendações:

1. que a ABEn dê apoio ao projeto de aposentadoria aos 25 anos.
2. que a ABEn Central ceda o terreno da Ilha do Governador à Seção da Guanabara.
3. que sejam bem definidos os dizeres e a validade dos certificados dos cursos realizados em convênio com o PIPMO, para evitar interpretações errôneas por parte dos empregadores.

Saldo em Caixa: Cr\$ 26.440,30

MINAS GERAIS — Não recebemos relatório.

SÃO PAULO — Estima-se em 1.500 o número de enfermeiras no Estado e até a data deste relatório havia 537 quites com a Associação, 132 menos que em 1970. Continua a campanha para o recrutamento de novas associadas e de quitação das antigas, para o que a Seção conta com o auxílio de 3 estudantes de enfermagem, suas bolsistas.

Atividades: a Seção organizou com pleno sucesso o 22.º CBEn, sob a presidência de Maria Camargo de Oliveira Falcão; pôs em execução as recomendações do Congresso com relação ao atendimento de pedidos de assessoria e ao incentivo à participação das estudantes de enfermagem em suas atividades.

1. Das Comissões:

a) de Educação e da Com. Especial de Cursos: em convênio com o PIPMO foram realizados 3 cursos de Instrumentação Cirúrgica (certificados a 90 alunos); em realização um curso de Enfermagem no Lar (24 alunos); outros cursos: de Atualização sobre Metodologia de Ensino, de Enfermagem no Lar (2 cursos, um dos quais patrocinados pela Winthrop); foi realizado um Seminário sobre "Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem" na EAE "Bráulio Gomes"; realizadas palestras sobre temas educacionais pela coordenadora da Comissão; Moema Barbato, no INPS, em Jundiá e em Ribeirão Preto; está sendo planejado para o 2.º semestre um Curso de "Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva", de um semestre de duração; a Com de Educação está dando assessoria à Coordenação do Ensino Técnico da Secretaria de Educação do Estado e as escolas técnicas e de auxiliar de enfermagem; representou a

Seção na solenidade da outorga do título "Cidadã Araraquarense" a Maria de Lurdes Almeida, a Enfermeira Paulista em 1971.

b) de Assistência de Enfermagem — realizou 8 reuniões com grupos da saúde pública, 10 com grupos de enfermeiras hospitalares e 3 reuniões gerais; organizou e realizou o "I Encontro de chefia e Direção de Enfermagem", durante a Semana da Enfermagem; está programando um curso de atualização sobre Direção de Serviço de Enfermagem, a ser realizado no 2.º semestre.

c) de Documentação e Estudos — está fazendo um levantamento das enfermeiras existentes no Estado.

d) da RBEn — distribuição pontual da revista; houve desvio de 129 exemplares do número 1-2/70.

e) de Legislação — atualmente tratando da legalização dos documentos de compra da Sede da Seção.

As Comissões Especiais desenvolveram importante trabalho, o que muito contribuiu para a dinamização das atividades da Seção. A Com. de Divulgação e Relações Públicas elabora mensalmente o B.I. da Seção. A Com. Pró-Sede em Brasília, através de reuniões sociais, levantou os Cr\$ 5.000,00 da Placa Institucional da Seção. A Com. Pró-Sede da ABEn. São Paulo, incumbida de selecionar imóvel para a Sede da Seção, conseguiu um próximo ao Hospital das Clínicas e que foi adquirido por oitenta mil cruzeiros. A Com. da Semana de Enfermagem organizando o programa comemorativo e que incluiu: o III Encontro de Enfermeiras de Centro Cirúrgico, 1.º Encontro de Chefia e Direção de Enfermagem, além de reuniões sociais e de confraternização entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e estudantes; foi outorgado o Prêmio Enfermeira Paulista 1971 à Maria de Lurdes Almeida, do Distrito de Araraquara: a Seção foi representada na inauguração da Sede em Brasília por uma delegação chefiada pela sua Presidente. A Semana de Enfermagem foi comemorada também nos Distritos de Ribeirão Preto e de Araraquara. As Comissões de Lanches e da Festa de Natal encarregaram-se dos lanches após as reuniões mensais e do almoço do Natal oferecido às associadas.

Outras atividades: a) a Seção é representada no Conselho Estadual de Saúde por Clarice Della Torre Ferrarini; b) patrocinou o prêmio e realizou o concurso "Enfermeira Paulista de 1970; indicou duas candidatas ao Prêmio Enfermeira do Ano, 1970; realizou uma de suas reuniões ordinárias no Distrito de Ribeirão Preto, e realizará a reunião de junho em Santos; oferece uma bolsa de es-

tudos a uma estudante de enfermagem e três bôlsas-trabalho (Cr\$ 1.000,00) a estudantes que cobram as anuidades das associadas da ABEn.

A secretaria da Seção mantém expediente diário de 12 às 13 horas.

Dificuldades: a) de comunicação e entrosamento com os Distritos; b) sobrecarga de trabalho para alguns membros da diretoria; c) frequência pequena às reuniões; d) os regimes de Dedicação Exclusiva e Tempo Integral dificultam a participação nas atividades da ABEn; e) falta de interesse pela Associação demonstrado pelo não pagamento das anuidades e pelo desconhecimento de suas atividades.

Recomendações:

1. Reestudar os Estatutos, artigos 16 e 17 que tratam dos critérios para a admissão de associados, procurando incluir as enfermeiras estrangeiras que não podem revalidar seus diplomas no País; nos mesmos artigos, para possibilitar a definição e ingresso dos técnicos de enfermagem como associados.

2. Estudar a possibilidade de promoção da campanha nacional de divulgação e comunicação de massa, que vise mostrar a real imagem da enfermeira e da enfermagem.

3. Colocar em dia a publicação da RBEn, aumentando os números publicados anualmente — há necessidade de atender à demanda para a publicação de trabalhos.

Saldo em Caixa: Cr\$ 50.559,02

PARANÁ — A Seção conta com 87 associadas, 4 mais que em 1970. Algumas instituições facilitam o desconto da anuidade em fôlha, o que facilita o seu pagamento. As recomendações da 6.^a reunião das Presidentes foram divulgadas.

Atividades das Comissões: a) de Educação: Cursos de Enfermagem no Lar no programa de Cursos de Verão da UFPR; está planejado para o 2.º semestre um curso de Instrumentação Cirúrgica, em colaboração com o SENAC; b) de Documentação e Estudos: está fazendo um levantamento de todo o pessoal de enfermagem dos hospitais e dos cursos de enfermagem do Estado; c) da RBEn — distribuição das revistas, do B.I. e elaboração do B.I. da Seção.

Atividades Sociais: Reunião de Natal, em homenagem à enfermeira Edna Tissen que se despedia do País de volta aos Estados Unidos.

Semana da Enfermagem — uma das mais brilhantes já realizadas, com muita divulgação e grande programação social. Foi prestada homenagem à enfermeira Alice Michand, pioneira no Estado. Os núcleos de Londrina e Maringá foram visitados.

Dificuldade — falta de tempo para atender a tôdas as solicitações feitas à Associação.

Reconhecimento — à Secretária Executiva pela comunicação simpática e eficiente.

Saldo em Caixa: Cr\$ 3.248,47

SANTA CATARINA — Existem 56 enfermeiras no Estado, 32 das quais trabalham na Capital. A Seção conta com 22 associados, 3 a mais que em 1970, resultado da campanha de recrutamento entre as enfermeiras recém-chegadas ao Estado. Possui Secretária Executiva — uma hora por dia.

Atividades — estudo e discussão das recomendações da reunião de presidentes; divulgação das recomendações do 22.º CBEn; participação das estudantes de enfermagem nas atividades da Seção; realização do Curso de Creatividade Comunitária, planejado pela Com. de Educação; participação na Com. pró-organização do Pronto Socorro em Florianópolis, colaborando com a ACM e com o prefeito municipal; participação no Conselho Metropolitano, que visa o desenvolvimento da Ilha.

Semana da Enfermagem — atividades culturais, sociais e de divulgação.

Dificuldades: a) falta de tempo para dedicar à ABEn; b) difícil encontrar candidatas a cargos na Diretoria; c) pequena disponibilidade financeira.

Planos: a) realização de cursos no 2.º semestre; b) continuação de recrutamento de associados; c) conseguir sala maior para a ABEn e mobiliá-la.

Recomendações: que se continue a luta pela criação do COFEN.

Saldo em Caixa: Cr\$ 2.306,82.

RIO GRANDE DO SUL — Existem 450 enfermeiras no Estado dentre as quais 64 são associadas da ABEn; houve um decréscimo de 17 em relação ao ano passado, apesar da intensificação da campanha de recrutamento levada a efeito pela Diretoria da Seção.

Atividades — a) reformulação do Boletim Informativo da Seção; b) participação no Conselho Estadual de Saúde e do Corpo Colegiado do Curso de Metodologia do Ensino para professores da área de Saúde; c) visita aos Distritos de Caxias do Sul e de Sta. Maria.

1. Culturais: realização de 2 cursos de atualização para atendentes.

2. Semana da Enfermagem: publicidade pela imprensa escrita e falada, realização de conferências (4) e reuniões sociais de confraternização.

Benefícios conseguidos: doações em dinheiro e em espécie para a Sede da Seção.

Dificuldades: a) falta de cooperação do grupo e frequência pequena às reuniões; b) Comissões Permanentes colaboram pouco; c) despesas com a sede da Seção; d) pouca comunicação com os Distritos; e) correspondência incompleta da ABEn Central.

Saldo em Caixa: Cr\$ 4.002,43

GOIÁS — o Estado conta com 159 enfermeiras, das quais 110 são associadas da ABEn, oito mais que no ano passado. A campanha de recrutamento de novas associadas teve pleno êxito, principalmente no interior do Estado.

Atividades da Semana de Enfermagem: palestras em 13 bairros da Capital com projeção de filmes e "Slides", sobre assuntos de saúde pública e palestras pela TV local e atividades sociais, entre as quais o comparecimento à solenidade de inauguração da Sede da Associação em Brasília.

Benefícios — a Seção receberá este mês a sala que comprou para instalar sua Sede (alugada até a presente data).

Dificuldade — a correspondência da ABEn Central foi escassa este ano, e quando recebida vinha com grande atraso.

Saldo em Caixa: Cr\$ 3.039,08

DISTRITO FEDERAL — Existem 320 enfermeiras das quais 69 quitaram-se com a ABEn em 1971; houve decréscimo de 12 em relação ao ano anterior. A campanha de recrutamento foi incrementada e sugerido o desconto mensal de Cr\$ 10,00 em folha, o que poderá levar a um aumento do número de associadas.

Atividades: divulgação das recomendações do 22.º CBen e iniciativas no sentido de cumpri-las tentando definir o modelo de cada uma das 3 categorias de pessoal de enfermagem. Através da EAE de Brasília trabalha o desenvolvimento das enfermeiras: 3 das professoras conseguiram bolsas de estudo (1 na Inglaterra e 2 no Rio). A

Seção tem colaborado no acompanhamento do processo do COFEN. Subsídios para homologação do aumento salarial das enfermeiras da Fundação Hospitalar do D.F.

1. Sociais: homenagem à enfermeira do Ano, 1970; homenagem às enfermeiras dos Estados do Centro Oeste; jantares de confraternização; churrasco de confraternização, sessões cinematográficas.

2. Culturais: Curso de Integração do Ensino de Enfermagem, ministrado por Judith F. Carvalho e Simone Rivera; curso de Enfermagem no Lar para alunos do colégio Pré-Universitário.

3. Semana de Enfermagem — Realizados um Curso de Assepsia e a 2.^a Jornada de Enfermagem; concurso de cartazes patrocinado pela Johnson & Johnson; inauguração da Sede da ABEn com a participação de um grande número de enfermeiras; foram sorteadas 5 passagens Brasília-Manáus-Brasília entre as associadas da Seção (doação de Laboratórios-4 e da Enciclopédia Barsa - 1).

4. Das Comissões: colaboração nas áreas da legislação, da Construção da Sede, da Educação e da Divulgação.

Benefícios conseguidos: local para as reuniões mensais; donativo de Cr\$ 5.000,00 do Dep. Romano Massignan.

Dificuldades — de instalação, o que será sanado quando a Seção puder mudar-se para a Sede da ABEn.

Planos: a) Organização da Secretaria; b) realização de encontros de enfermeiras das diferentes especialidades; e) editar o Boletim Informativo da Seção; d) integrar progressivamente a enfermagem na comunidade.

MATO GROSSO — A Seção conta com 12 associadas, 2 mais que no ano anterior.

Atividades — Comemorações dos aniversários das associadas e da Semana de Enfermagem. A Seção está quites com seus compromissos com a ABEn Central.

Plano — Tornar a Seção de Mato Grosso de “utilidade pública”. Saldo em caixa: Cr\$ 112,00

CONCLUSÃO — Como acabaram de vêr pelas atividades desenvolvidas pelas 17 Seções que enviaram relatório, êste foi um ano de progresso para muitas delas. Acreditamos que êsse desenvolvimento atingirá, muito em breve, a tôdas as Seções e a tôdas os Distritos da Associação.

Ao finalizar mais um ano de gestão na presidência da ABEn desejamos mais uma vêz agradecer a todos aqueles que de alguma maneira tenham colaborado com esta Diretoria, emprestando asses-

soramento e cooperação ou oferecendo doações em dinheiro, serviços, materiais ou mesmo de acomodação e abrigo.

Agradecimentos muito especiais a Clarice Ferrarini pela valiosa atuação na Secretaria Executiva e na Comissão Auxiliar do 23.º CBEn; à Irmã Tereza Notarnicola pela alquimia que empregou no trato com os dinheiros da Associação e por ter aceito mais uma tarefa, a de substituir Diva Câmara na Comissão da Construção da Sede; à Alice A. Maciel pela constância energia e discernimento com que presidiu esta mesma Comissão; aos demais membros da Diretoria, comissões Especiais, Seções e Distritos, pelo apoio, compreensão e ajuda oferecida durante todo este período de trabalho.

2. RELATÓRIO DA SECRETÁRIA EXECUTIVA DA ABEn *

As atividades da Secretária Executiva, em São Paulo, foram desenvolvidas de tal maneira a manter contacto periódico com as Seções, cobrindo durante o período de julho de 1970 a junho de 1971, a programação de rotinas e outros relacionados com a ABEn.

Recebemos, desde outubro de 1970 a colaboração da escriturária D. Irma Duarte e na expedição de correspondência, a ajuda do Sr. Geraldo José de Faria, funcionário do Hospital das Clínicas.

Para o transporte da correspondência recebemos a colaboração costumeira da Johnson & Johnson, através do seu serviço semanal de malote para algumas capitais.

De uma maneira geral a correspondência foi expedida sem dificuldades; recebemos queixa da Seção do Rio Grande do Sul e Bahia, ambos servidos pelo malote. Reclamamos junto à Divisão Hospitalar e memorando foi expedido aos representantes nos vários Estados, no sentido de atender com prioridade o expediente da ABEn.

Recebemos também queixa do atraso da correspondência da Seção de Goiás em virtude de troca de enderêço; a situação foi acertada com a Presidente e a correspondência não recebida foi repetida. Convém registrar que não recebemos de volta essa correspondência que era enviada a uma Escola de Enfermagem.

Das Seções para a Diretoria ou Secretaria Executiva da ABEn, podemos afirmar que foi boa a troca da correspondência com a

* Clarice Ferrarini.

maioria das Seções; entendimentos foram facilitados, com o uso do telefone, principalmente agora, com a discagem direta, pois na mesma noite falávamos com Pôrto Alegre, Brasília, Recife, Salvador e nossa sucursal na Guanabara. Lamentamos a falta de notícias de algumas seções.

Com outros órgãos ou repartições públicas mantivemos bons relacionamentos e troca de informações. Com as organizações internacionais mantivemos correspondência séria e decisiva, além daquelas de rotina. Não registramos atraso de expediente burocrático da ABEn.

O B.I. teve a sua capa alterada face a adoção do novo emblema da ABEn, aprovado no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1970. Foi elaborado e expedido sem atraso, para todas Seções e outros órgãos. O número enviado foi aumentado por solicitação de algumas Seções.

MOVIMENTO DA SECRETARIA

Correspondência recebida:

— cartas estrangeiras	53
— cartas	247

Correspondência enviada:

— cartas	220
— circulares	814
— Cartas circulares	220
Boletim Informativo (exemplares)	13.200

O papel para o B.I. foi doado pelas Divisões Ethicon e Hospitalar da Johnson & Johnson.

O papel para uso da secretaria (correspondência e circulares) foi doado pela Indústria de Papel Simão S/A.

O Estatuto foi impresso num total de 1.000 exemplares com papel doado pela Indústria de Papel Simão S/A.

O gasto com tipografia foi apenas aquele fora de rotina (convites, cartões de Natal, diplomas).

Além das atividades próprias da secretaria fizemos todos os entendimentos com os patrocinadores de bolsas de estudo e controlamos o processo de inscrição e seleção para as bolsas Laís Netto dos Reis e Isaura Barbosa Lima.

O Prêmio "Clélia Pontes" e "Marina Andrade Rezende" tiveram os patrocinadores para o ano de 1971. Fizemos a divulgação e o recebimento dos trabalhos para o Prêmio Clélia Pontes. Foram ins-

critos trabalhos das Seções do Maranhão, Rio Grande do Sul e São Paulo.

O Prêmio Marina Rezende ficou a cargo da Coordenadora da RBEEn.

A medalha "Edith Magalhães Fraenkel" foi atualizada pela Divisão Hospitalar da Johnson & Johnson e será conferida pela primeira vez, no XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Cumprindo decisão das reuniões de presidentes realizada em 22/7/70, encaminhamos às Seções: estatutos, cópia do decreto da Enfermeira Paulista, clichê, decreto sobre Utilidade Pública e ata da reunião de Presidentes.

Preparamos para oferecer às Seções um documento de registro de funcionamento, com dados de interesse, de acordo com a legislação vigente. Preparamos também diplomas para os ex-membros da Diretoria da ABEN e Presidentes de Seções que completaram mandato em julho de 1971.

Colaboramos com a Sra. Presidente na fase final de instalação da Sede em Brasília, visitando a obra, elaborando a placa de inauguração, confeccionando convite e finalmente, com muita alegria participamos da festa de sua inauguração.

Participamos de todas as reuniões de Diretoria e de outros contatos relacionados com a ABEN.

Assistimos a Sra. Presidente naquilo que nos foi possível, e de acordo com o nosso tempo disponível.

Queremos agradecer as colaborações recebidas da Johnson & Johnson, Indústria de Papel Simão S/A e Baumer Equipamentos Hospitalares S/A. Agradecemos também aos funcionários da E.E. São Paulo e H.C. pela presteza de atendimento de nossas solicitações e boa vontade demonstrados com a ABEN.

As Sras. Presidentes de Seções, sensibilizada agradecemos o apoio, o incentivo, a palavra amiga e a colaboração que recebemos no exercício de nossas funções. A Irmã Tereza que além de importante função de Tesoureira auxilia como Secretária ad-hoc na Guanabara, o nosso carinho e amizade.

Aos membros da Diretoria da ABEN, na pessoa da Sra. Presidente os meus agradecimentos pela confiança e oportunidade de participar das atividades da Diretoria, em tão importante função.

3. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO *

Relatório das Atividades — agosto, 1970/junho, 1971.

Cumprindo dispositivo estatutário temos a honra de submeter à Diretoria da ABEn e os membros dessa Assembléia de Delegados, o relatório das atividades desta Comissão que podem ser assim resumidas:

1) Atividades relacionadas com o currículo mínimo do curso de enfermagem.

Durante quase um decênio a ABEn vem se empenhando junto ao Conselho Federal de Educação, no sentido de reformular o currículo mínimo do curso de enfermagem, conforme definido na Portaria 271/62. Para tanto, vem oferecendo àquêle Conselho numerosos subsídios sob a forma de exposição de motivos, anteprojetos de currículos, etc. De maio de 1968 até agora, quatro estudos já foram apresentados. O último deles, enviado em outubro de 1970, visou conciliar as tendências dos anteprojetos anteriormente elaborados. Procurando seguir a orientação predominante no C.F.E., êsse estudo propõe um currículo visando o diploma de Enfermeira com uma habilitação polivalente. Assim é que foi feita a previsão para uma fase de estudos comuns e uma outra diversificada, com 3 áreas de concentração a ser cumprida no último período do curso. As três áreas correspondem a: Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica. A carga horária global foi prevista para 3.240 horas. Anexo ao anteprojeto encaminhamos, mais uma vez, exposição de motivos e um pequeno histórico referente ao desenvolvimento da educação da enfermagem brasileira, desde o esquema proposto pelas educadoras para a Escola Ana Nery em 1923, a Lei 775, o Parecer 271/62 do CFE., até o estudo apresentado pelo Seminário sobre Currículo de Enfermagem, de novembro de 1968.

Tendo em vista os contatos mantidos entre a ABEn e membros daquele Conselho, podemos perceber que a questão ainda não está tranqüila, principalmente no que se refere à carga horária global e à formação da enfermeira obstétrica. No momento o assunto experimenta uma fase de recesso.

2) Revalidação de diplomas:

No sentido de colaborar com as escolas de enfermagem, no esclarecimento de questões relativas à revalidação de diplomas de

* Maria Ivete R. de Oliveira — Coordenadora.

enfermeiros estrangeiros, enviamos às Sras. Diretoras pareceres do CFE sobre o assunto, acompanhado de circular. Procuramos advertir às escolas quanto à necessidade de exigirem dos candidatos o histórico escolar, inclusive do curso secundário. A partir desse dado, os candidatos poderão encaminhar seus pedidos de revalidação para Enfermeiro, Técnico, ou mesmo para Auxiliar de Enfermagem. As exigências para admissão aos cursos genericamente chamados de enfermagem, variam nos diversos países do mundo, principalmente na Europa, assim nem sempre haverá equivalência dos diplomas.

3) Outras atividades:

a) Projeto de instalação da Escola de Enfermagem de Sergipe.

Atendendo à solicitação do Reitor da Fundação Universidade de Sergipe, discutimos com uma comissão de enfermeiras daquela Universidade o esquema preliminar de medidas a serem adotadas para implantação de uma Escola de Enfermagem naquela Universidade. A Coordenadora desta Comissão colocou-se à disposição das Colegas encarregadas do projeto para ajudá-las no que fôsse possível.

b) Incorporação da Escola de Enfermagem S. Vicente de Paula na Universidade do Ceará.

Solicitada pela Diretora da Escola de Enfermagem S. Vicente de Paula, discutimos com o Ilustre Diretor de Assuntos Universitários do MEC, quando de sua visita a Salvador em fevereiro próximo passado, sobre a incorporação dessa Escola de Enfermagem naquela Universidade. Ao que foi possível entender o problema, parece, terá uma solução com o novo Reitor da U.F.Ce., coroando assim um trabalho eficaz e dedicado das colegas do Ceará.

c) Discussão sobre o Primeiro Ciclo na Universidade Federal da Paraíba.

Atendendo ao convite formulado pela Associação Brasileira de Enfermagem — Seção da Paraíba e da Escola de Enfermagem da Universidade daquele Estado, pronunciamos uma Conferência sobre o "Primeiro Ciclo de Estudos Universitários e a Seleção Específica". O assunto é sem dúvida do maior interesse. Trata-se de uma categoria nova na estrutura e organização dos nossos cursos superiores, daí as dúvidas e dificuldades que têm surgido nessa fase de implantação desse ciclo de estudos, nas várias Universidades do País. Critérios de seleção têm que ser revistos e currículos reformados. O assunto, parece-nos, portanto da maior relevância, daí a sua inclusão na pauta da reunião de Escolas de Enfermagem que faremos no decorrer desse Congresso.

d) A Comissão se fez representar:

1. No Seminário sobre currículo intensivo de Auxiliar de Enfermagem, realizado na Guanabara, sob a Coordenação da Enfermeira Judith Feitosa, com o patrocínio de Ministério da Saúde e OPAS/OMS.

2. No Seminário para estudo de conteúdo das disciplinas "Fundamentos de Enfermagem" e "Enfermagem Médico-Cirúrgica", realizado em Ribeirão Preto, sob o patrocínio da Escola de Enfermagem daquela cidade e OPAS/OMS.

Finalmente, ao concluirmos este pequeno relato de atividades, cumpre-nos agradecer às colegas que colaboraram conosco no desenvolvimento dos nossos trabalhos, destacando a Sra. Presidente desta Associação, Professora Amália Carvalho e Professoras Maria Dolores Andrade, Glete Alcântara, Judith Feitosa e Maria de Lurdes Almeida, entre outras.

4. RELATÓRIO DA COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO *

Período de referência: agosto de 1970 a julho de 1971

MEMBROS: (Enfermeiras): Alini Guimarães Debiasi, Antonia Xavier, Irmã Aracy Dias Saldanha, Irmã Francisca Nogueira Soares, Haydée Guanais Dourado (Coordenadora), Isabel dos Reis Silva, Maria Alves Amorim, Maria Dolores Lins de Andrade, Maria Francisca Rangel de Jesus Barros, Maria José de Abreu, Maria de Lourdes Cunha, Maria de Lourdes Pádua Carvalhaes, Maria Morita, Maria Rita Guimarães, Myriam Graça Generoso Pereira e Ninfa Gerep Zamboni. **Do Recife,** Haria do Rosário Souto Nóbrega; **Do Rio de Janeiro,** Maria Dolores Lins de Andrade e Raimunda Becker.

REUNIÕES E COMUNICAÇÕES: Na reunião da CL de 18-9-70, com cinco membros presentes, aprovaram-se Normas e Plano de Trabalho. Total de reuniões da CL: 3 (três).

A coordenadora compareceu, sempre que possível, às reuniões da Diretoria.

TRABALHOS DA CL:

1 — **Conselhos de Enfermagem** — A Exposição de Motivos do Ministério do Trabalho e Previdência Social n.º PR 9790/70 deu en-

* Haydée Guanais Dourado — Coordenadora.

trada no Palácio do Planalto em novembro de 1970. A Seção de Assuntos Parlamentares enviou imediatamente duas cópias da EM solicitando parecer dos Ministros do Planejamento e da Educação e Cultura. O parecer do primeiro, parece-nos que não propôs alteração. O do Ministro da Educação ainda não foi dado, uma vez que sua Assessoria Parlamentar enviou cópia da EM para o Conselho Federal de Educação; tomou o número CFE 164/71 e foi distribuído ao Relator, Prof. Wandick Londres da Nóbrega, na Câmara de Legislação e Normas, em 4-5-71. Provavelmente será relatado em agosto de 1971, em Brasília, uma vez que, por ter havido pedido de Deputados e Senadores (feito por D. Ninfa Zamboni), obteve prioridade.

RETROSPECTO — Em julho e agosto de 1970 trabalhamos muitas horas, tendo sido auxiliadas por Irmã Francisca Nogueira Soares e Sras. Clarice Ferrarini, Raimunda Becker e Maria Dolores Lins de Andrade. Tanto no MTPS como na CNTC, da qual é Presidente o Sr. Antônio Alves de Almeida, solicitávamos tramitação rápida e não alteração da proposta do M. da Saúde. O processo em Brasília recebeu em 16-9-70 o parecer do Sr. Antônio Alves de Almeida, CNTC, de que no CFEn fossem membros 4 enfermeiras 3 obstetrizes e 2 auxiliares de enfermagem. A 18-9-70, membros da CL em Brasília em Comissão (Aracy, Maria Rita, Maria de Lurdes Pádua Carvalhaes e Haydée) foram informadas por Dr. Hugo Gueiros de que ele consideraria um pedido escrito da Presidente da ABEn para que somente enfermeiros e obstetrizes fossem membros dos Conselhos; este ofício foi-lhe entregue pontualmente. Em fins de 1970, a Presidente da ABEn, D. Amália C. Carvalho, pessoalmente falou em Brasília com o Sr. Hugo Gueiros. Solicitou-lhe que a composição dos conselhos fosse de enfermeiros e obstetrizes; Dr. Gueiros mostrou compreender a pretensão. Um mês após, ficou pronta a Exposição de Motivos do MTPS. D. Maria Francisca obteve dela uma cópia e remeteu a D. Amália. Nesta EM da composição dos Conselhos Regionais consta: enfermeiros, 50% mais um; e os demais escolhidos pelos profissionais inscritos na Região. Essa EM é que está tramitando.

2 — Auxiliares de Serviços Médicos — Projeto de Lei n.º 2.179/70, oferece nova redação ao § 1 do art. 2.º do Decreto-lei n.º 299, de 28 de fevereiro de 1967 (restaurando os cargos de atendentes) e transforma em auxiliares de serviço médico os atuais atendentes de enfermagem. Está na Câmara dos Deputados (Art. 104 do RI). Foi também arquivado segundo o Art. 104 do RI o projeto n.º 1790/68 que trata de auxiliares de enfermagem.

3 — Restruturação do curriculum do curso de graduação de enfermagem. Proc. MEC ———, no CFE, acompanhado por Maria Dolores Lins de Andrade.

4 — Projeto que transforma as Escolas de Auxiliares de Enfermagem em Escolas Técnicas de Enfermagem e dá outras providências. Arquivado nos termos do Art. 58 § 2 da Constituição (parecer contrário de todas as comissões).

5 — Exercício do Técnico de Enfermagem — (Vide também o antigo PR 2138/70 que tramitou no DASP). Proj. de lei n.º 2234/70 “acrescenta dispositivos à Lei n.º 2604 de 1955 que regulamenta o exercício da enfermagem profissional e dá outras providências, definindo as atribuições do Técnico de Enfermagem. Está na Comissão de Saúde, com o Relator Deputado Rafael Baldacci Filho.

6 — Salário mínimo para médicos e outros, entre os quais, os enfermeiros — Proj. de Lei n.º 157-A de 1967. Pronto para a ordem do dia.

a — Salário mínimo para enfermeiros — Proc. MTPS 319904/70 — Foi enviado ao Departamento Nacional de Mão-de-Obra, na Guanabara, em 17-6-71, com a Guia 109.

7 — Aposentadoria com 25 anos de serviço — O Projeto de Lei 27/67 foi rejeitado no plenário da CD.

8 — Dispensa do Ponto em 1971 — Está no DOU de 21-6-71.

9 — Lotação de enfermeiro no DEM e DEF do MEC — Proc. 239837/70. Em 1971 foi indeferido, por D. Eurides Brito, Diretora do DEF, fundamentada em um parecer técnico que solicitou, no seu Departamento. Foi feito acompanhamento regular do processo. A 9-10-70 uma pequena comissão de três membros fez solicitação ao Secretário particular do Ministro, Major Rebordão, mas não foi possível obter o solicitado.

10 — Reclassificação de Cargos no DASP — (Decreto n.º 67326 de 5-10-70), segundo o DOU de 9-6-71 foram criadas Comissões de Alto Nível, uma para cada Ministério e Autarquia. O funcionamento das Comissões e o órgão conjunto de todas, consta de Regulamento aprovado, segundo DOU de 24-6-71. Falamos a D. Miriam, técnico do DASP em 29-6-71. Manifestou toda a boa vontade e está à espera do material que a ABEn deseja remeter.

11 — Licenciatura — O CFE aprovou um curso com Didática e outras disciplinas, para formar professor secundário, a partir de diploma de curso superior.

12 — **Órgão de Pesquisa de Enfermagem** — Nenhum ato foi realizado nesse sentido. Parece-nos que se poderia examinar a possibilidade e conveniência de Comissão de Documentação e Estudos da ABEn transformar-se gradualmente em órgão com pessoa jurídica, para pesquisas nacionais de enfermagem.

13 — **Ocupações de enfermagem** — Há necessidade de norma sobre:

- 1 — Enfermeiro
- 2 — Enfermeiro de Saúde Pública
- 3 — Obstetrizes
- 4 — Obstetrizes de Saúde Pública
- 5 — Enfermeira Obstétrica.

Parece-nos que não há consenso sobre algumas dessas cinco designações. Merecem estudo da Comissão de Educação. Poder-se-ia aprovar qual o grau universitário respectivo a cada um desses diplomas.

Retrospecto — Vide também o Parecer do MEC ao Proc. 2323/71 em que a Diretoria da EEUSP consulta sobre conferir diploma de 4.º ano de SP a obstetrizes formadas antes do Parecer n.º 303/63.

14 — **Erro em publicação** — As edições da CLT que não trazem, no Quadro Anexo, o Grupo **Enfermeiros** entre os Profissionais Liberais, deverão ser alteradas. Sobre o assunto, deve-se escrever ao editor respectivo.

✓ **RECOMENDAÇÃO:**

Considerando que o País tem dimensões continentais e que a boa legislação de enfermagem baseia-se em fatos;

Recomenda-se

Criar-se em São Paulo uma entidade, com personalidade jurídica própria, com o fim de coletar dados, estudá-los e divulgar resultados dessas pesquisas.

Justificativa

- 1 — Atualmente existe a Comissão de Documentação e Estudos da ABEn, Criar-se-ia um órgão que teria o encargo de, dentro de alguns anos, poder fazer o trabalho dessa comissão e outros mais amplos e mais profundos.

- 2 — O futuro órgão poderia, em tempo próprio, se assim for decidido, responsabilizar-se pela publicação da Revista Brasileira de Enfermagem.
- 3 — A vantagem de sediar-se em São Paulo é utilizar o “Know-how” de enfermeiras, no Estado em que, ao lado da Guanabara, há o maior número de profissionais habilitadas para pesquisa.
- 4 — A vantagem de um centro assim, seria, dentro de três anos, depois de registrar-se como de utilidade pública, obter auxílios financeiros para realizar pesquisas de interesse para a enfermagem.

DESPESA: Cr\$ 286,63 (Duzentos e oitenta e seis cruzeiros e sessenta e três centavos).

5. RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM *

Período: julho 1970 a junho 1971.

Foram convidadas a integrar a Comissão de Assistência de Enfermagem para este período, as mesmas participantes do período anterior: Edla Dalva Moreira, Maria José de Oliveira e Isaura Lopes de Godoy.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

As atividades da Comissão tiveram por objetivo principal dar continuidade do Plano estabelecido para o período anterior, referentes aos anos 1969 a 1970.

- elaboração do Regimento da Bôlsa de Estudos “Isaura Barbosa Lima”;
- encaminhamento de informações sobre Enfermagem às diversas Seções Estaduais;
- encaminhamento de assuntos para publicação em Boletim Informativo ABEn;
- solicitação de estágio para uma enfermeira na Clínica de Cirurgia Cardíaca do HCUSP;

* Ursula Engel — Coordenadora.

- encaminhamento de associados a Serviços Médicos especializados;
- representação nas comemorações de inauguração da Sede da ABEn em Brasília.

6. RELATÓRIO DA COMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM *

Período: julho de 1970 a junho de 1971

INFORMAÇÕES PRELIMINARES:

Tendo sido eleita Coordenadora da Comissão da Revista Brasileira de Enfermagem, para o biênio 1970/1972, tomamos posse no cargo por ocasião do encerramento do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em julho do ano p.p., em S. Paulo.

Recebemos da Coordenadora anterior Prof.^a Maria Rosa Pinheiro, grande quantidade de artigos acumulados e algumas orientações realmente preciosas, sobre os vários problemas que iríamos enfrentar. Segundo a opinião de D. Maria Rosa, alguns artigos não se prestavam à publicação pela Revista por motivos de ordem técnica e científica; outros, se devolvidos aos respectivos autores, talvez pudessem ser reescritos, caso fornecêssemos as devidas orientações — para o que seria preciso muito tempo — e bem poucos estavam completamente em ordem e deveriam ser divulgados urgentemente, pois os autores continuamente solicitavam a publicação dos mesmos.

Ainda recebemos algumas informações sobre a escassez de recursos financeiros face às despesas de impressão da Revista, bem como, das dificuldades relativas a avaliação de artigos a serem publicados e da própria montagem e revisão tipográfica de cada volume.

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DA REVISTA

Para constituir a Comissão da Revista convidamos alguns docentes da Escola de Enfermagem da UFRJ, cuja colaboração tem sido inegavelmente prestimosa. São eles os seguintes:

* Vilma de Carvalho — Coordenadora.

- Anna Jaguaribe da Silva Nava
- Lygia Paim
- Cilei Chaves Rhodus
- Dulce Neves da Rocha
- Tereza de Jesus Sena
- Cecília Pêcego Coelho

N.º DE PUBLICAÇÕES/VOLUME P/ANO

Durante a primeira reunião da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, realizada logo após o encerramento do Congresso p.p., fomos notificados da decisão da Assembléia de Delegados, com relação a volta da publicação trimestral da Revista, a partir de 1971. No entanto, apesar de termos pretendido seguir com um plano delineado para tal fim, não nos foi possível colocar as publicações em dia, não por culpa exclusiva da Comissão, mas também por razões financeiras, já previstas quando recebemos a orientação da Coordenadora anterior.

SITUAÇÃO ATUAL DE PUBLICAÇÕES DA REVISTA

Ainda que existam dificuldades, conforme mencionamos nos itens anteriores, publicamos o último volume de 1970, estamos aguardando o primeiro volume de 1971 para as devidas revisões (acreditamos que esteja pronto por ocasião do próximo Congresso, desde que a Gráfica nos entregue a tempo), e já estamos com o 2.º volume deste ano, devidamente montado para ser entregue a Irmã Teresa Notarnicola, a qual continua tendo a bondade de providenciar a impressão da RBen.

CONCURSO DA SEMANA DA ENFERMAGEM

Conforme decisão da Diretoria da ABEn, foi divulgado e fizemos realizar o Concurso da Semana da Enfermagem relativo ao Prêmio Marina de Andrade Rezende. Para tal fim foram enviadas cartas Circulares a todas as Escolas de Enfermagem e Seções Estaduais da ABEn em todo o País. Recebemos 4 trabalhos, que foram entregues a 3 dos membros da Comissão da Revista, para o devido julgamento. Os resultados do Concurso, bem como outros dados sobre o mesmo estão destacados em Relatório específico (APENSO I).

APENSO I

**COMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE
ENFERMAGEM**

RELATÓRIO DO CONCURSO SEMANA DA ENFERMAGEM —
PRÊMIO MARINA DE ANDRADE REZENDE — ANO 1971

DO TEMA PROPOSTO

Foi proposto pela Comissão da Revista o tema “As emoções do estudante de enfermagem face seu ajustamento Profissional”. Apesar de parecer um tema que poderia dar margem a muito subjetivismo preocupava-nos ouvir do estudante a avaliação de sua própria mobilização emocional em termos de considerarmos que influências negativas poderiam ser eliminadas e, paralelamente medir as influências positivas para o atingir de um grau de capacidade de ajustamento à profissão, em bom nível.

Ainda assim, considerando a aparente dificuldade oferecida pelo próprio tema, ratificamos o valor do mesmo, caso surgissem os trabalhos e passamos à fase seguinte, de divulgação.

DA DIVULGAÇÃO

Fôram enviadas — Cartas Circulares divulgando o Concurso às Diretoras das Escolas de Enfermagem e às Seções da ABEn dos diversos Estados do País; além disso, divulgamos o Concurso através a Revista Brasileira de Enfermagem último volume de 1970 e Boletim da ABEn — Seção da Guanabara.

DOS TRABALHOS RECEBIDOS

Foram recebidos 4 trabalhos procedentes das seguintes Escolas:

1. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — S. Paulo
2. Escola de Enfermagem de Manaus — Amazonas
3. Faculdade de Enfermagem — Fundação Universidade do Maranhão
4. Faculdade de Enfermagem — Hugo Werneck — MG.

DA COMISSÃO JULGADORA

Dos membros da Comissão da RBEn, 3 foram convidados a constituir a Comissão julgadora dos trabalhos.

DAS AVALIAÇÕES DOS TRABALHOS

Houve inicialmente avaliação individual de cada Trabalho. Após isso, reuniu-se a Comissão Julgadora para discussão e apresentação dos resultados finais.

Finalmente, foi feita a identificação dos trabalhos.

RESULTADOS APURADOS

A Comissão Julgadora decidiu que:

1. — O Prêmio deveria ser conferido ao trabalho que obtivesse a melhor classificação.
 - 1.1 — A melhor classificação coube à Escola ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRÊTO — SÃO PAULO.
 - 1.2 — Seria publicado na RBEn o trabalho premiado de acôrdo com as normas do Concurso.

7. RELATÓRIO DA COMISSÃO ESPECIAL DE FINANÇAS *

É com imensa satisfação que me dirijo a esta nobre Assembléia para prestação de contas das atribuições que me foram confiadas no período de julho de 1970 a junho de 1971.

Graças à Deus conseguimos levar a bom término dois assuntos que ficaram pendentes na última Assembléia, além dos demais encargos.

1.^a Construção da Sede em Brasília.

2.^a — Inscrição da ABEn no Ministério da Fazenda incluindo as Seções.

Construção da Sede em Brasília: Já é do conhecimento de todas, que está terminada a 1.^a parte da Sede. Graças a um esforço conjunto, conseguimos para alívio de todas realizar um sonho de 4 anos.

* Irmã Maria Tereza Notarnicola — Coordenadora.

Por motivo de afastamento da Tesoureira da Comissão de Construção da Sede, assumimos por solicitação da Diretoria, a responsabilidade de uma fiscalização mensal para prestação de contas e acêrto com a Companhia Construtora — Severo e Villares —, desde o mês de janeiro último, passando a ir mensalmente à Brasília. A primeira medida tomada foi acertarmos a data do término da Construção que ficou marcada para a Semana da Enfermagem. Graças a tenacidade das — Presidente da ABEn e da Comissão de Construção, — a Construtora Severo e Villares teve que cumprir a promessa, porém nossa surpresa foi enorme quando no dia da inauguração tínhamos um saldo devedor de Cr\$ 55.870,90, aproximadamente, conforme o documento. Ficou resolvido, que só pagaremos a dívida após o Congresso, quando esperamos si Deus quizer com a ajuda da Comissão Executiva dêste Congresso e das Seções, saldar a dívida.

Partiremos daí em diante para outra etapa que será a do mobiliário.

Do Congresso passado até o presente, recebemos as seguintes contribuições:

DAS SEÇÕES

Estado Rio: — Placa Institucional	5.000,00
Bahia: — (meta)	7.941,00
Santa Catarina	732,00
Pará (além da meta)	1.000,00
Rio Grande do Norte (meta)	500,00
São Paulo	5.000,00
Goiás ... (completando a meta)	1.500,60
Paraíba	1.200,00
Ceará (além da meta)	650,00
Paraná	3.000,00

Placa Individual

Maria Rosa S. Pinheiro ...	9.600,00
Amália Corrêa de Carvalho	1.000,00
Anayde Corrêa de Carvalho	1.000,00
Dolores Lins de Andrade	1.000,00
Helena Barros Silveira	1.000,00
Hilda Lozier	800,00
Moema Barbato	1.000,00
Feiga Gruspun	1.000,00

Placa Institucional

"Ex-Alunas" da Escola Ana Neri	5.000,00
Enfermeiras Obstetrizes do HC — S. Paulo	5.000,00
Enfermeiras da F.S.E.S.P.	6.013,00
Professores E. E. Bahia	5.800,00

Outras Doações

Ursula Engel	200,00
Ermelina Boing	50,00
Lindaure Costa, Isabel Freitas Lima)	
Cecy Pinheiro Neves, Diva Padilha e)	
Clymene C. Silva do H.B.P.P.)	250,00
Enfermeiras do INPS de S. Paulo	1.660,00
Colcha e Cobertor	855,00

Isenção de Imposto de Renda e Inscrição da ABEn, Seções e Distritos no Ministério da Fazenda Federal, em 18 de fevereiro de 1971, recebemos através do nosso Procurador D. Álvaro Bittencourt.

Declaração e número de Inscrição da ABEn. Depois desta fase foi necessária uma série de esclarecimentos sobre as Seções e Distritos que passarão a ser filiais para efeito de registros nas respectivas Secretarias da Fazenda Pública Estadual. Tivemos oportunidade de entregar às Seções mais próximas, os documentos necessários para o processamento Estadual; os mais distantes resolvemos entregá-los pessoalmente durante esta Assembléia temendo um possível extravio, por se tratar de documentos valiosos e pessoalmente fornecermos os esclarecimentos cabíveis.

Tôdas as Seções tomam o mesmo número da ABEn, acrescido de um número de ordem.

Exemplo: n.º33 98 94 68/02 — Filial — Gb — (Seção Gb)

Revista Brasileira de Enfermagem

Como Gerente da Revista, nossa tarefa não pôde ser cumprida como era nosso desejo. Dependemos de uma série de coisas, que creio não vale a pena mencionar. Nossa informação se limitará a apresentação de Balanço e expedição no fim deste relatório.

Em abril, recebemos da Editôra Grumari — antiga Fôlha Carioca —, uma nova proposta de preço, informando que teríamos um aumento de 30% sobre o preço de impressão em cada página. Não

podíamos resolver o assunto só, e assim o levamos ao conhecimento da Sra. Presidente que em reunião extraordinária resolveu apresentar uma contra proposta de 20% o que foi aceita pela Editôra -- ficando então o preço de Cr\$ 22,50 (vinte e dois cruzeiros e cinquenta centavos) para Cr\$ 28,00 (vinte e oito cruzeiros) a página. Para as revistas de nos. 1-2, e 3-4-5 e 6 de 1970 foi feita uma tiragem de 2.600 exemplares. Em 1971 necessitamos fazer a tiragem de 2.700 exemplares, para atendermos a nossa clientela que graças à Deus aumenta com pedidos para vários países, assim como permuta com outras Revistas Nacionais e Estrangeiras.

Movimento Financeiro

Não é dos mais consoladores se analisarmos o Déficit, porém se verificarmos o nosso Patrimônio nêstes últimos tempos, devemos nos considerar bastante orgulhosos com o que possuímos.

O nosso Saldo Devedor com a Companhia Severo & Villares é aproximadamente: Cr\$ 55.870,00.

Além da dívida mencionada, os encargos assumidos até 31 de dezembro são:

Revista Brasileira de Enfermagem, Despesas com Secretária e Condomínio. Apesar de tudo, estamos bastantes confiantes em Deus, certas de podermos com a ajuda de tôdas as Enfermeiras, saldar nossas dividas até fim do ano, começando o ano de 1972 menos angustiante.

Agradecemos a tôdas sem exceção que de qualquer maneira contribuíram para o êxito de nossos trabalhos no período de — julho de 1970 a junho de 1971.

Em anexo apresentaremos o Balanço de nossas atividades e os quadros demonstrativos de todos os assuntos abordados.

Impressão		Total
Revista 4, 5 e 6 de 1969	2.737,50	
Revista 1 e 2 de 1970	3.558,75	
Revista nos. 3-4-5-6 de 1970	5.293,25	
	11.589,50	11.589,50
Despesas com transporte e sêlo	847,15	847,15
	12.436,65	12.436,65

Revistas expedidas:

Sócios efetivos	7.335
Assinaturas extras	22
" para estrangeiro	1 para México
	1 para Luanda na Angola Africana
	3 para Portugal
Vendas de n.ºs. atrasados	50

Total de revistas enviadas 7.412 —

8. RELATÓRIO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E ESTUDOS DA ABEn — 1970/71

Formação do pessoal de enfermagem no Brasil

* Anaíde Corrêa de Carvalho

INTRODUÇÃO

Ninguém ignora que entre as falhas verificadas nesses últimos anos na organização das instituições, tanto oficiais como particulares, destaca-se a falta de informações estatísticas exatas nas quais se deve fundamentar todo trabalho de planejamento, em qualquer ramo de atividade. Mais do que em outra época, essa deficiência vem sendo lamentada pelos responsáveis pelo futuro de nossas instituições, o que vem criando, como resultado positivo, uma consciência cada vez mais profunda e generalizada de sua indiscutível importância.

A Associação Brasileira de Enfermagem tem como meta de uma de suas Comissões Permanentes, há já alguns anos, o levantamento e divulgação de dados informativos sobre a formação de pessoal de enfermagem no País; e porque acredita que suas atividades devem ser planejadas tendo como base esses elementos procura, a cada ano que passa, aperfeiçoar os métodos de que se utiliza de maneira a conseguir melhores resultados.

Dentro dessa linha de pensamento Haydée G. Dourado, membro da Diretoria, propôs e foi aceita pela Assembléia de Delegados, realizada em julho de 1971 em Manáus, a transformação desta Comissão

* Coordenadora da Comissão. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

em órgão com pessoa jurídica, para pesquisas nacionais de enfermagem.

Em futuro não muito próximo, dadas as implicações técnicas resultantes dessa deliberação, a ABEn espera poder contar com maiores e melhores possibilidades de trabalho e de recursos para esse fim e, conseqüentemente, apresentar dados estatísticos mais completos e exatos.

Enquanto isso não acontece esta Comissão manterá o mesmo sistema de envio de questionários, utilizado em anos anteriores, para a coleta das informações sobre o ensino da enfermagem no País.

Em princípios de 1971 foram remetidos os primeiros questionários a todas as EE, ETE e EAE (1), bem como um questionário especial para as Seções Estaduais da ABEn.

Para conseguir as informações aqui relatadas houve necessidade de enviar, algumas vezes, novos questionários e circulares, tanto para as escolas como para as Seções Estaduais. O movimento da secretaria, até junho de 1971, acusou um total geral de 224 circulares, 9 cartas e 6 telegramas.

Sem o valioso concurso das Diretoras das Escolas e Presidentes das Seções Estaduais, a elaboração deste relatório não seria possível; a elas e a todos que contribuíram de alguma maneira para facilitar nossa tarefa, aqui deixamos nossos agradecimentos.

MATERIAL E MÉTODO

Nesse, como nos anos anteriores, houve problemas com relação ao envio e recebimento da correspondência; foram levadas a crer que houve também perdas ou desvios, pois apesar da insistência nos pedidos alguns questionários não foram devolvidos.

O trabalho abrangeu outros aspectos além do movimento anual discente e docente das escolas e cursos: serão apresentadas também informações sobre o número de diplomas revalidados até o momento e número de enfermeiras em atividade em alguns Estados.

Para conseguir os resultados almejados foram enviados, em fevereiro do corrente ano, 178 questionários assim distribuídos: 50 para escolas de enfermagem, 17 para escolas ou cursos colegiais de enfermagem, 89 para escolas de auxiliar de enfermagem e 22 para as Seções Estaduais da ABEn. Dos 50 questionários enviados às escolas de enfermagem, 32 eram relativos ao corpo discente e docente

(1) EE: Escola de Enfermagem; ETE: Escola (ou Curso) Técnico de Enfermagem; e EAE: Escola de Auxiliar de Enfermagem.

e 18 à revalidação de diplomas. Obteve-se uma porcentagem global de 158 devoluções, isto é, 88,7% dos questionários enviados.

O maior índice de respostas coube às escolas de enfermagem, com 96,9%; vem em seguida as escolas e cursos de auxiliares de enfermagem, 96,6%; cursos técnicos de enfermagem, 88,2%; informações sobre revalidação de diplomas 77,8%; e as Seções Estaduais, com 50% de respostas. Justifica-se esta última porcentagem pelo fato de que nem todas as Seções Estaduais estavam em condições de fazer um levantamento sobre o número de enfermeiras em atividade no Estado dentro do período limitado de um ano.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados obtidos são apresentados em três partes; a primeira trata da formação profissional em seus diferentes níveis, e inclui algumas informações sobre o corpo docente das escolas; a segunda ocupa-se da revalidação de diplomas, e a terceira apresenta dados sobre as atividades das enfermeiras em alguns Estados da Federação.

Esses resultados indicam valores aproximados, uma vez que não houve cem por cento de respostas aos questionários em nenhum dos aspectos estudados.

Em 1970 diplomaram-se 577 enfermeiros e 66 técnicos de enfermagem; o total de enfermeiras no País sobe a 8.889, partindo do ano de 1938, e o de técnicos de enfermagem alcança 171, partindo do início dos cursos em 1966; receberam certificados 1.669 — auxiliares de enfermagem o que indica a existência, até a data, de 18.669 elementos dessa categoria.

A média de formados por escola ou curso é de 19,8 para as escolas de enfermagem, 13,2 para os cursos técnicos e 23,8 para os cursos de auxiliares de enfermagem.

DISCUSSÃO

I — Formação profissional

A — Curso de Enfermagem

1. Curso de Enfermagem geral

Número de escolas, subordinação administrativa e pedagógica
— Em 1970 funcionaram 31 escolas de enfermagem (uma escola não respondeu ao questionário); dessas, 29 expediram diplomas: 17 na 3.^a Série (58,7%) e 12 na 4.^a Série (41,3%); duas escolas funcionaram com alunas apenas na 3.^a Série: 1 Fundação EE Job

Lane, S.P. que encerrou suas atividades em julho de 1971; 2) EE Luiza de Marillac, GB; que entrou em recesso também em 1971. A EE "Madre Justina Inês", RS, deverá reiniciar suas atividades em 1972, após três anos de recesso.

No que se refere à subordinação administrativa, 15 escolas (48,4%) são governamentais e 16 (51,6%) são particulares (2). Os dados mostram que do total das escolas, 18 (58%) estão ligadas à Universidade; dessas, 13 (72,2%) como integrantes, 4 (22,2%) agregadas e uma constitui um Departamento da Faculdade de Medicina.

Número de vagas e de matrículas em 1971 — O quadro 1 mostra a distribuição das vagas e matrículas nas 29 escolas que estão funcionando em 1971, por série. Dessas, três mantêm a 4.^a série de Enfermagem Geral, sendo que em uma, o curso é desenvolvido em três anos de 36 meses, e outra mantém a 4.^a série de Complementação de Enfermagem para Obstetrizes. Quatro das escolas ligadas a Universidades Federais não tinham informações sobre vagas e matrículas na 1.^a e na 2.^a séries. Além dessas, duas escolas não matricularam alunas na 3.^a série.

QUADRO 1

Numero de vagas e de matrículas, por série e por sexo nas 29 escolas — 1971

SÉRIES (SEMEST) — VAGAS	Matrículas			Vagas preenchidas %
	H	M	TOTAL	
1. ^a (1. ^o e 2. ^o)	1 136	96 941	1 037	91,3
2. ^a (3. ^o e 4. ^o)	1 058	51 837	888	83,2
3. ^a (5. ^o e 6. ^o)	994	43 658	701	70,5
4. ^a (7. ^o e 8. ^o)	55	— 14	14	25,5
TOTAL	3.243	190 2.450	2.640	81,4

Pela análise do quadro 1 verifica-se que as Escolas ainda não conseguiram preencher todas as vagas oferecidas; em relação ao ano anterior (1970), houve um aumento de 48 vagas e 113 matrículas, verificando-se, portanto, uma porcentagem maior no preen-

(2) No relatório de 1969, a Escola Paulista de Enfermagem, que se encontrava em processo de federalização, foi classificada entre as governamentais.

chimento total das vagas (2,3% a mais que em 1970), com visível preponderância da 1.ª série (91,3%).

O elemento masculino vem procurando cada vez em maior número as Escolas de Enfermagem; a porcentagem total de matrículas em 1971 foi de 7,2% contra 6% em 1970. Levando-se em consideração, entretanto, que em 1970 houve 82 matriculados na 1.ª série, e que em 1971 matricularam-se na 2.ª série apenas 51 rapazes, verifica-se que 31 (62%) desses elementos desistiram da enfermagem.

Quanto aos exames vestibulares, as informações obtidas não permitem uma análise objetiva, uma vez que a maior parte das escolas integrantes de universidade não possuem esses dados.

Desistências em 1970 e suas causas — Houve, em 1970, 118 (4,7%) desistências dentre os 2.527 matriculados; a maior evasão verificou-se na 1.ª série com 88 desistências, isto é, 74,5% do total.

No que se refere às causas mais freqüentes que motivaram as desistências, 33,8% foram classificadas como “desconhecidas” e 12,7%, “problemas de família”; o terceiro lugar coube a “problemas financeiros” com 9,3%, a grande maioria encontrando-se na 1.ª série.

Se classificarmos as evasões por “abandono” e “motivos desconhecidos” no item “escolha de outro curso” verificaremos que 51,% dos desistentes da 1.ª série se encontram nessa faixa. Este fato leva-nos a crer que é válida a suposição de que alguns elementos do sexo masculino cursam as escolas de enfermagem apenas até sentirem-se mais seguros para tentar novo vestibular para outra faculdade. É de se ressaltar que em apenas uma das escolas houve 33 desistências na 1.ª série por “motivos desconhecidos”.

Reprovações em 1970 — Houve 95 reprovações (3,7% do total dos matriculados) nas quatro séries das 29 escolas de enfermagem estudadas, número esse ligeiramente mais elevado do que o verificado em 1969 (3,4%).

Conclusão de curso em 1970 — Das 32 escolas existentes, 29 (3) expediram diplomas em 1970, num total de 577 novos profissionais, ou 19,8 em média, por escola.

Do total de diplomados, 30 (5,2%) pertencem ao sexo masculino e 547 (94,8%) ao sexo feminino; 298 (51,6%) cursaram as 14 (4) escolas governamentais que expediram diplomas e 279 (48,4%) as 15 escolas particulares (4).

(3) Uma não informou: EE “Sagrada Família”, Ba —

(4) A EE da Universidade Federal de Santa Catarina tem apenas dois anos de funcionamento e a Escola Adventista de Enfermagem, S.P., Particular, está no seu 3.º ano.

A média de diplomados por escola foi de 21,2 para as governamentais e 18,5 para as particulares.

Estimativa de enfermeiros em atividade — Do total de 8.889 diplomados a partir de 1938, estima-se em 7.111 o número de enfermeiros em atividade, deduzindo-se 20% para perdas eventuais.

De 1918 a 1970 foram expedidos 9.842 diplomas no País.

2. Enfermagem de Saúde Pública — 4.º ano

Cursos existentes, vagas e matrículas em 1971 — Nos onze cursos que enviaram dados foi verificada a existência de 310 vagas e 280 matriculados dos quais 11 (3,9%) pertencem ao sexo masculino e 269, ao feminino.

Foram preenchidas 90% das vagas, porcentagem bem maior que a verificada em 1970 (71,8%).

Desistências e reprovações em 1970 — Houve 11 reprovações e 5 desistências, isto é, 5,7%, dos matriculados tiveram que deixar o curso. O número de reprovações mostra-se bastante elevado em relação aos anos anteriores, tendo-se verificado que em apenas um dos cursos houve 5 reprovações nessa série.

Conclusão de curso em 1970 — Foram expedidos 214 diplomas de Enfermeiro de Saúde Pública nos 10 cursos que funcionaram em 1970; dos diplomados, três (1,4%) pertencem ao sexo masculino.

Verifica-se uma diferença entre o número de matriculados e o número de diplomados em 1970, a favor dos últimos. Nesse ano, uma escola enviou dados sobre a matrícula geral no 4.ª ano, não especificando quantos iriam cursar Enfermagem Obstétrica e quantos Enfermagem de Saúde Pública. (5)

O número de Enfermeiros de Saúde Pública formados até esta data é de 632.

3 — Enfermagem Obstétrica — 4.º ano

Cursos existentes, vagas e matrículas em 1971 — Seis escolas deram informações sobre o número de vagas e matrículas no 4.º ano de Enfermagem Obstétrica. Para 144 vagas houve 98 matrículas, isto é, 68% das vagas foram preenchidas. A situação desses cursos mostra-se bem melhor que a do ano passado

Desistências e reprovações em 1970 — Foram constatadas apenas duas reprovações, em um único curso, e três desistências sem motivo justificado.

(5) Revista Brasileira de Enfermagem, 23 (3 a 6): 183, nota de rodapé (3).

35, embora conste apenas 28 matriculadas no relatório referente às matrículas de 1970 (5). O número de diplomas conferidos até esta data é de 552.

4 — **Licenciatura em Enfermagem** — Duas escolas mandaram informações sobre licenciatura: 1) A Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, cujo curso funciona desde 1969, ministrado em convênio com a Faculdade de Educação com a participação de uma de suas professoras; 2) Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, iniciando em 1970.

O quadro 2 mostra o número de matrículas e de licenciadas nas duas escolas citadas.

QUADRO 2

Escolas de Enfermagem — Matrículas e licenciaturas em enfermagem nos anos de 1969, 1970 e 1971 em duas escolas.

Ano	Matrícula	Licenciatura
1969	15	6
1970	43	22
1971	60	—

B — Cursos Colegiais ou Técnicos de Enfermagem

Número de cursos, subordinação administrativa e sistema de ensino — Dos 17 cursos existentes, dois não responderam ao questionário (6) e um ainda não tem alunos matriculados (7); dos 14 restantes, quatro iniciaram as atividades em 1971 (8) e dois interromperam suas atividades em 1970, ano em que diplomaram suas últimas turmas (9).

Quanto à subordinação administrativa, quatro (28,5%) são oficiais e 10 (71,5%) particulares; às Congregações Religiosas cabe a responsabilidade de 90% desses últimos.

(6) CTE de Nova Iguaçu e CTE do Colégio Congregacional de Nilópolis.

(7) CTE da Santa Casa de Jaú.

(8) CTE de Brasília, Jundiaí, Campinas e do Colégio Salesiano Sagrado Coração, de Recife.

(9) CTE da EE São Vicente de Paulo — Goiania e CTE da EE Luiza de Marillac.

As informações sobre o sistema de ensino revelam que sete (50%) pertencem ao sistema federal e sete (50%) ao estadual.

Vagas e matrículas em 1971 — O quadro 3 mostra a distribuição do número de vagas e de alunos matriculados nas três séries dos onze cursos que preencheram esses dados do questionário.

QUADRO 3

Cursos Técnicos de Enfermagem — Número de vagas e de matrículas por série e por sexo, em 14 Cursos — 1971.

SÉRIES	VAGAS	MATRÍCULAS				
		H	%	M	TOTAL	%
1. ^a	305	23	8,2	256	279	91,5
2. ^a	167	5	3,9	122	127	76,0
3. ^a	141	1	0,9	108	109	77,4
TOTAL:	613	29	5,6	486	515	84

Verifica-se que 84% das vagas foram preenchidas (86% em 1970); houve um acentuado decréscimo no número de vagas e de matriculados entre a primeira e a terceira séries, o que é perfeitamente compreensível uma vez que apenas cinco escolas mantêm alunos em todas as séries do curso.

Do total de matriculados, 5,6% pertencem ao sexo masculino, notando-se maior concentração na primeira série, com 8,2%.

A média de matriculados na 1.^a série foi de 25,4 alunos por curso.

As informações sobre o exame de seleção dos sete cursos que o realizaram dão o seguinte resultado: 428 inscritos, 370 examinados e 197 aprovados (53%) (10)

Desistência, reprovações e conclusões de curso em 1970 — Nas três séries houve um total de 25 desistências e 17 reprovações nos 12 cursos que funcionaram regularmente, verificando-se apenas quatro reprovações na 3.^a série e nenhuma desistência.

Dentre as causas das desistências, a maior porcentagem (36%) coube a problemas financeiros.

Deduzindo-se as reprovações do número de matriculados na 3.^a série em 1970, (67 do todo) ter-se á um total de 63 alunos; no en-

(10) Em quatro dos 12 cursos não houve exame de seleção.

tanto, 66 receberam diploma em 1970 (1 homem e 65 mulheres) nos 5 cursos que mantinham alunos na última série.

O total desses profissionais, no País, é de 171.

C — Cursos de Auxiliar de Enfermagem

Número de cursos, subordinação administrativa, sistema de ensino e duração — Houve um significativo aumento no número desses cursos, passando de 77 em 1970 para 96 em 1971, alguns — 7 — dos quais, porém, ainda não atingidos por esta Comissão por terem iniciado suas atividades no ano corrente. A análise dos resultados dos 89 questionários enviados mostra a seguinte situação no que se refere as alterações sofridas no número desses cursos:

1 — deixaram de funcionar: em 1970 a EAE de Volta Redonda, RJ; em 1971 o CAE da Faculdade EE Job Lane, SP;

2 — entraram em recesso em 1971: CAE da EE Frei Eugênio, MG e EAE Augusto Leite, SE;

3 — foi criada em fevereiro de 1971 mas ainda não começou a funcionar, a EAE do Acre.

Este relatório inclui informações de 84 escolas e/ou cursos, uma vez que de três escolas os questionários não chegaram (11) um curso fechou e um não abriu matrículas ainda. Esse número corresponde a 96,6% do total dos questionários enviados.

Com relação à subordinação administrativa, 59 (70,2%) são particulares e 25 (29,8%) governamentais. Dentre os primeiros, 23 (38,9%) pertencem à congregações religiosas, 13 (22%) a associações leigas, 9 (15,3%) a fundações educacionais, 8 (13,6%) a Santas Casas e 6 (10,2%) a hospitais. Dos governamentais, 14 (56%) são estaduais, 9 (36%) federais e 2 (8%) municipais.

Dos 84 cursos, nove não especificaram a que sistema educacional pertencem; dos 75 restantes, 51 (68%) obedecem ao sistema estadual e 24 (32%) ao federal.

Os cursos intensivos de 11 meses de duração passaram de 5, em 1970, a 15 em 1971, isto é, do total, constituem 18,3%.

Exame de seleção, vagas e matrículas em 1971 — Em 1971 houve 6.322 candidatos inscritos (em 63 dos cursos) dos quais 46,2% foram aprovados; dos aprovados, 1,7% ou desistiu do curso ou não pôde se matricular: em um dos cursos o número de aprovados superou ao das vagas existentes.

(11) CAE "Sagrada Família", BA; EAE da AMSA, GB e Escola Goiana de Auxiliar de Enfermagem.

O quadro 4 mostra o número de candidatos inscritos, aprovados e matriculados na 1.^a série dos 73 cursos que receberam alunos. Dos 9 cursos restantes, dois informaram que estão se preparando para passar para período intensivo de 11 meses.

QUADRO 4

Escolas ou Cursos de Auxiliar de Enfermagem — Candidatos inscritos, aprovados, número de vagas e de matriculados na 1.^a série, por sexo, em 73 cursos — 1971.

Vagas	Inscritos	Aprovados		Matriculados na 1. ^a série				%
		N.º	%	H	%	M	TOTAL	
2959	6.322	2.922	46,2	382	15,3	2490	2872	97,1%

Apesar do número de matriculados do sexo masculino ter aumentado em relação ao ano anterior (220), a grande maioria (84,7% ainda é do sexo feminino.

Escolaridade dos matriculados na 1.^a série — Os dados obtidos mostram que 42% dos matriculados já completaram o ginásio; a escolaridade dos demais distribui-se entre o primário completo (18%), 1.^a, 2.^a e 3.^a séries ginásiais (26%), 1.^a, 2.^a, ou 3.^a séries do 2.^o ciclo e outros cursos (14%).

Desistência e reprovações em 1970 — O número de desistências nesse ano foi de 505 e o de reprovações 265, o que dá um total de 770 evasões das 3.744 matrículas havidas.

Das causas das desistências a porcentagem maior está entre as “não justificadas”, com 46%; vem em seguida” falta de adaptação ao hospital e ao curso” com 21%.

Conclusão de curso — Em 1970 receberam certificado 169 homens (10,1%) e 1 500 mulheres (89,9%) num total de 1 669 novos **auxiliares de enfermagem**. A média verificada por escola foi de 23,8 considerando as 70 escolas que expediram certificados.

O total existente de profissionais desse nível é de 18.669 estimando-se que seja de 16.800 os que estão em atividade.

D — Corpo docente — Na grande maioria das escolas de enfermagem que mantém curso técnico e/ou curso auxiliar de enfermagem, os membros do corpo docente tem responsabilidade de ensino e supervisão também nesses níveis. Os dados a seguir referem-se, por-

tanto, ao conjunto das 97 escolas (29 EE, 11 ETE e 57 EAE) que preencheram este item do questionário. (12)

O número total verificado de docentes foi de 1242, dos quais 837 (67,3%) são enfermeiras; em média, 8,6 docentes — enfermeiras por escola.

Quanto às horas semanais de trabalho, os dados mostram que a maior porcentagem está na faixa de 40 a 44 ou mais horas.

O quadro 5 mostra a distribuição das 837 docentes — enfermeiras por horas semanais de trabalho.

QUADRO 5

Docentes — enfermeiras — distribuição por horas semanais de trabalho — 1970

Horas semanais	Docentes — enfermeiras	
	N.º	%
de 40 a 44 ou mais	388	46,4
de 33 a 39	139	16,5
de 18 a 24	120	14,4
12	80	9,6
menos de 12	110	13,1
TOTAL	837	100,0

Foi verificado que houve um total geral de 7.811 alunos matriculados nas 122 escolas ou cursos dos três níveis que deram esta informação (2.640 nos cursos de enfermagem, 515 nos técnicos e 4.676 nas duas séries dos cursos de auxiliar de enfermagem).

Se considerarmos a média de matriculados por curso, deduzindo-se o número de matriculados das quatro escolas (13) (1 ETE e 3 EAE) que não enviaram dados sobre o corpo docente, teremos um total de 7.595 matriculados o que dá, aproximadamente, a relação 9,1 alunos por docente enfermeira.

(12) Se os dados fossem computados separadamente, o número de escolas e/ou cursos que informaram sobre o corpo docente seria de 118, isto é, 29 EE, 12 ETE e 78 CAE.

(13) Média de matriculados: ETE 42,9 e EAE: 57,7.

II — Revalidação de Diplomas

O número dos diplomas revalidados e a nacionalidade dos enfermeiros, relacionados a seguir, correspondem às informações das 7 escolas que fizeram esse exame das 13 que responderam à circular. Nessas 7 escolas revalidaram seus diplomas: 14 enfermeiras brasileiras, 15 americanas, 11 holandesas, 6 canadenses, 6 francesas, 5 irlandesas, 4 italianas, 3 alemãs, 2 belgas, 2 espanholas, 2 inglesas, 1 austríaca, 1 sueca, 1 coreana, 1 boliviana, 1 suíça, 1 da Tchecoslováquia e 2 de nacionalidade não identificada. Esse número de profissionais, acrescentando ao número de diplomados no País a partir de 1938 (8.889) dará um total de 8.967 enfermeiras.

Do total verificado acima, de 78 diplomas revalidados, o maior número 42, foi efetuado na Escola Ana Neri de 1931 a 1970; e 17 na FE Hugo Werneck, entre 1964 e 1969.

Por recente Portaria ao Conselho Federal de Educação cabe às universidades, oficiais ou particulares, processar e julgar as revalidações de diplomas ou certificados; para isso o interessado deverá apresentar a documentação exigida (diploma, prova de duração do curso e do currículo cumprido, e outras) que será examinada antes mesmo do pedido ser deferido. O § 2.º do art. 6.º dessa mesma Portaria determina que o interessado deverá ainda demonstrar que o curso superior mencionado no diploma ou certificado foi realizado, no mínimo, após a conclusão do curso de nível médio. Essas novas determinações irão diminuir, ao que nos parece, a responsabilidade das Escolas de Enfermagem quanto ao julgamento da equivalência dos cursos estrangeiros aos nacionais.

III — Atividades das enfermeiras em alguns Estados da Federação

Atendendo a um plano de trabalho elaborado previamente foram solicitados, às Seções Estaduais, dados sobre os recursos de enfermagem no Estado numa tentativa de conseguir informações sobre o número aproximado de enfermeiros em atividade e sobre o campo da enfermagem que mais concentra esses profissionais. Esse estudo constituiu uma tentativa que poderá ser efetivada no futuro quando a ABEn contar com maiores recursos.

Foram devolvidos 11 questionários (50%), dos 22 enviados, com informações das Seções: do Amazonas, Pará, Maranhão, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro, Guanabara, Paraná, Rio Grande do Sul e Brasília.

O levantamento feito por essas Seções indicam que há, no conjunto desses Estados, 4.047 enfermeiros exercendo a profissão, 103 técnicos de enfermagem e 4.931 (14) auxiliares de enfermagem.

Excluindo Brasília e Guanabara que constituem respectivamente, o DF. e um Estado — cidade, dos 1.807 enfermeiros distribuídos pelos outros Estados, 1.347 (74,6%), trabalham na capital e os restantes no interior. Do total de enfermeiros (4.047) a maior porcentagem, isto é, 64,8%, trabalha em hospitais gerais, vindo em segundo lugar o campo da Saúde Pública com 11% e em terceiro lugar, as maternidades com 6,2%.

A maior concentração de técnicos e de auxiliares de enfermagem também foi encontrada nos hospitais gerais, vindo em segundo lugar o campo de saúde pública para os auxiliares de enfermagem e as maternidades para os técnicos de enfermagem.

Outras informações que constavam do questionário, como salário mínimo e máximo na região e preparo do corpo docente das escolas, não serão aqui analisados por que o número de Seções que enviaram esses dados não foi significativo.

CONCLUSÕES

Da discussão das informações obtidas pode-se chegar às seguintes conclusões:

1. Tem havido um aumento anual de diplomados nas Escolas de Enfermagem, apesar do número dessas ter diminuído (34 em 1969 e 32 em 1970).

2. Os cursos técnicos de enfermagem vem se firmando no sistema de ensino com a criação de novos cursos nas diversas regiões do País.

3. Os cursos de auxiliares de enfermagem são os que apresentam maior índice de aumento verificando-se, conseqüentemente, elevação sensível no número de alunos matriculados e de certificados expedidos.

9. SUMÁRIO DAS PROPOSTAS APROVADAS PELA ASSEMBLÉIA DE DELEGADAS.

I — Proposta da Com. de Legislação:

que seja criada em São Paulo, uma entidade com personalidade jurídica própria, com o fim de coletar dados, estudá-los e divulgar os resultados dessas pesquisas.

(14) A Seção da Guanabara não conseguiu informações sobre o número de AE no Estado.

II — Proposta dos Relatórios das Seções:

1. que seja novamente solicitado às diretoras de escolas ou Cursos de enfermagem, e às chefes de serviços de enfermagem que facilitem o horário de trabalho dos membros da diretoria da ABEn pertencentes aos respectivos quadros.
2. que a Diretoria da ABEn determine o aumento da tiragem do Boletim Informativo, a fim de poder aumentar a quota de expedição para algumas de suas Seções.
3. que a Diretoria da ABEn envie apêlo ao Presidente da Câmara dos Deputados e ao Presidente da Arena, Deputado Batista Ramos, para apressar a tramitação e a aprovação do projeto n.º 157/67, do Deputado João Alves (salário mínimo para médicos e outros, entre os quais, os enfermeiros);
4. que a Diretoria da ABEn nomeie uma Comissão Especial para elaborar um documento a ser encaminhado aos dirigentes do PIPMO, sugerindo mudanças nos dizeres dos certificados conferidos pelos cursos patrocinados pelo PIPMO;
5. que a Diretoria da ABEn estude termos de um convênio a ser estabelecido com a Seção da Guanabara, para utilização, por esta, do terreno da Ilha do Governador, para a construção da "Casa da Enfermeira", e ressaltando o direito das associadas de todo o Brasil de usufruírem do benefício.

III — Proposta da Diretoria da ABEn:

1. sobre os termos do convênio a ser estabelecido entre a ABEn e a Seção do Distrito Federal com relação à utilização, por esta, de um dos andares do edifício-Sede, em Brasília, foram delegados à Diretoria da ABEn amplos poderes para decidir sobre a questão, após consulta e estudos conjuntos com a Seção de Distrito Federal;
2. concessão de Diploma de Honra ao Mérito às pessoas ou entidades que deram contribuição relevante para a construção do edifício-Sede em Brasília, em serviços ou em dinheiro:

Às Enfermeiras:

Maria Rosa S. Pinheiro
Alice A. Maciel
Diva Câmara
Cacilda Rosa Bertani
Circe de Melo Ribeiro

Às Seções da ABEn:

São Paulo
Guanabara
Distrito Federal
R. Grande do Sul
Pernambuco

A Assembléia de Delegados propôs e aprovou a inclusão das enfermeiras:

Clarice Della Torre Ferrarini, Irmã Maria Tereza Notarnicola e Amália Corrêa de Carvalho.

3. Modificação dos Estatutos da ABEn, com relação a alguns dos seus artigos:

A) — Art. 2.º — acrescentado o inciso IX, com a seguinte redação:

IX — Colaborar para a melhoria da assistência de saúde do povo brasileiro.

B) — Art. 17 — O parágrafo único foi desdobrado em:

§ 1.º Poderão ainda inscrever-se como sócios efetivos os técnicos de enfermagem diplomados de acordo com a Legislação vigente e os enfermeiros diplomados no exterior por escolas de enfermagem reconhecidas no país de origem.

§ 2.º Os sócios efetivos de que trata o parágrafo anterior gozarão dos mesmos direitos e privilégios dos demais sócios efetivos, ressalvada a eleição para os cargos de que trata o Art. 28, incisos I e II.

C) — Art. 32

a) a redação do artigo passou a ser:

O mandato dos membros da Diretoria de que trata o Art. 28, incisos I a VII, será de 4 (quatro) anos.

b) acrescentado o § 1.º:

§ 1.º O mandato das Coordenadoras de Comissões será de 2 (dois) anos, com direito a reeleições;

c) o parágrafo único passou a § 2.º:

§ 2.º No caso de morte ou renúncia de um membro da Diretoria antes de decorrido um (1) ano do mandato, a Diretoria determinará a realização da eleição para preenchimento do cargo vago.

D) — Art. 43 — Modificado o § 3.º que passou a ter a seguinte redação:

§ 3.º O mandato dos membros do Conselho Fiscal será de 4 (quatro) anos.

Nota: foi excluída a renovação parcelada

E) — Art. 47 — suprimido

4. Concessão do Título de Sócio Honorário da ABEn à educadora Simone Fomm Rivera, por proposta da Seção da Guanabara.

5. que a Diretoria da ABEn nomeie uma Comissão Especial para a redação final do documento “Política de Trabalho da ABEn” já aprovado pela A.D.

IV — Moção assinada por 30 associados e aprovadas pela A.D
Considerando:

1. que o guia do Currículo do Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem, ligado ao Projeto Brasil 287/602, é valioso instrumento para os cursos intensivos em fase de planejamento e implantação no País;

2. a comprovada necessidade nacional de formação de pessoal de enfermagem a curto prazo, solicitam:

que a ABEn faça imprimir o documento a fim de propiciar as iniciativas nos vários Estados da União.

PROCEDÊNCIA E N.º DE CONGRESSISTA, DO XXIII CBEn

RELATÓRIO DA SUB-COMISSÃO DE REGISTRO

N.º de ordem	Procedência dos inscritos	efetivos	especiais	observadores	instituc.	colab.	benem.	honor.	Total
1	Amazonas	82	53	2	1	117	—	—	255
2	Pará	23	4	1	1	—	—	—	29
3	Maranhão	10	4	—	—	—	—	—	14
4	Piauí	8	—	—	—	—	—	—	8
5	Ceará	11	—	—	—	—	—	—	11
6	Rio Grande do Norte	5	—	—	—	—	—	—	5
7	Paraíba	7	—	—	—	—	—	—	7
8	Pernambuco	21	2	—	—	—	—	—	23
9	Alagoas	1	—	—	—	—	—	—	1
10	Sergipe	3	—	—	—	—	—	—	3
11	Bahia	16	1	—	—	—	—	—	17
12	Estado do Rio	9	—	—	—	—	—	—	9
13	Minas Gerais	29	3	—	—	—	—	—	32
14	Guanabara	49	1	—	1	—	2	—	53
15	São Paulo	101	—	1	—	12	1	—	115
16	Paraná	6	—	—	—	—	—	—	6
17	Santa Catarina	3	—	—	—	—	—	—	3
18	Rio Grande do Sul	9	—	—	—	—	—	—	9
19	Distrito Federal	40	—	1	—	—	—	1	42
20	Goiás	17	1	—	—	—	—	—	18
21	Venezuela	1	—	—	—	—	—	—	1
TOTAIS:		451	69	5	3	129	3	1	661

NOTICIÁRIO

Quando o presente número da RBEn estiver em circulação, já se terá reunido em Dublin, na Irlanda, o Conselho de Representantes Nacionais, marcado para 26 — 30 de julho último.

Não perde, entretanto, o interesse a notícia, mesmo tardia, pois cria a expectativa em torno do resultado, de vez que há compromisso de o mesmo ser enviado o mais rapidamente possível.

Estavam sendo esperadas aproximadamente 50 representantes, que tomariam decisões em assuntos referentes à enfermeira e à profissão de enfermagem no mundo. Parte da agenda focaliza o futuro papel do ICN, como órgão internacional de representação profissional, bem como de assistência e ajuda ao desenvolvimento das associações nacionais. Foram contratados os serviços de uma firma consultora internacional a fim de estudar estrutura funções e objetivos do ICN. No que concerne à estrutura, há inclusive possibilidade de a reunião de Dublin discutir e considerar a viabilidade de emendas à Constituição e ao Regimento.

O Conselho de Representantes Nacionais discutirá também a evolução, em ritmo sempre crescente, dos conceitos e funções, o que trará em decorrência, elementos para uma redefinição de nova terminologia.

Estarão também em pauta os relatórios da Fundação Internacional Florence Nightingale, bem assim seus orçamentos de 71 e 72.

Por último, demonstrando seu interesse pelas estudantes de enfermagem, e um desejo de procurar sentir a idéia que as mesmas têm sobre o desenvolvimento de relações mais proveitosas com o ICN, foi estabelecido, pela primeira vez, um concurso de trabalhos, que versarão sobre o seguinte tema: "ICN: Passado, Presente e Futuro". Dessa primeira competição, participarão apenas as estudantes irlandesas e os prêmios serão conferidos às três primeiras classificadas, na "Noite Internacional" que encerrará a parte Social do Conselho.

O ICN espera que a significação do evento, para as enfermeiras e suas organizações, tenha repercussão internacional, como o primeiro de uma série de concursos estudantis.

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

