

revista brasileira de enfermagem



ANO XXIV

OUTUBRO/DEZEMBRO DE 1971

N.º 6

**Este número contém a II PARTE do documentário
do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem reali-
zado em Manaus — de 11 a 17 de Julho de 1971**

Revista Brasileira de Enfermagem

ÓRGÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XXIV OUTUBRO/DEZEMBRO DE 1971 N.º 6

SUMÁRIO

EDITORIAL 5

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

(II.^a Parte):

SESSÃO DE ENCERRAMENTO — Discurso de Saudação à Dra.
Haydée Guanais Dourado — Maria Rosa Pinheiro 7

PROGRAMA CIENTÍFICO (Continuação)

TEMA III — PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PLANEJAMENTO DE SAÚDE — SIMPÓSIO:

1. A Enfermeira no Plano de Saúde do Estado da Paraíba — Maria Marlene Costa Câmara 13
2. Participação da Enfermeira no Planejamento de Saúde — Recursos Humanos — Creuza Pereira Rodrigues ... 34
3. Perspectivas do Setor de Enfermagem da Divisão Nacional de Organização Sanitária quanto ao Desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Pública no País — Judite Feitosa de Carvalho e col 44
4. Participação da Enfermeira no Planejamento e Funcionamento de um Centro de Saúde Local — Maria Luiza de Souza Ferreira e col. 52

TEMA IV — RECENTES ESTUDOS E PESQUISAS NAS ESPECIALIDADES DE ENFERMAGEM:

- A Metodologia do processo de enfermagem — Wanda de Aguiar Horta 81

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

● Um problema de enfermagem — as escaras de decúbito — Marlúcia Nunes Comarú e Celina Arruda Camargo	96
● Assistência de enfermagem aos pacientes colostomizados — Clarice Oliveira	107
● Participação da enfermagem na implantação do BCG in- tradérmico no Brasil — Adalgisa Vieira Matos e col.	118
● Programa de investigação sobre a praticabilidade da vaci- nação BCG intradérmica direta em crianças de escolas primárias — Clélia Burlamaqui e col.	127
● Poluição do ar das salas de operação — Anaita de Oliveira Costa e Yvone Jambeiro Gentil	149

CONCURSOS REALIZADOS NA SEMANA DA ENFERMAGEM:

● PRÊMIO MARINA DE ANDRADE REZENDE:	
1. As emoções da estudante de enfermagem face ao seu ajustamento profissional — Adélia dos Anjos Leite ...	165
● PRÊMIO CLÉLIA DE PONTES:	
2. Contribuição da enfermeira no controle da contami- nação hospitalar — Maria Aparecida Pierini	174
3. Contribuição da enfermeira no controle da contamina- ção hospitalar — Maria Perlin Milioli	199

LEGISLAÇÃO:

● DECRETO n.º 68.908 de 13 de Julho de 1971 — M.E.C. — Dispõe sobre Concurso Vestibular para admissão aos cursos superiores de graduação	203
● PORTARIA n.º 524, BSB de 27 de Agosto de 1971 — M.E.C. — Regulamenta a sistemática a ser seguida pelas institui- ções de ensino superior do país na realização de Con- curso Vestibular	205
● PARECER n.º 140 — 71 — C.F.E. — Dispõe sobre a revalidação de diplomas e certificados expedidos por estabelecimentos de ensino superior es- trangeiros	209

NOTICIÁRIO:

● I.C.N.	213
● Edição de Natal	213
● Nota de Falecimento	214
● Endereços Oficiais das Escolas de Enfermagem	215

ORGANIZAÇÃO DA ABEn:

● Diretoria	218
● Presidentes de Secções	218

Editorial

VESTIBULAR E MATRÍCULA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Foram introduzidas mudanças recentes quanto a Concursos Vestibulares para admissão aos cursos superiores de graduação.

O motivo principal dessa alteração é a procura de melhores condições para que as Universidades desempenhem seu papel de preparar os quadros de profissionais e cientistas para o País em desenvolvimento. Temos poucos recursos; não de ser bem gastos, com o maior proveito possível.

As tentativas de aperfeiçoar o Concurso Vestibular visam, entre outros aspectos a evitar que alunos cursem alguns períodos na Universidade pressionando depois, de modo insuportável, o ciclo profissional das carreiras que já estão muito sobrecarregadas de candidatos. Considerando-se que um grande fluxo de alunos está concluindo o ciclo básico e tentando entrar para aqueles ciclos profissionais das carreiras mais procuradas (Medicina, Engenharia, etc.) e considerando que tais ciclos profissionais muito procurados não têm podido expandir seus recursos em pessoal docente e centros de treinamento de modo a fazer face à demanda de candidatos assim numerosos, as autoridades responsáveis pelas diretrizes nacionais de ensino estão a tomar várias medidas que, experimentalmente, ajustam-se aos fatos mencionados.

Medidas tais como opção de duas carreiras contam-se entre essas providências. Quanto a este assunto, caso os Cursos de Enfermagem não logrem preencher suas vagas, o Conselho Universitário, mediante estudo dos órgãos próprios, poderá deliberar sobre redistribuição dos aprovados, ouvindo-se "terceiras" preferências, após esgotados os candidatos que tenham registrado opções (em primeira e segunda) para a Enfermagem.

Também os Concursos Vestibulares em dois períodos letivos são recursos para melhorar a distribuição almejada.

São interessantes as normas recentemente em vigor, quais sejam o Decreto n.º 68.908 de 18 de julho de 1971 (D.O. de 14/7/1971) e a Portaria do Ministro da Educação e Cultura n.º 524, BSB de 27 de agosto de 1971 (D.O. de 1/9/1971), gradualmente faz-se a unificação de Concursos Vestibulares.

Quanto à Enfermagem, estará esta carreira bem aquinhoadá em relação as primeiras e segundas opções de candidatas? Sabemos que,

se hoje essa profissão não receber muitos candidatos, no futuro certamente os receberá, uma vez que haverá muitos empregos, inevitavelmente. É também favorável à Enfermagem certa mudança que está ocorrendo lentamente na atenção à saúde, a saber, passa a incluir as perspectivas da medicina preventiva e social; inclusive, aumentam as funções delegadas pela medicina à enfermagem e mesmo estarão surgindo carreiras novas.

Nos Estados Unidos, para citar um país de grandes mudanças sociais nas instituições de saúde, os novos assistentes médicos exercem seu trabalho numa faixa de atribuições que anteriormente pertencia a médicos, notando-se que um grande número desses profissionais são provenientes da carreira de enfermagem e de biologia, farmácia, fisioterapia, etc. — com créditos adicionais não muito numerosos.

Finalizando, queremos chamar a atenção dos enfermeiros para as novas e amplas perspectivas que se abrem a esta carreira, certamente uma das satisfatórias e de futuro promissor em nosso tempo. Tenhamos a competência, o valor e a visão para viver adequadamente o desafio de nossa época decisiva.

(H. G. D.)

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

— Sessão de Encerramento:

DISCURSO DE SAUDAÇÃO

A DRA. HAYDÉE GUANAIS DOURADO
SÓCIA HONORÁRIA DA ABEn

* *Maria Rosa Pinheiro*

Foi com prazer que recebi a incumbência de saudar a nova sócia honorária da ABEn, a colega e amiga Dra. Haydée Guanaís Dourado.

“Sócios Honorários”, reza o Estatuto, “são todas as pessoas que tenham prestado contribuição relevante à causa da enfermagem nacional...”

Ninguém mais merecedora deste título.

De 1935, quando obtive o diploma de enfermeira na Escola Ana Neri, até o presente vão 36 anos de uma carreira plena e profícua em prol da enfermagem e de seus membros

Desde os tempos de aluna, revelou o potencial de força que a havia de caracterizar para o resto da vida. Viera com a irmã Anita, do interior da Bahia, para estudar enfermagem no Rio de Janeiro, trazendo uma bagagem de cultura incomum para a mulher dos rincões do Brasil naquela época, adquirida com os missionários americanos do Colégio de Ponte Nova, Itacira, e com a mulher invulgar que é sua mãe.

Após alguns anos de trabalho como enfermeira do Quadro Permanente do então Ministério da Educação e Saúde, no Departamento de Saúde Pública, obtive, deste, bolsa de estudos para os Estados Unidos e, imediatamente a seguir, da Fundação Rockefeller, para o Canadá, onde cursou, na Universidade de Toronto, estudos de pós-graduação

Ao voltar ao Brasil foi convidada para o corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que se preparava para abrir suas portas, e onde ensinou três anos. A experiên-

* Diretora da E.E — U.S.P.

cia adquirida lhe valeu convite para dirigir a futura Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia, que ela instalou, e onde permaneceu por mais três anos. Voltando ao Ministério de que era funcionária, já agora desdobrado em Ministério de Educação e Ministério da Saúde, foi por quatro anos, responsável pelo Setor de Enfermagem do Serviço Nacional de Tuberculose.

Cedida pelo Ministério da Saúde à ABEn trabalhou no Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem como Diretora e Diretora Associada até o término do Levantamento.

Transferida, posteriormente, do Ministério da Saúde para o da Educação, radicou-se em Brasília, tendo, ali, sido Diretora do Ensino Superior. Aposentou-se em 1968, mas, não se conformando com a qualidade de inativa, dá hoje sua colaboração ao Hospital Distrital de Brasília, como responsável pelo programa de educação em serviço do pessoal de enfermagem, e à Escola em que se diplomou, como membro da Congregação.

O trabalho profissional de funcionária federal não foi, entretanto, a única atividade da Dra. Haydée Dourado. Longe disso. Os cursos que frequentou, os títulos que obteve e, sobretudo, a sua atuação continua junto à Associação Brasileira de Enfermagem, para nós, membros da ABEn e de uma classe que muito lhe deve, ultrapassam aquele mérito.

É portadora de dois outros diplomas de nível superior, além do de enfermeira de Ciências Políticas e Sociais, da Escola de Sociologia e Política de São Paulo, e de Jornalismo, da Faculdade Nacional de Filosofia do Rio de Janeiro.

Sobre a sua atuação junto à ABEn, motivo de láurea que hoje recebe, há imenso a dizer. Destacam-se, entretanto, dois aspectos desta contribuição que a tornam, talvez, a enfermeira mais conhecida do Brasil: o de Diretor Redator Chefe da Revista Brasileira de Enfermagem e o de Presidente da Comissão de Legislação da ABEn.

Todas nós conhecemos seus Editoriais, que trazem à tona os assuntos e os problemas mais atuais da enfermagem; e todas nós sentimos a repercussão, por mais de duas décadas, de sua atuação junto ao Congresso Nacional e a órgãos públicos federais.

A este último trabalho dedicou a maior parte e o melhor de seus esforços. Sob a sua liderança e graças a seu indômito espírito de luta as enfermeiras do Brasil conseguiram não somente impedir a promulgação de leis prejudiciais à enfermagem, e por consequência ao público brasileiro, como também vitórias de grande alcance para a classe tais como a inclusão do enfermeiro no quadro de profissionais liberais, para fim de enquadramento sindical, a sua classificação de cargos federais, e a inclusão da assistência de enfermagem, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Nenhuma outra contribuição individual de maior relevância recebeu a enfermagem brasileira. Isto porque a Dra. Haydée Dourado atuou através da legislação. Digo “através”, não apenas no sentido hoje usual da palavra, de **um meio para um fim**, como no sentido real, etimológico, encontrado nos dicionários, de **atravessar um obstáculo**. Obstáculo de má vontade ou da falta de conhecimento dos legisladores; obstáculo do mau conceito, que faz o público, do profissional de enfermagem; obstáculo, não raro, da incompreensão e indiferença da própria classe.

Todos êstes a Dra. Haydée ultrapassou, graças principalmente à sua tenacidade e ao seu espírito de humildade. Tenacidade que a leva prosseguir na luta quando as dificuldades a vencer parecem intransponíveis e a possibilidade de vitória impossível; tenacidade em arregimentar o auxílio de membros da classe, mesmo quando este é prestado a contragosto, por motivo de pessimismo ou comodismo; e humildade em oferecer a outra face ao golpe, quando daí advir modificação de atitude da pessoa que a golpeia.

É notável o seu agudo sentido do que espera a profissão no futuro e do que é bom ou não para esta. Haja visto a recomendação de seu trabalho sobre os três níveis de ensino de enfermagem, apresentado no quarto congresso da ABEn, na Bahia, em 1950, e que só se tornou realidade 16 anos depois, com a criação do primeiro curso técnico de enfermagem na Escola Ana Neri; ou então a sua atuação quando a antiga Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, ao reviver de um período de hibernação, foi transformada em Associação **Paulista** de Enfermeiras Diplomadas e que, por iniciativa da Dra. Haydée Dourado, teve o seu nome modificado para Associação **Brasileira** de Enfermeiras Diplomadas, hoje a nossa ABEn.

As vitórias na promulgação de leis benéficas e na luta contra projetos inconvenientes à profissão e a acuidade de previsão do que irá ou poderá acontecer decorrem do amplo conhecimento que tem a Dra. Haydée da sociedade brasileira e de seu sistema de educação, do caminho que tem percorrido a enfermagem do Brasil, no decurso de sua história, e da observação dos fatos, nos quais consegue discernir as tendências do futuro.

Todas estas qualidades aliadas a profundo idealismo e espírito religioso, que o decorrer dos anos não conseguem abalar, fazem a nossa homenageada uma personalidade rara, dificilmente encontrada em qualquer época ou latitude.

Que Deus a conserve ainda por muitos anos junto a nós, idealista, tenaz, impervia às decepções e aos impossíveis, para o bem da sua querida profissão e de todas nós, elementos menores do mesmo exército de batalhadoras.

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Manaus, 11/17 de Julho de 1971

PROGRAMA CIENTÍFICO (Continuação)

TEMA III — PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PLANEJAMENTO DE SAÚDE — SIMPÓSIO

1. A ENFERMEIRA NO PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

*Maria Marlene Costa Câmara **

INTRODUÇÃO:

A Paraíba, situada no chamado Polígono das Sêcas, ocupa 0,66% da superfície do país, possuindo uma área de 56.555 Km² e uma população de 2.400.000 habitantes disseminada em seus 172 municípios.

Como nos demais Estados do Nordeste, a maioria da população vive no campo, dedicando-se às atividades agrícolas, vivendo às mais das vezes, em condições infra-humanas e enfrentando estôicamente os problemas da fome, doença, desemprego e sub-emprego que se transmitem de pais para filhos.

A baixa renda "per-capita", o elevado percentual de analfabetos, a excessiva taxa de mortalidade provocada por doenças controláveis pelo saneamento e vacina e a elevada proporção da população economicamente ativa empenhada em atividades primárias de baixo índice de produtividade, são alguns dos estigmas que caracterizam e evidenciam o estágio de subdesenvolvimento econômico e social, em que ainda se encontra o Estado da Paraíba.

Não obstante esse panorama, sob múltiplos aspectos, sombrio, João Pessoa — capital do Estado, Campina Grande e algumas outras

* Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

idades do interior paraibano, vão se constituindo em Polos de Desenvolvimento, sob o impacto de uma indústria ainda incipiente, porém vigorosamente impulsionada pelos incentivos instituídos pela Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste.

A Universidade Federal, por seu turno, sob os ditames de uma nova política educacional, vem contribuindo, de forma auspiciosa, para a formação de pessoal técnico habilitado para as árduas tarefas de transformações estruturais, que condicionam o verdadeiro Desenvolvimento Econômico e Social.

A SUDENE, órgão planejador por excelência e de assessoramento aos Governos Estaduais, muito vem realizando em todos os campos de sua atividade específica, notadamente no setor de saúde e é graças a ela e aos renomados técnicos que a integram que possuímos hoje, na Paraíba, um Plano Estadual de Saúde.

É de convir, porém, que apesar dos esforços realizados pelos órgãos estaduais e federais, a problemática de saúde do Estado continua apresentando baixos padrões de higidez e elevada taxa de mortalidade e morbidade.

A mortalidade infantil em João Pessoa em 1966 era de 145 crianças e no interior de 447 crianças por 1.000 nascidos vivos (dados do E.P.E.A.).

Em 1967, o Governo do Estado criou a Assessoria Técnica de Planejamento, e a SUDENE passou a ministrar Cursos de Planejamento em Saúde, com o objetivo de preparar técnicos em saúde, com um maior conhecimento da realidade existente.

A A.T.P. passou a funcionar, dispondo apenas de 3 profissionais em seu corpo de técnicos: um médico e duas enfermeiras, todos com curso de planejamento, e sempre recebendo o apoio e colaboração indispensáveis dos técnicos da SUDENE devendo-se ressaltar a colaboração infatigável do Dr. Mozart de Abreu e Lima, cuja dedicação e idealismo a Paraíba não pode olvidar.

DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE

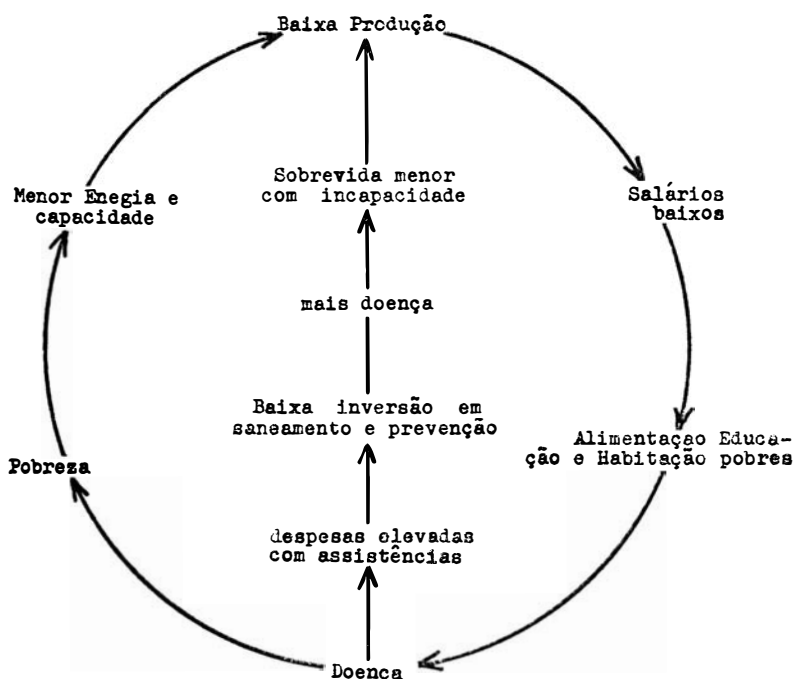
A O.M.S. em sua declaração de princípios aponta a saúde como sendo um dos direitos fundamentais do homem. Todavia, as estatísticas vitais demonstram que uma grande parcela da humanidade, ainda não conseguiu usufruir esse direito, principalmente aquela parcela que vive nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Os estudiosos do assunto, explicam o fenômeno, afirmando existir um paralelismo entre a saúde de um povo e seu desenvolvimento econômico.

Winslow, ao fazer a análise das “Condições Sanitárias da População Operária da Grã-Bretanha”, com muita propriedade, disse:

“Pobreza e enfermidade formam um círculo vicioso. As pessoas adoecem porque são pobres, tornam-se mais pobres porque estavam doentes e mais doentes porque eram pobres”.

QUADRO DO CÍRCULO VICIOSO DE POBREZA IGNORANCIA E DOENÇAS:



(Segundo Molina y Adriazola)

Ora, é óbvio reconhecer que só poderão gozar saúde aqueles cuja renda seja suficiente para se alimentar adequadamente, dispor de moradia em condições de habitabilidade, que tenham instrução adequada para reconhecer que a saúde é um bem precioso e que possuam poupança suficiente que lhes permita restaurá-la, quando a mesma estiver ameaçada.

Assim sendo, seria um erro encarar a saúde de um modo isolado, de vez que ela é, um dos componentes do nível de vida de um povo.

Num Estado como o da Paraíba, em que os recursos são escassos e as necessidades crescentes, a elaboração de um plano de saúde, é uma medida de urgência, porém uma tarefa por demais complexa. Impõem-se planejamentos cuidadosos, de modo a racionalizar os recursos, para que possamos obter com o mínimo de que dispomos, o máximo de rendimento.

Para a elaboração de um plano que pudesse ser exequível fazia-se necessário o conhecimento urgente da realidade paraibana.

O ponto de partida para o conhecimento desta realidade foi o levantamento da situação, que abrangeu todos os órgãos pertencentes ao Governo Estadual e a Fundação SESP, que muito colaborou em tôdas as etapas de nossos trabalhos; outras instituições oficiais e privadas não foram incluídas, em virtude da impossibilidade de coletarmos os dados desejados.

Foi aplicada uma série de questionário, visando estudar as variáveis sócio-econômicas do Estado, que, sem dúvida alguma, inter-vém diretamente na problemática de saúde de um povo.

O estudo e a análise do levantamento, possibilitaram o diagnóstico de Saúde da Paraíba, no qual foram identificados e selecionados os aspectos mais graves, que por sua magnitude e pelo impacto que causam na comunidade, mereceram, de imediato, prioridade no programa de saúde, que logo mais será desenvolvido.

DIAGNÓSTICO

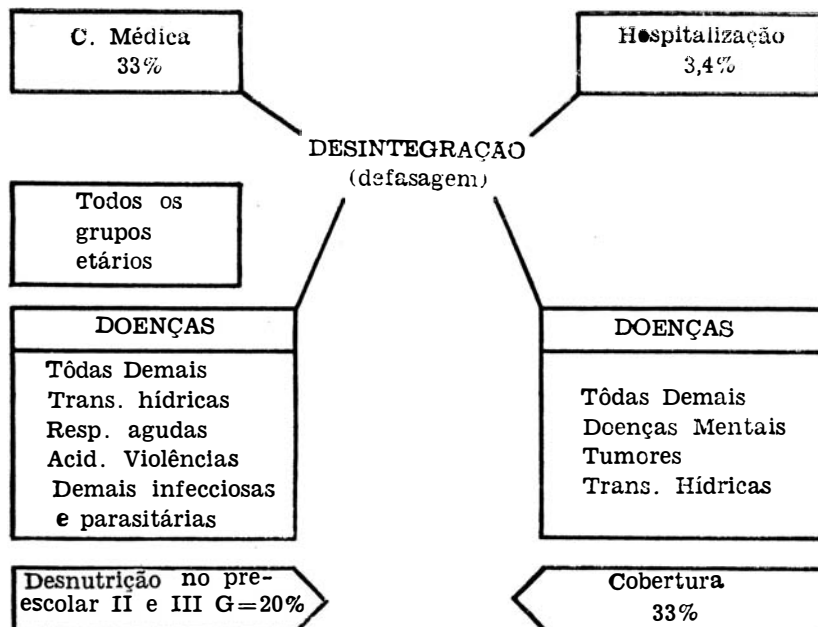
Indicadores de Nível de Saúde

I — Mortalidade menos de 5 anos

50% de origem hídrica

10% — sarampo e resp. agudas

II — Morbidade menos de 5 anos



O diagnóstico evidenciou um nível de saúde muito baixo, destacando-se, como podemos observar pelo quadro acima, as seguintes doenças:

- doenças de origem hídrica e por alimentos;
- doenças controláveis pelo saneamento;
- doenças transmissíveis controladas por imunizações;
- desnutrição do pré-escolar;
- doenças controláveis por programas especiais.

A realidade dos dados demonstra que os programas de vacinação e saneamento, não são realizados como deviam e podiam, de vez que como todos sabem as doenças transmissíveis são evitáveis ou reduzíveis graças ao avanço da tecnologia atual, possibilitando baixo custo, na realização daqueles programas.

O diagnóstico deixa bem claro que as realizações atinentes à saúde, estavam voltadas quase que exclusivamente para as atividades curativas, havendo uma completa defasagem com as atividades preventivas. Ficou evidenciada também a baixa assistência que era dada ao grupo prioritário: materno-infantil.

A baixa cobertura ao setor rural ficou também comprovada pelo diagnóstico, de vez que os serviços mesmo funcionando precária-

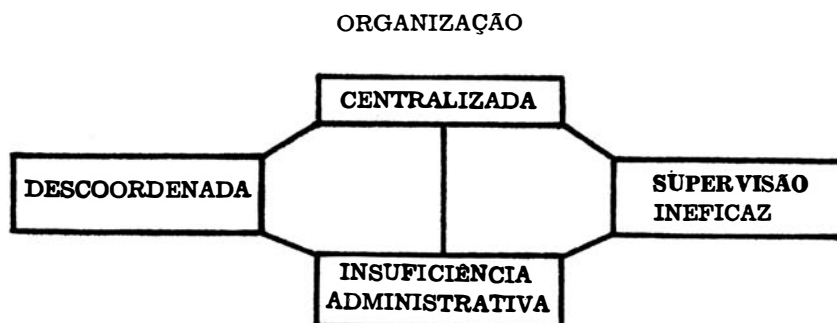
mente, atingiam somente à zona urbana, deixando a população rural desassistida.

Como fatores condicionantes da situação citada, foram diagnosticados:

- baixo nível educacional da população;
- insalubridade ambiental;
- insatisfatórias condições de hospitalidade;
- baixa cobertura da população por serviços permanentes;
- baixa produtividade dos recursos existentes.

O diagnóstico revelou ainda, ser a Estrutura Administrativa Centralizada, não permitindo um processo de planejamento flexível e exequível, salvo sofresse uma reforma que possibilitasse posteriormente a formulação e execução de um Plano.

Podemos observar:



Em qualquer setor, o desenvolvimento e o rendimento dos trabalhos dependem dos recursos existentes.

Através do diagnóstico observamos:

RECURSOS HUMANOS	Escassos
" MATERIAIS	Mal distribuídos
" FINANCEIROS	Mal utilizados

Ora, uma estrutura centralizada, possuindo mais de 3.000 funcionários, sem delegação de poderes, sem supervisão, somente poderia conduzir ao caos administrativo e técnico.

Crítérios de Regionalização:

A necessidade de dinamizar a execução do Plano, levou a Secretaria de Saúde, a dividir o Estado em cinco regiões sanitárias administradas por Centros Regionais:

- 1.^a Região — com sede em João Pessoa (capital do Estado)
- 2.^a " — com sede em Guarabira
- 3.^a " — com sede em Campina Grande
- 4.^a " — com sede em Patos
- 5.^a " — com sede em Piancó

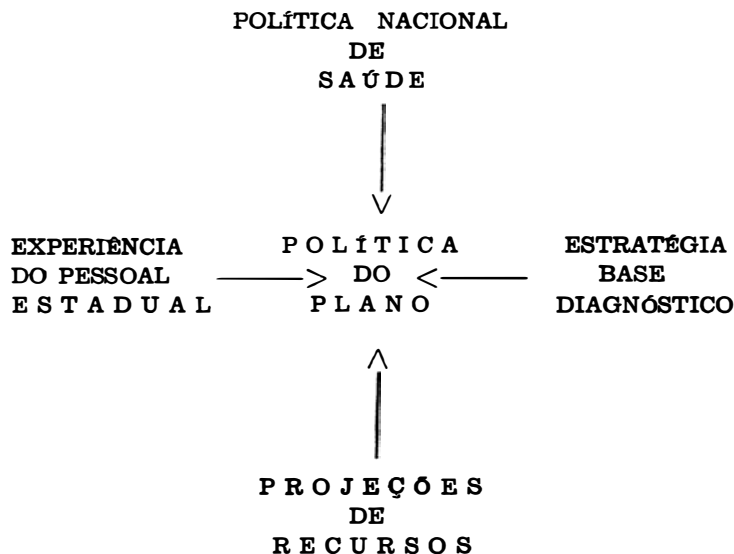
Para a divisão e escolha do município sede do Centro Regional de Saúde — C.R.S., foram fixados os seguintes critérios:

- importância socio-econômica do município e sua área de influência;
- disponibilidade da infra-estrutura sanitária para prestação de serviços especializados;
- existência de meios de comunicação que possibilitem o desenvolvimento eficiente da supervisão e facilitem o fluxo de distribuição de materiais e medicamentos;
- existência de recursos humanos e de facilidade locais para a constituição de uma equipe de administração regional.

O C.R.S. tem portanto sob sua responsabilidade a coordenação, supervisão e execução das atividades de saúde programadas para a região.

A equipe é composta por um médico coordenador; uma enfermeira supervisora; uma enfermeira coordenadora de cursos; um odontólogo e um inspetor de saneamento.

ORIENTAÇÃO BÁSICA DO PLANO



A orientação básica do Plano foi determinada, considerando-se:

- a) a política nacional de saúde — preconiza a integração dos serviços preventivo-curativo e de reabilitação e interiorização da medicina;
- b) a estratégia aprovada pelas autoridades estaduais com base no diagnóstico;
- c) as experiências vividas pelo pessoal de nível central e regional;;
- d) a projeção da disponibilidade de recursos.

As atividades programadas serão, de início, a população acessível aos serviços permanentes de saúde e paulatinamente, a população não acessível, mediante:

- a) desenvolvimento da regionalização;
- b) implantação de um programa de integração rural;
- c) coordenação inter-institucional a nível local.

OBJETIVOS E DIRETRIZES DO PLANO

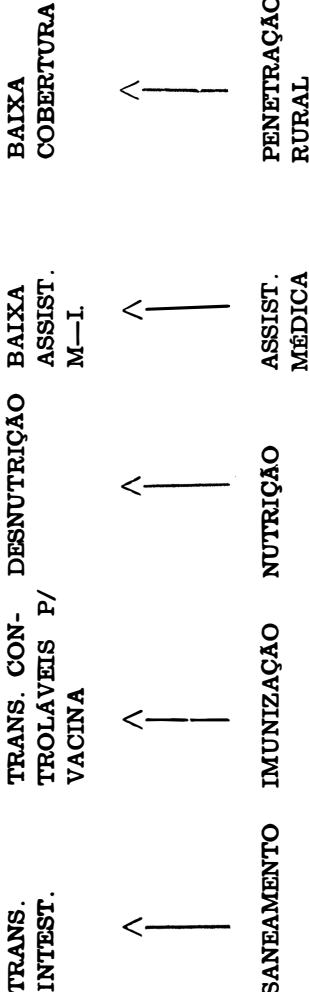
O objetivo primordial do Plano é elevar o nível de saúde, encontrando ou dando soluções realísticas para os problemas identificados no Diagnóstico.

- I — Atendimento dos Problemas Prioritários.
- II — Promover a eficiência e produtividade dos recursos.
- III — Ampliar a cobertura, promovendo a integração dos serviços preventivos e curativos.
- IV — Racionalização Administrativa, visando criar condições estruturais e econômicas para a execução do Plano.

PRIORIDADES E PROGRAMAS DO PLANO DE SAÚDE

Através do Diagnóstico, deu-se ênfase aos problemas que pela sua magnitude, teriam prioridade no Plano de Saúde.

PROBLEMAS



PROGRAMAS

Revisando teremos:

I — **As doenças transmissíveis intestinais**, desenvolvendo-se um programa de saneamento para seu controle, com o objetivo de reduzir as doenças transmissíveis e parasitárias intestinais e diminuir a incidência da cárie dentária. Estas atividades seriam da competência do Inspetor de Saneamento e seus auxiliares, com a finalidade de verificar as condições sanitárias das residências, estabelecimentos públicos e sobretudo educar a comunidade, sobre higiene da habitação e da alimentação.

II — **As doenças transmissíveis e controláveis por Imunizações:**

O propósito do programa, segundo o Plano de Saúde, é a proteção do grupo vulnerável da população acessível, pela ampliação da cobertura imunológica, contra varíola, tétano, difteria, coqueluche, poliomielite, sarampo e tuberculose.

O programa visa reduzir a incidência das doenças referidas, e consequentemente diminuir a mortalidade dos menores de 5 anos; será dada prioridade também às gestantes e aos escolares de 5 a 14 anos.

As atividades de imunização devem ser desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde, como rotina de trabalho e à enfermagem caberá a realização da vacinação e revacinação, de acordo com as normas estabelecidas, e, uma vez mais dentro do Plano, a enfermeira terá oportunidade de cumprir sua missão de educadora, divulgando as imunizações e educando a população sobre as medidas de educação sanitária.

A meta do programa é proteger o grupo mais vulnerável: crianças e gestantes — 80%, dando uma cobertura de 40% à população total.

A unidade de medida é a dose aplicada, o instrumento utilizado é a hora-vacinador e o rendimento médio, será de 10 doses por hora.

Para melhor compreensão, observar os quadros n.º 1 e n.º 2.

III — **O problema da Desnutrição.**

Este programa visa reduzir as doenças carenciais, como também reduzir a mortalidade das infecto-contagiosas, nas quais a desnutrição atua como fator preponderante.

Exemplificando:

As crianças que morrem de sarampo, são crianças desnutridas às mais das vezes. De que morreram? — De sarampo ou de fome?

O programa tem por escopo o grupo pré-escolar, contra a desnutrição protéico-calórica (D.P.C.).

Identificados, os desnutridos (5 anos) seriam classificados, segundo o tipo de desnutrição: I, II e III graus.

QUADRO N.º 1

Programa: Imunização

Normas de cobertura de imunização por grupos de população acessível e tipos de vacina
Paraíba, 1971/1974

Vacina	N.º Doses	1 Ano		1-4 Anos		5-14 Anos		15 Anos		Gestantes	
		1971	72/74	1971	72/74	1971	72/74	1971	72/74	1971	72/74
1. VARÍOLA											
Vacinação	1	100%	100%	—	—	—	—	—	—	—	—
Revacinação	1	—	—	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%
2. TÉTANO											
Vacinação	3	—	—	—	—	60%	—	—	—	78%	78%
Revacinação	1	—	—	—	—	—	12%	—	—	—	—
3. D P T											
Vacinação	3	80%	80%	80%	—	—	—	—	—	—	—
Revacinação	1	—	—	—	80%	—	—	—	—	—	—
4. POLIO											
Vacinação	3	80%	80%	80%	—	—	—	—	—	—	—
Revacinação	1	—	—	—	80%	—	—	—	—	—	—
5. SARAMPO *											
Vacinação	1	80%	80%	80%	—	—	—	—	—	—	—
6. T B C											
Vacinação	1	90%	90%	—	—	—	—	—	—	—	—

* Cidades maiores de 15.000 habitantes

OBS.: Este quadro é o n.º 71 do Plano de Saúde

QUADRO N.º 2

Programa: Imunização

Metas e custos por tipo de vacina consolidado-Estado Paraíba, 1971/1974

Anos	Discriminação	Varíola	TIPOS			VACINA			Total
			Tétano	DPT	Polio	Sarampo	TBC		
Observed	Doses/Vacina	—	—	—	—	—	—	—	187.456
	Horas/Vacinador	—	—	—	—	—	—	—	42.114
	Custo Total	—	—	—	—	—	—	—	83.589
1971	Doses/Vacina	366.802	457.404	342.093	402.183	60.880	4.158	1.633.520	1.633.520
	Horas/Vacinador	36.680	45.741	34.209	40.218	6.088	416	163.352	163.352
	Custo Total	73.360	182.961	205.255	804.366	304.400	832	1.571.174	1.571.174
1972	Doses/Vacina	379.557	165.097	205.971	242.227	45.291	4.255	1.042.398	1.042.398
	Horas/Vacinador	37.956	16.509	20.597	24.223	4.529	425	104.239	104.239
	Custo Total	113.867	82.548	164.777	605.567	285.333	1.277	1.253.369	1.253.369
1973	Doses/Vacina	390.909	171.153	125.217	148.748	24.404	4.376	864.807	864.807
	Horas/Vacinador	39.091	17.115	12.521	14.875	2.440	438	86.480	86.480
	Custo Total	156.363	102.692	125.217	461.118	192.792	1.750	1.039.932	1.039.932
1974	Doses/Vacina	402.179	175.215	128.813	152.675	25.125	4.464	888.471	888.471
	Horas/Vacinador	40.218	17.522	12.881	15.267	2.513	446	88.847	88.847
	Custo Total	201.089	140.172	167.457	595.432	248.737	2.232	1.355.119	1.355.119

OBS.: Este é o quadro n.º 72, do Plano de Saúde

O tratamento da criança seria feito no Centro de Nutrição ou no Hospital, de acordo com o grau de desnutrição; a mãe também seria orientada e a família receberia uma suplementação alimentar, proporcional ao número de componentes: pai, mãe, irmãos.

Estão previstos para o Estado cerca de 24 serviços de recuperação nutricional, nos próximos 4 anos.

IV — Assistência Médica.

Em se tratando de um Estado pobre, não é de estranhar que os recursos locais, tanto oficiais quanto particulares, sejam insuficientes para atender ao volume e à variedade dos problemas de saúde, sobretudo quando se atua sem uma programação, que determine as prioridades e se estabeleçam os custos.

Segundo a orientação do Plano, o propósito da assistência médica é aumentar a eficiência e cobertura dos serviços assistenciais, mediante:

- 1 — Aumento da quantidade e melhoria da qualidade dos serviços;
- 2 — Aumento da assistência hospitalar ao grupo com nível de saúde mais baixo (infantil) e racionalização da oferta de consulta médica, de modo a ensejar, maior demanda (materno);
- 3 — Integração das atividades preventivas e curativas;
- 4 — Regionalização, visando oferecer serviços progressivamente mais especializados desde a periferia até o centro, onde podem ser melhor utilizados.

Estão previstas a recuperação e ampliação dos hospitais existentes, a fim de oferecer hospitalização aos grupos prioritários, quando o internamento for indicado pelo médico.

A assistência médica, compreende atividades de:

- a) Consulta médica
- b) Consulta de enfermagem
- c) Consulta odontológica, que devem ser desenvolvidas integradas, visando a educação da comunidade.

— **A consulta médica** — definida como uma atividade ambulatorial que consiste na assistência médica de recuperação ou de controle da saúde.

Prioridades estabelecidas para as consultas médicas

- crianças com menos de 5 anos;
- complicações da gestação, parto e puerpério;
- doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias.

O rendimento da hora médica, é de 6 consultas.

— **Consulta de enfermagem:**

A consulta de enfermagem compreenderá verificação do estado geral, prevenção e educação.

Será realizada pela Enfermeira ou sob sua supervisão por um elemento da equipe de enfermagem, após um treinamento prévio.

As consultas de enfermagem abrangem:

- a gestante — no início e no final da gravidez observando o estado geral e solicitando os exames de rotina;
- a criança sadia — de preferência ao grupo de menores de 5 anos, compreendendo ações de:
 - verificação do desenvolvimento da criança;
 - avaliação do estado nutricional e encaminhamento aos Centros de Recuperação dos desnutridos de II e III graus;
 - orientação às mães sobre higiene, nutrição e doenças transmissíveis;
 - imunização da mãe e da criança de acordo com as normas de vacinação.

A Enfermeira deve planejar, supervisionar e coordenar os trabalhos realizados pela visitadora domiciliar. As visitas domiciliares devem ser dirigidas ao grupo pediátrico, como uma atividade complementar da consulta médica e da consulta de enfermagem.

Observamos, a importância cada vez maior que é dada ao grupo materno-infantil e é justamente neste grupo, que encontramos uma maior participação da Enfermagem.

— **Consulta odontológica:**

A consulta odontológica — visa a recuperação e proteção dos dentes através da:

- aplicação de fluor;
- exodontias e restaurações.

Neste programa será dada prioridade:

- à gestante e ao escolar.

O rendimento será medido, através da hora/odontóloga ou seja 4 consultas por hora.

V — Integração ou Penetração Rural.

O propósito de um programa de Integração Rural, é levar as atividades de medicina simplificada e de prevenção de saúde, às populações rurais, de difícil acessibilidade aos serviços permanentes de saúde.

Objetivos prioritários do Programa de Saúde:

- 1 — oferecer serviços mínimos de saúde aos grupos rurais;
- 2 — desenvolver na comunidade condições de iniciativa para a solução dos seus problemas de saúde;
- 3 — estimular a participação dos municípios nos programas de saúde e a integração do setor a nível local.

Serão desenvolvidos:

- 1 — programa de treinamento;
- 2 — imunização contra varíola e o tétano;
- 3 — assistência ao parto normal;
- 4 — orientação à comunidade sobre saneamento e construções de melhoria sanitária;
- 5 — coleta de informações sobre nascimentos e óbitos.

Este programa, como podemos observar, objetiva a integração e simplificação da medicina, devendo ser coordenado e dirigido pela supervisora regional de enfermagem e executado por pessoal de dois níveis:

- 1 — equipes de penetração rural, compostas por auxiliares de enfermagem e auxiliar de saneamento, treinados em trabalho comunitário e supervisionado pela Enfermeira;
- 2 — auxiliar de comunidade — representado por um dos elementos líderes da comunidade, que deverá submeter-se a treinamento de enfermagem, que o capacite melhor para o desenvolvimento de suas atividades.

As unidades do programa estão expressas em doses de vacinas, melhorias sanitárias, partos atendidos e partos encaminhados às unidades;

As notas estão baseadas em grupos mais vulneráveis da população não acessível, para os quais foram previstas estas atividades.

Este programa, é um dos mais importantes do Plano, pois a sua execução abrangerá toda população rural, propiciando uma assistência de saúde integrada, com ênfase nos problemas prioritários de saúde:

- Assistência materno-infantil;
- Saneamento.

Esperamos com a Integração Rural, concorrer de modo decisivo para a solução de um dos problemas mais graves, que é o da ausência de assistência em saúde, sofrida por aqueles que vivem no campo.

Educar, vacinar, proteger o binômio mãe-filho, proporcionar enfermagem de urgência, eis algumas das muitas responsabilidades atribuídas, pelo Plano de Saúde, à Enfermagem.

Como podemos observar, a Enfermagem participa ativamente de tôdas as etapas do Plano.

A Importância da Enfermagem no Plano.

A Enfermeira participou de todas as etapas do Plano, desde o diagnóstico à sua avaliação.

Não há um setor ou departamento de enfermagem, ou médico, ou de odontologia. Há sim, uma perfeita integração dos profissionais de saúde e acreditamos que a enfermagem sob este ângulo viva na Paraíba, o seu momento histórico.

A Enfermeira, líder natural da equipe de enfermagem, encontra-se atuando ativamente em todos os programas, atividades e tarefas do Plano de Saúde.

Recursos Humanos:

Para a execução de um Plano é imprescindível a existência de pessoal qualificado.

É de conhecimento geral que os Recursos Humanos, constituem os pontos chaves de todo processo administrativo.

Desde a implantação da A.T.P. — que a preocupação fundamental de seus técnicos é o recrutamento, seleção e treinamento de pessoal.

Inicialmente na A.T.P. — foi criado um setor de Recursos Humanos, coordenados por uma enfermeira, o qual mais tarde passou a se denominar Coordenação Geral de Treinamento, cujo objetivo era melhorar o nível de capacitação do pessoal existente, através de cursos de treinamento, de curta duração. No período de 1967 até 1971 foram programados diversos cursos, coordenados e realizados sob a orientação das enfermeiras que compõem a A.T.P. e as equipes regionais.

Para melhor esclarecimento, observar o quadro de n.º 4a e 4b.

A definição das necessidades do treinamento, através do diagnóstico, levou ao programa de Capacitação e Aperfeiçoamento de Pessoal, que de acordo com o Plano, passaremos a demonstrar através dos quadros 5. 6 e 7.

QUADRO N.º 3

Programa: Assistência Médica
Metas e custos de consulta de Enfermagem
Consolidado — Estado Paraíba, 1971/74

Anos	Especificação	Hora/Au- xiliar En- fermagem	Rendi- mento	Consultas	Custos Total
1971	Obstetrícia	5.481	4	21.924	103.043
	Pediatria	9.216	4	36.864	173.261
	Total	14.697	4	58.788	276.304
1972	Obstetrícia	7.649	4	30.596	177.457
	Pediatria	11.096	4	44.384	257.427
	Total	18.745	4	74.980	434.884
1973	Obstetrícia	10.693	4	42.772	307.958
	Pediatria	11.724	4	46.896	337.651
	Total	22.417	4	89.668	645.609
1974	Obstetrícia	10.770	4	43.080	307.720
	Pediatria	11.748	4	46.992	422.928
	Total	22.518	4	90.072	810.648

Observação: Este quadro é o n.º 35, do Plano de Saúde

Conclusão:

Concluindo podemos afirmar que, o Plano de Saúde iniciado no Governo de Dr. João Agripino, terá possibilidade de ser executado na administração do atual Governador Dr. Ernani Ayres Sátyro, o qual convocou para Secretaria de Saúde, o Dr. Propício Caldas Filho, médico dedicado às atividades de Saúde Pública, que tem em seu curriculum o Curso de Mestrado em Administração Hospitalar da Faculdade de Higiene de São Paulo.

Acreditamos firmemente no Plano e as nossas apreciações não têm a pretensão de ser um trabalho técnico especializado, porém, uma explanação em linhas gerais da participação e importância da Enfermeira no Plano de Saúde, bem como transmitir às colegas o que está ocorrendo no setor de enfermagem do Estado da Paraíba.

QUADRO N.º 4a

Treinamento de pessoal auxiliar de Saúde, realizado no Estado, por região, através convênio Estado da Paraíba/SUDENE

1.ª Região

Cursos	N.º Treinados	Ano
Atendente	32	1967
Auxiliar de Saúde em Radiologia	2	1969
Auxiliar de Saúde em Estatística	29	1969
Auxiliar de Saúde em Saneamento	23	1969
Atendente	28	1970
TOTAL	114	

2.ª Região

Atendente	37	1969
Auxiliar de Saúde em Saneamento	22	1969
Parteiras (Obstetrícia)	11	1969
Auxiliar de Saúde em Laboratório	2	1969
Orientação às Curiosas	12	1969
TOTAL	84	

QUADRO N.º 4b

3.ª Região

Atendente	22	1969
Auxiliar de Saúde em Radiologia	2	1969
Atendente	26	1970
Auxiliar de Saúde em Laboratório	16	1971
Atendente	26	1971
TOTAL	92	

4.ª Região

Atendente	11	1968
Atendente	55	1969
Auxiliar de Saúde em Radiologia	5	1969
Atendente	15	1970
TOTAL	86	

Obs: Estes quadros pertencem a Coordenação Geral de Treinamento

Q U A D R O N.º 5

Estado da Paraíba

Julho 1971 a Junho de 1972

Cursos		Saúde		Plan. de		Adm. Hos-		Nutri-		Obste-		Materno		Serv. So-		Epidе-		Biolo-		Total			
		Pública		Saúde		pitalar		ção		trícia		Infantil		pitalar		miolo-		gia					
Categ. N.º		10		4		12		2		3		2		4		6		9					
Profis. Meses		Meses		Meses		Meses		Meses		Meses		Meses		Meses		Meses		Meses					
Médico	3	2		3		4		6		10		—		—		2		—		30			
Odontólogo	2	2		—		2		—		—		—		—		1		1		8			
Enfermeira	3	2		3		4		3		10		—		—		1		—		26			
Bio-Químico	1	1		—		1		—		—		—		—		—		1		4			
Assistente-Social	—	1		—		—		—		—		—		2		—		—		3			
T O T A L																						67	

OBS.: Este quadro pertence a Coordenação Geral de Treinamento.

Q U A D R O N.º 6

Estado da Paraíba

Pessoal Nível Médio

Cursos	Aux. de Enfer- magem	Visita- dora Sa- nitária	Inspetor de Sanea- mento	Técnico de Labo- ratório	Opera- dor de Estatis- tica	Aux. de Adminis- tração	Aux. de Contabi- lidade	Total
Categoria	N.º	4	4	4	3	3	4	
Profissional	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	
Aux. de Enfermagem	40	—	—	—	—	—	—	40
Visitadora Sanitária	—	30	—	—	—	—	—	30
Insp. de Saneamento	—	—	3	—	—	—	—	3
Técnico de Laboratório	—	—	—	10	—	—	—	10
Operador de Raio X	—	—	—	—	5	—	—	5
Aux. de Estatística	—	—	—	—	—	—	—	—
Aux. de Administração	—	—	—	—	—	10	—	10
Aux. de Contabilidade	—	—	—	—	—	—	6	6
T O T A I S	—	—	—	—	—	—	—	104

Observação: Este quadro pertence a Coordenação Geral de Treinamento

Q U A D R O N.º 7

Estado da Paraíba

Nível Auxiliar ou Elementar

Cursos	N.º	Aux. de	Aux. de	Aux. de	Comun.	
Categoria	Meses	Atenden.	Sanea-	Labora-	Capaci-	Atualiz.
		3 Meses	mento	tório	tação	10 Dias
			3 Meses	3 Meses	1 Mês	Totais
Atendente	60	—	—	—	—	60
Aux. de Saneamento	—	60	—	—	—	60
Aux. de Laboratório	—	—	10	—	—	10
Aux. de Comunidade	—	—	—	256	—	256
T O T A I S	—	—	—	—	—	386

Observação: Este quadro pertence a Coordenação Geral de Treinamento

BIBLIOGRAFIA:

- Plano Estadual de Saúde do Estado da Paraíba — Secretaria de Saúde
SESP, SUDENE e OMS
- VIANA, CIBILIS ROCHA — Estratégia do Desenvolvimento Brasileiro.
- FURTADO, CELSO — Um Projeto para o Brasil.
- ROBOCK, H. S. — Desenvolvimento Econômico Regional — Nordeste Brasileiro.
- LEBRET, L. J. — Suicídio ou Sobrevivência do Ocidente?
- BICHAT, A. RODRIGUES — Fundamentos de Administração Sanitária.
- ALCANTARA, GLETE de — A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional: Obstáculos à sua Expansão na Sociedade Brasileira.
- FERREIRA, PAULO PINTO — Administração de Pessoal.
- LIMA, MOZART ABREU de — Informações Gerais sobre o Nordeste e a problemática da Região (Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem e Publicado na Revista Brasileira de Enfermagem — outubro de 1968).
- REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — dos anos de 1968-1969 e 1970.

2 — PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PLANEJAMENTO DE SAÚDE — RECURSOS HUMANOS

Creuza Pereira Rodrigues *

INTRODUÇÃO:

Este trabalho fez parte do Plano Integrado de Saúde da Grande Pôrto Alegre, através do qual se faria a mobilização eficiente de recursos pela utilização integrada da rede de instituições públicas e privadas do “setor saúde”. O levantamento de Recursos Humanos de Enfermagem ficou como uma das funções que a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul teria que realizar, através de sua Unidade de Planejamento que funciona em convênio com o Ministério da Saúde-Fundação SESP.

O levantamento de recursos humanos de enfermagem na metrópole de Pôrto Alegre de setembro a outubro de 1968 visou, especialmente, contribuir com informação útil para a Comissão da Reitoria incumbida de elaborar o esquema de funcionamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, integrado neste plano como Hospital Central.

O início das atividades de um hospital do porte do Hospital das Clínicas certamente produzirá um impacto no mercado de trabalho. O desconhecimento da situação presente da força de trabalho de enfermagem e a falta de uma previsão adequada poderiam prejudicar o funcionamento daquele Hospital ou perturbar o equilíbrio da mão-de-obra em relação a outras instituições do setor, sejam elas públicas ou particulares.

* Representante da ABEn Secção do Rio Grande do Sul. Enfermeira da Unidade de Planejamento da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Com o intuito de colher informação foi realizada uma visita ao Hospital das Clínicas para que se pudesse observar “in loco” a situação atual e conhecer das projeções para o futuro.

Foi encontrado fazendo parte do documentário da organização do Hospital das Clínicas um “Plano de Trabalho” da Divisão de Enfermagem e um “Planejamento dos Ambulatórios” que foram elaborados por uma enfermeira especializada em Administração Hospitalar, do quadro de funcionários da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Quanto à administração e organização do Hospital das Clínicas foi constatada a existência de um contrato com firma particular, especializada em organização e administração hospitalar.

Constituem-se em bases da programação, o teste das estruturas básicas — do Hospital pondo em funcionamento 39 leitos do 1.º módulo no primeiro semestre do ano. Uma vez aprovadas as estruturas básicas será dado início ao funcionamento de mais 2 módulos no segundo semestre, com o que estariam em funcionamento 117 leitos até o fim do ano de 1971. (O total de leitos previstos é de 600).

Os Ambulatórios deverão entrar em funcionamento de acordo com as necessidades dos Departamentos de Ensino da Faculdade de Medicina, segundo programação e organização a ser elaborada pelos mesmos.

Atualmente um dos ambulatórios do Hospital das Clínicas atende às necessidades da Cadeira de Dermatologia, funcionando em convênio com a Secretaria da Saúde no Setor de Dermatologia e Doenças Venéreas.

Os recursos materiais, como edificação, mobiliário e aparelhamento constituem-se meios decisivos na eficiência do trabalho do pessoal de enfermagem. Tais recursos segundo informações obtidas, não estão em condições de atender às necessidades de um “Hospital Escola” não podendo desta maneira o pessoal de enfermagem coordenar aí suas atividades sem que haja antes uma adaptação e racionalização da capacidade instalada do mesmo.

DISTRIBUIÇÃO DA FÔRÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM POR ATIVIDADES E RESPECTIVOS CUSTOS

Foi realizado um censo em 32 hospitais da área Metropolitana de Porto Alegre, dos quais foram colhidos os dados referentes ao número de profissionais, por categoria e respectivo regime de trabalho, bem como o número de leitos.

Foi selecionada uma amostra aleatória dos hospitais da Metrópole. Esta amostra foi constituída de 9 hospitais com um total de 965 leitos.

Com dados obtidos na amostra, foram calculados: a participação dos recursos humanos de enfermagem para os serviços intermediários e para as atividades finais, bem como os custos unitários médios e gastos mensais, por categoria profissional.

Constata-se que as horas disponíveis do enfermeiro concentram-se nos serviços intermediários dos quais, 90,45% em direção ou chefia.

Nas atividades finais encontra-se em hospitalização 0,24%; em consulta de enfermagem 4,16% e em ensino e treinamento 5,15%.

O custo médio da hora/enfermeiro é de Cr\$ 3,00 (três cruzeiros) e a remuneração mensal média é de Cr\$ 479,47 (quatrocentos e setenta e nove cruzeiros e quarenta e sete centavos).

Considerando-se que o grau de utilização média, estimado, dos leitos hospitalares em Pôrto Alegre é de 77,6%, conforme dados obtidos da estatística hospitalar da Secretaria da Saúde, infere-se, da informação coletada, que as horas disponíveis para o cuidado de enfermagem, por paciente, é de 1 hora e 54 minutos/dia. Dêste tempo apenas 0,01% está a cargo do enfermeiro, e o restante pelo pessoal auxiliar.

PESSOAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

A equipe de Enfermagem que exerce funções em Saúde Pública, nos ambulatorios do Instituto Nacional de Previdência Social e nas Unidades Sanitárias da Secretaria da Saúde em Pôrto Alegre, perfaz um número de 403 elementos.

De um total de 46.230 horas de enfermagem disponíveis para a Saúde Pública, 53,3% são prestados por profissionais com curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem ou de visitadora sanitária.

O restante do pessoal de enfermagem, é constituído de 188 pessoas entre atendentes treinados em serviço, dois práticos de enfermagem e 14 assistentes de enfermagem.

ENFERMEIROS EM SAÚDE PÚBLICA

Contam, atualmente, os serviços de enfermagem das unidades sanitárias da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e dos ambulatorios do INPS com 44 enfermeiros. Dêstes, 16 são portadores de cursos de especialização, os demais realizaram curso de graduação em Enfermagem. Conta a Capital com 32 enfermeiros em saúde pública e o Interior do Estado com 12.

Possuindo o Estado do Rio Grande do Sul uma população de 6.630.520 habitantes, a relação enfermeiro/habitante é de 1/150.466.

De acôrdo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde o número ideal de enfermeiros é calculado em um (1) enfermeiro para 5.000 habitantes para América Latina, o que não corresponde à nossa realidade.

ENSINO E PREPARAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM — CURSOS DE ENFERMAGEM

No Estado do Rio Grande do Sul existem atualmente 4 Escolas de Enfermagem sendo duas (2) na Capital e duas (2) no Interior do Estado.

Os dados referem-se às 4 escolas existentes

Até 1965 formaram-se 274 enfermeiros nas diversas escolas do Estado do Rio Grande do Sul.

Estima-se que de 1954, ano em que se formou a 1.^a turma de enfermeiros, no Rio Grande do Sul, a 1965, ano em que foram registrados os dados acumulados, a média de produção de enfermeiros nas escolas referidas foi de 23 profissionais, por ano.

Aceita-se que o estoque remanescente anual seja de 97,5% (*). Ter-se-á assim, ao início de 1966 um estoque de 240 enfermeiros graduados, na metrópole de Pôrto Alegre.

Um levantamento feito na Escola de Enfermagem da UFRGS mostra que no período de 1964 a 1968 o rendimento médio anual da Escola foi de 41,3%.

No 2.^o ano dos cursos de enfermagem havia 119 vagas, em 1968. Na falta de melhor informação, admite-se que no ano anterior, 119 eram as vagas para ingresso no curso de enfermagem.

Nestas condições, aceitando-se que o rendimento destas 119 vagas seja igualmente de 41,3% (média obtida), espera-se que, em 1969, formar-se-ão 49 enfermeiros e que em 1970, pelo mesmo raciocínio, um número de 47 enfermeiros (41,3% de 115 vagas) será acrescido ao estoque.

De acôrdo com o prognóstico obtido do levantamento, e que representa uma estimativa dos informantes, é esperado que um número de 77 formandos estarão completando o curso em 1973. Este número representa um aumento gradual;

Por outro lado sabe-se que em 1968 o número de vagas é: na 1.^a série de 115, na 2.^a de 119 e na 3.^a de 78.

(*) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, Recursos Humanos Para as Atividades de Saúde. 4.^a Conferência Nacional de Saúde, 1967, (mimeografado).

Isto indica que está ocorrendo um aumento médio de 19 vagas por ano de curso.

CURSOS DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Os cursos de Auxiliares de Enfermagem no Estado do Rio Grande do Sul são em número de nove (9) sendo seis (6) na Capital e três (3) no Interior.

Em 1967 foi interrompido um destes cursos, na Capital.

Esta interrupção foi motivada pela carência de recursos financeiros da Instituição mantenedora.

Outro dos cursos referidos acima, na Capital, encerrou definitivamente, a formação de auxiliares de enfermagem, em 1968.

Foi obtida informação de que a primeira turma de Auxiliares de Enfermagem de Pôrto Alegre, concluiu o curso em 1952.

Até 1965 formaram-se 1.365 auxiliares de enfermagem nas Escolas e Cursos no Rio Grande do Sul. Estima-se que de 1952, ano em que se formou a 1.^a turma de Auxiliares de Enfermagem no Rio Grande do Sul, a 1965 ano em que foram registrados os dados acumulados, a média de produção de Auxiliares de Enfermagem nas referidas escolas foi de 105 auxiliares por ano.

VISITADORAS SANITÁRIAS

O Curso de Educadoras Sanitárias no Estado do Rio Grande do Sul, nível médio, teve início no ano de 1938 (Decreto-Lei Estadual 7481/1938) e formou 14 turmas, num total de 463 Educadoras Sanitárias.

Por força de Lei 2020 de 1954, o cargo de Educadora Sanitária foi classificado como de Visitadora Sanitária, passando daí em diante, aquele curso a formar Visitadoras Sanitárias.

Até 1965, última turma formada, um total de 609 Visitadoras Sanitárias foram preparadas.

Este curso de âmbito estadual é realizado pela Secretaria da Saúde. Não é ministrado regularmente como pode ser depreendido pelo número das turmas formadas, nos anos de funcionamento.

Algumas turmas foram formadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.SESP.) em convênio com a Secretaria da Saúde.

Entre os requisitos para ingresso era exigido o curso ginásial.

Os egressos, na sua maioria, foram aproveitados pelo Governo do Estado, na Secretaria da Saúde. O curso, com duração de dez (10) meses letivos é ministrado em aulas teóricas e a prática em estágio nas Unidades Sanitárias e obedece a uma carga horária de aproximadamente 1.800 horas.

Exercem atualmente, as funções de Visitadora Sanitária na Secretaria da Saúde, 286 elementos.

Os cursos são realizados de acôrdo com as necessidades da Secretaria da Saúde. Atualmente, segundo estimativa feita pela Seção de Enfermagem da Secretaria da Saúde, existem mais Visitadoras do que as vagas existentes no quadro. Os cursos estão suspensos, no momento, em razão do "superavit" de pessoal formado nesta categoria.

Nos ambulatórios do Instituto Nacional de Previdência Social, em Pôrto Alegre, não foram encontrados visitantes sanitários. Segundo informação colhida na Instituição, não é pensamento do INPS, utilizar êste tipo de pessoal.

ATENDENTES

Os atendentes encontrados no levantamento, em sua maioria, não receberam treinamento formal.

Verifica-se a predominância dêste elemento na equipe de enfermagem.

As entrevistas informaram que apenas 3% dos hospitais realizam cursos regulares para atendentes.

O Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio, ocasionalmente, realiza na Capital, cursos teóricos utilizando enfermeiros contratados através da Associação Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

Em uma das cidades do Interior existe uma Escola denominada "Escola de Atendentes" que é dirigida por médicos e funciona em um Hospital desde 1940 e já preparou 109 elementos que são absorvidos naquela área do Estado. Êste fato já é do conhecimento da ABEn, e do Conselho Est. de Educação, porém não foram ainda tomadas medidas disciplinares para o caso.

Foram consideradas como atendentes, para fins de levantamento, as socorristas preparadas pela Cruz Vermelha Brasileira face a frequência com que estes elementos foram encontrados exercendo aquela função.

PESSOAL DOCENTE

Para se ter uma idéia do preparo e diferenciação do pessoal docente, nas Escolas de Enfermagem e de Auxiliares de Enfermagem, do Rio Grande do Sul, informa-se que o corpo docente é constituído de 57 enfermeiros com curso de pós graduação e 5 com curso de especialização.

O total de enfermeiros que exercem o magistério, nas escolas pesquisadas é de 76, incluindo os que têm apenas o curso básico.

Observação:

Não apresentamos conclusões nem recomendações pois a finalidade do trabalho foi apenas a de cumprir com o compromisso assumido pela Unidade de Planejamento da Secretaria de Saúde, de fornecer a comissão de organização para funcionamento do Hospital de Clínicas, dados referentes a força de trabalho de enfermagem na Grande Pôrto Alegre, bem como as perspectivas da formação de pessoal de enfermagem pelo sistema educacional do Estado do Rio Grande do Sul.

RESUMO

O levantamento da força de trabalho de Enfermagem na área metropolitana de Pôrto Alegre de setembro a outubro de 1963, bem como o estudo da capacidade formadora das instituições de ensino de Enfermagem em todo Estado, visou especificamente a informar a comissão de organização do Hospital de Clínicas responsável em elaborar o esquema para o funcionamento do mesmo, que serviria como hospital central do "plano integrado de saúde de Pôrto Alegre".

Na força de trabalho dos 32 hospitais levantados encontramos um total de 151 enfermeiros sendo que destes apenas 46 possuíam cursos de especialização. A participação dos enfermeiros é de 90, 45% das suas horas em chefia e administração. O custo médio da hora/enfermeiro é de Cr\$ 3,00 (três cruzeiros) e a remuneração mensal médias de 479,47 (quatrocentos e setenta e nove cruzeiros e quarenta e sete centavos).

Infere-se da informação que as horas disponíveis para o cuidado de enfermagem, por paciente, é de 1 hora e 54 minutos/dia. Deste tempo apenas 0,01 está a cargo do enfermeiro.

O total de pessoal nos ambulatórios do INPS e da Secretaria da Saúde perfaz um número de 403. Do total de horas de enfermagem em Saúde Pública 53,3% são prestadas por profissionais com curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem ou visitadora sanitária.

No serviço de Saúde Pública a relação enfermeira habitante por todo Estado é de 1/150.466.

No ensino e preparação de pessoal de Enfermagem no Estado do Rio Grande do Sul vamos encontrar 4 Escolas de Nível Superior e 9 Cursos de Auxiliar de Enfermagem.

O total acumulado de 274 enfermeiros no ano de 1965 corresponde a uma média anual de 23 enfermeiros por ano. O rendimento médio anual das Escolas de Enfermagem foi de 43,3% tomando-se como modelo, a Escola de Enfermagem da UFRGS.

De acôrdo com o aumento do número de vagas, indica que está havendo um aumento médio de 19 vagas por ano de curso.

As escolas e cursos de auxiliar de enfermagem de 1952 a 1965 formaram 1.365 auxiliares de enfermagem. Estima-se para os próximos 5 anos uma produção média de 100 auxiliares por ano.

A formação de pessoal auxiliar em Saúde Pública coube a Secretaria da Saúde, que desde 1938 formou 609 elementos. Atualmente 286 visitadoras exercem suas funções na Secretaria da Saúde.

O treinamento do atendente é formalizado em apenas 3% dos hospitais de Pôrto Alegre. O total de atendentes encontrado — de 1.056 o que detém maior número de horas em hospitalização.

Encontram-se fazendo parte do corpo docente da Escola de Enfermagem e das Escolas e Cursos de Auxiliares de Enfermagem um total de 76 enfermeiros sendo que apenas 5 com curso de especialização.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PESSOAL AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pessoal Auxiliar na Enfermagem da Metrópole de Pôrto Alegre

Em estabelecimentos hospitalares	2.636	—	88,0	%
Nas Unidades Sanitárias da Secretaria da Saúde e INPS	359	—	12,0	%
TOTAL	2.995	—	100,0	%

ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

Na Metrópole de Pôrto Alegre (Censo)

N.º de leitos	9.908	
Grau de utilização	77,6	%
Pacientes/dia (média diária)	7.689	
Pessoal Auxiliar	2.636	

No Interior (Estimativa)

N.º de leitos	21.538	
Grau de utilização(*)	45,4	%
Pacientes/dia (média diária)	9.778	
Pessoal Auxiliar	3.352	

(*) Censo.

AUXILIARES, EM TODO O ESTADO (ESTIMATIVA)

Em estabelecimentos hospitalares	5.988
Em Unidades Sanitárias	817
TOTAL	6.805

Na Metrópole (Censo)

Auxiliares de Enfermagem	1.045
Outras categorias de auxiliares	1.950
TOTAL	2.995

NECESSIDADES EM TODO O ESTADO (ESTIMATIVA)*

Auxiliares de Enfermagem	2.374
Outras categorias de auxiliares	4.431
TOTAL	6.805

FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM (CENSO)

Até 1965	1.365
Em 1966	88
Em 1967	134
Em 1968 (matrículas na 2. ^a série)	157
TOTAL até 1968	1.744
“Deficit” estimado da formação de Auxiliares de Enfermagem	630
Prognóstico de formação para os próximos 5 anos	100/ano

* A estimativa de necessidades não obedece a padrões tecnicamente recomendados, mas apenas visa a igualar a situação prevista no interior às proporções observadas na metrópole de Porto Alegre.

BIBLIOGRAFIA:

1. Associação Brasileira de Enfermagem. **Sumários**. Rio de Janeiro, Centro, de Levantamentos de Recursos e Necessidades de Enfermagem, 1959. 20p. Relatório.
2. CARVALHO, Amália Corrêa de. **Situação do ensino de enfermagem no país**. /.1.p./ Comissão de Documentação e Estudos da ABEn, 1968. 8p. Relatório.
3. CARVALHO, Amália C. & CARVALHO, Anayde C. **Comissão de documentação e estudos dados sobre a formação do pessoal de enfermagem do Brasil**. São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem, 1969. 46p., il., 24 cm.
4. ESTADOS UNIDOS. Organización Mundial de la Salud. **Programación de la Salud; problemas conceptuales y metodológicos**. Washington, 1965. 77p., il., 28 cm.

3 — PERSPECTIVAS DO SETOR DE ENFERMAGEM DA DIVISÃO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA, QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA NO PAÍS

Judite Feitosa de Carvalho *

Maria Benedita Lima Gomes Silva *

Aparecida Maria Jesuino de Souza *

Odete de Oliveira e Oliveira *

Gildete Medeiros *

INTRODUÇÃO:

As razões que levaram as enfermeiras do setor de Enfermagem da D.N.O.Sa. a apresentar este trabalho, decorrem da necessidade de se ampliar informações quanto à competência e às ações desse órgão de enfermagem, cuja esfera de atuação é constituída, por excelência, pelos órgãos centrais de enfermagem das Secretarias de Saúde das 23 Unidades da Federação.

O Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, capítulo II — Da Política Nacional de Saúde, assim diz:

“Art. 156 — A formulação e coordenação da política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, caberá ao Ministério da Saúde.

Parágrafo 1.º — Com o objetivo de melhor aproveitar recursos e meios disponíveis e de obter maior produtividade visando a proporcionar efetiva assistência médico-social à comunidade, promoverá o Ministério da Saúde a coordenação no âmbito regional, das atividades de assistência médico-social, de modo a entrosar as desempenhadas por órgãos federais, estaduais, municipais, do

* Enfermeiras da Divisão Nacional de Organização Sanitária, Secretaria de Saúde Pública, Ministério da Saúde.

Distrito Federal, dos Territórios e das entidades do setor privado.

Parágrafo 2.º — Na prestação da assistência médica dar-se-á preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas existentes na comunidade.

Parágrafo 3.º — A assistência médica da Previdência Social, prestada sob a jurisdição do Ministério do Trabalho e Previdência Social, obedecerá, no âmbito nacional e regional, à política nacional de Saúde”.

As bases legais nas quais se apoiam as ações do Setor de Enfermagem, estão consubstanciadas na Portaria Ministerial n.º 279 — GB, de 22 de setembro de 1970, a qual transcrevemos a finalidade da Divisão Nacional de Organização Sanitária e a competência de seu Setor de Enfermagem:

Divisão Nacional de Organização Sanitária

Finalidade:

“A Divisão Nacional de Organização Sanitária (DNOSa.) criada pelo Decreto n.º 66.623, de 22 de maio de 1970, integrante da Secretaria de Saúde Pública e subordinada ao Secretário, tem por finalidade estudar e colaborar nos assuntos de nutrição humana, incentivar e auxiliar a organização e o aprimoramento dos serviços de saúde das Unidades da Federação; executar ou orientar as atividades de caráter especial e aquelas resultantes de calamidade pública; promover atividades de proteção contra as radiações ionizantes e atividades correspondentes da Administração Pública; assistir tecnicamente às entidades de ensino; colaborar nos programas de desenvolvimento sócio-econômico de órgãos especializados; e promover as atividades normativas odonto-sanitárias”.

Setor de Enfermagem

Competência:

- a) estabelecer normas gerais de organização e funcionamento para serviços de enfermagem de saúde pública;
- b) realizar e participar de estudos e pesquisas operacionais visando a padronização das técnicas e métodos de enfermagem de saúde pública;
- c) definir e propor técnicas de supervisão e avaliação do serviço de enfermagem de saúde pública;

- d) definir os requisitos mínimos para o exercício de funções auxiliares no campo da enfermagem de saúde pública;
- e) participar de inquéritos e estudos visando o conhecimento dos níveis de saúde das comunidades brasileiras;
- f) preparar informes técnicos para divulgação.

Programação das atividades do Setor de Enfermagem da DNOSa.

O atual programa de atividades do Setor, de acordo com a programação geral da DNOSa., é quadrienal, com projeção para os anos de 1971 a 1974. Para não tornar extenso o presente trabalho, apresentamos apenas o Plano de Ação, anexo, que contém as atividades básicas, as tarefas e as metas a serem alcançadas em 1971. Para os anos 1972-1974, está previsto, de modo geral, a extensão dessas mesmas metas às demais regiões do País, de maneira a dar cobertura a 100% dos serviços de enfermagem de saúde pública, em 1974.

Critérios observados na programação

O Setor de Enfermagem, ao programar suas atividades, observa as diretrizes preconizadas pela DNOSa. Assim sendo, procura certificar-se com a necessária antecedência se os gastos a realizar-se correspondem em montante e em oportunidade a uma necessidade real, identificada nos objetivos da instituição, e examina outras alternativas para satisfazer a essa necessidade. Essa circunstância explica, por si só, a importância de se dispor de critérios de prioridade para a alocação de recursos.

Além do critério financeiro, a alternativa apresentada no Plano de Ação do Setor de Enfermagem foi elaborada tomando em consideração os seguintes objetivos:

- a) estabelecer a coordenação das atividades do setor, com as dos órgãos de enfermagem de saúde pública das Secretarias de Saúde dos diferentes Estados da Federação;
- b) criar condições para o desenvolvimento uniforme dos serviços de enfermagem de saúde pública no País;
- c) concentrar, inicialmente, as atividades na melhoria da organização e da administração dos serviços de enfermagem de saúde pública, com o fim de torná-los mais dinâmicos, operacionais e eficientes; e
- d) atuar mais especificamente em 1971, nos Estados do Nordeste, uma vez que as Secretarias Estaduais de Saúde da

Região já estão empenhadas em elaborar o diagnóstico do setor saúde e algumas mesmo já alcançaram a fase de atividades.

Considerações gerais

Os serviços de saúde, como as demais instituições produtoras de bens e serviços, caracterizam-se quanto à sua evolução, de acordo com o contexto do desenvolvimento da região onde se localizam. O esforço empreendido pelo Governo no sentido de minimizar as diferenças regionais, nos seus aspectos sócio-econômicos e culturais, tem-se refletido no setor saúde.

Nos últimos anos as Secretarias de Saúde vêm apresentando progressiva melhoria em suas estruturas organizacionais, especialmente devido ao início da institucionalização do processo de planejamento da saúde, embora ainda existam diferentes graus desses desenvolvimento no País, e até mesmo entre os Estados de uma mesma Região. Essa evolução tem repercutido favoravelmente nos serviços de enfermagem, e está criando condições para que as instituições de saúde possam elaborar seus programas de atividades de acordo com um plano geral de saúde, e, para que os serviços de enfermagem programem suas atividades em consonância com as diretrizes gerais da instituição.

O Setor de Enfermagem da DNOSA. baseado nas diretrizes do órgão ministerial ao qual pertence e nas tendências apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, considera necessário e oportuno o início de um processo de coordenação nacional de enfermagem de saúde pública, tendo em vista o desenvolvimento uniforme desses serviços no País.

Reconhece como sendo de grande valia para a sistematização desses serviços, a formulação de modelos gerais de organização e desenvolvimento de serviços de enfermagem de saúde pública, a partir dos quais se processem as necessárias compatibilizações regionais e locais.

Também estima necessário o treinamento das enfermeiras que estão a nível decisório na metodologia da pesquisa operacional, afim de processarem estudos sobre a viabilidade de atividades de enfermagem, no que se julgar necessário.

Embora reconhecendo que as metas anuais do Setor de Enfermagem, fixadas para o quadriênio 1971-1974, poderão ter seu alcance reformulado, a equipe de enfermagem da DNOSA., está convicta de que é necessário avaliar situações, tomar decisões e programar as ações, ainda que nos anos iniciais os programas estejam sujeitos a ajustes de certa monta.

Considera, portanto, que a programação das atividades de enfermagem de saúde pública como um processo integrado, acompanhada do necessário controle e avaliação de resultados, constitui a medida inicial para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Pública no País.

M.S. Secretaria de Saúde Pública

**SETOR DE ENFERMAGEM da DIVISÃO NACIONAL DE
ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA (D.N.O.Sa.)**

Plano de Ação

Atividades	Tarefas	Metas — 1971
Normalização de serviços de enfermagem de saúde pública.	Levantamento da situação de enfermagem dos serviços de saúde pública.	Realizar um levantamento nos Estados da Região Nordeste mediante amostragem para conhecer a situação de enfermagem dos serviços de saúde pública.
	Processamento de dados.	
	Diagnóstico da situação de enfermagem de saúde pública.	Elaborar o documento sobre o diagnóstico da situação de enfermagem de saúde pública nos Estados da Região Nordeste.
	Definição dos requisitos mínimos para o exercício das funções de enfermagem de saúde pública.	
	Preparo de modelos de organização e normalização de enfermagem de serviços de saúde pública.	Elaborar um modelo para organização das estruturas de enfermagem de serviços de saúde pública dos Estados da Região Nordeste.

Atividades	Tarefas	Metas — 1971
		Elaborar um modelo geral da supervisão de pessoal de enfermagem de serviços de saúde pública e de avaliação das respectivas atividades, para os Estados da Região Nordeste.
	Compatibilização dos modelos gerais para transformá-los em modelos normativos.	Realizar uma reunião de três semanas num Estado da Região Nordeste, para enfermeiras e outros técnicos da área da saúde, de nível decisório, a fim de transformar os modelos gerais em modelos normativos regionais.
	Assistência técnica às enfermeiras das Secretarias de Saúde.	Realizar viagens para assistência técnica aos 9 Estados da Região Nordeste, num total de 30 dias por Estado, perfazendo 270 dias, a fim de assessorar às enfermeiras dessa região na implantação e desenvolvimento dos modelos propostos.
	Assessoria na realização de seminários e cursos de curta duração visando o aperfeiçoamento das enfermeiras nas áreas prioritárias para o desenvolvimento dos serviços de saúde pública.	

Atividades	Tarefas	Metas — 1971
	Avaliação da viabilidade dos modelos implantados.	
Assistência técnica a programas de ensino e de treinamento.	Orientação técnica aos cursos de graduação de enfermagem, técnico e auxiliar e a outros quando solicitado, sobre a matéria Enfermagem de Saúde Pública, dos respectivos programas.	Incluir na reunião programada para a Região Nordeste, 5 professoras de Enfermagem de Saúde Pública, de Escolas de Enfermagem dessa Região.
		Avaliar os programas de treinamento de pessoal de enfermagem, utilizados pelos serviços de saúde pública das Secretarias de Saúde dos Estados da Região Nordeste.
	Execução do Projeto-Formação de Auxiliar de Enfermagem.	Preparar as professoras dos Cursos de Auxiliares de Enfermagem, para a implantação do currículo para Curso Intensivo de Auxiliar de Enfermagem.
		Realizar 6 seminários de 1 semana, para professores e supervisoras de alunos dos Cursos de Auxiliares de Enfermagem em diferentes Estados.

Atividades	Tarefas	Metas — 1971
Estudos e Pesquisas.	Realização de estudos e pesquisas operacionais sobre enfermagem de saúde pública.	Programar e realizar uma pesquisa operacional sobre o valor real da visita domiciliar, como atividade de saúde pública.
	Preparo de informes técnicos.	

4 — PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PLANEJAMENTO E FUNCIONAMENTO DE UM CENTRO DE SAÚDE LOCAL

Maria Luiza de Souza Ferreira *
Julieta Esther Amaral *
Otávio Azevedo Mercadante **
José Carlos Seixas ***

INTRODUÇÃO:

O Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Sta. Casa de Misericórdia de São Paulo sentindo a necessidade de um campo de estágio para Saúde Pública, dos alunos de medicina daquela Faculdade, houve por bem organizar uma Unidade Sanitária Local, que paralelamente às funções específicas do atendimento global da população do bairro, deveria também ter funções didáticas de grande porte, tornando-se real campo de observação, ensino e treinamento para pessoal de saúde, alunos de medicina, e enfermagem.

O Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, foi criado por convênio firmado entre a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Secretaria de Saúde

* Instrutora do Dep. de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e enfermeiras do C.S.E. da Barra Funda — São Paulo.

** Professor-assistente do Dep. Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Médico-chefe do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda.

*** Professor-associado do Dep. de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instrutor do Dep. de Prática de Saúde da Faculdade de Saúde Pública; Médico Sanitarista do C.S.E. da Barra Funda.

Pública do Estado de São Paulo em 1967 e iniciou suas atividades em 16 de abril de 1969.

A escolha do sub-distrito da Barra Funda, deveu-se entre outros motivos à existência na área de um terreno onde será construída uma unidade integrada que servirá como unidade escola para estágio de alunos das Faculdades de Enfermagem, Medicina e escolas afins.

ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA

— Objetivos:

1 — Promoção, proteção e recuperação de saúde da população residente na Barra Funda, através da assistência médico-sanitária.

2 — Ensino de Saúde Pública através de estágio para alunos de medicina, enfermagem e outros profissionais de saúde, e treinamento de pessoal auxiliar em Saúde Pública, tanto para atividades na Unidade como para a Secretaria de Saúde.

3 — Realização de pesquisas operacionais, aplicadas à Saúde Pública, desenvolvendo métodos e técnicas que possam ser estendidas à rede sanitária do Estado de São Paulo

— Formação da equipe multiprofissional:

Foi essa a primeira preocupação do Departamento de Medicina Social, uma vez que toda a organização do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, deveria ter por alicerce, efetivamente, um trabalho de equipe. A equipe organizadora foi constituída inicialmente dos seguintes elementos: 2 médicos sanitaristas, 3 enfermeiras de Saúde Pública, 1 assistente social, 1 educadora de Saúde Pública.

Coube a essa equipe:

- orientação técnica e funcional na reforma do prédio alugado;
- estabelecimento de diretrizes gerais de trabalho, para o Centro de Saúde Experimental da Barra Funda;
- troca de idéias e experiências para desenvolver um trabalho de equipe ajustado aos objetivos gerais do Centro de Saúde de acordo com a filosofia do Departamento de Medicina Social;
- equacionamento por etapas das necessidades e disponibilidades em recursos materiais para a Unidade Sanitária;
- estabelecimento de uma programação das atividades a serem desenvolvidas no Centro de Saúde segundo prioridades estabelecidas; e
- estabelecimento de critérios e procedimentos para um efici-

ente controle qualitativo e quantitativo dos trabalhos a serem executados

— Reconhecimento da área do sub-distrito da Barra Funda

Em todas as etapas do trabalho, houve a participação ativa da equipe multiprofissional, cada elemento contribuindo não só no seu campo profissional específico, mas, no planejamento de saúde como um todo.

— Descrição físico-geográfica da área

O sub-distrito da Barra Funda encontra-se situado na região centro oeste do município de São Paulo, com área de 2,53 km² e consta de três regiões bem delimitadas e com características próprias:

1.^a — uma região chamada “várzea da Barra Funda”, com população residente em casas típicas da classe média-média e média-inferior, com integração comunitária e onde se localizam as principais agências da comunidade;

2.^a — outra área separada da anterior pelos trilhos de uma estrada de ferro com prédios de apartamento e estabelecimentos comerciais. População da classe média-média e média-superior sem integração comunitária e que em geral não se considera como moradora da Barra Funda;

3.^a — contígua a 1.^a região à margem do Rio Tietê, localiza-se uma área de favela, uma das maiores de São Paulo e sem nenhuma organização interna.

— População da Barra Funda

Os dados existentes, referentes à população da Barra Funda, eram estimativas baseadas nos recenseamentos de 1940 e 1950, havendo, portanto, possibilidade da projeção do crescimento populacional apresentar distorções, principalmente se considerarmos o ritmo de desenvolvimento de São Paulo, e o crescimento desigual de bairros.

Por isso, foi planejado e realizado um censo demográfico e um levantamento cadastral, para se conhecer o total de habitantes residentes e seus principais atributos e o cadastramento de todos os edifícios da área.

Dos dados obtidos pelo censo, foram considerados básicos para organização da Unidade Sanitária local:

- população total da área
- população segundo a idade
- população segundo a procedência
- total de famílias
- condições de saneamento

Em relação a esses dados, foi possível estabelecer-se medidas percentuais que nortearam em parte a organização do Centro de Saúde:

a) **N.º de habitantes em 1968** (tabela n.º 1): 26.206 habitantes em discordância ao que havia sido estimado, em 51.272 para 1969, segundo dados da Divisão de Estatística e Documentação Social da Prefeitura do Município de São Paulo.

b) **Distribuição segundo idade e sexo** (tabela n.º 1): 46,7% do sexo masculino e 53,3% do feminino.

É uma população com características de estacionária, o que se pode constatar no gráfico I comparando-o com o gráfico II que é a pirâmide populacional da grande São Paulo.

● **Procedência** (tabela n.º 2): 86% da população procede de zona urbana.

● **Procedência anterior** (tabela n.º 3): 69% em São Paulo, Capital, 12,5% residia em São Paulo, interior, depois vem a região leste com 4,5% com a predominância dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, a região que menos contribuiu foi a norte, com 0,1%.

Essa população está distribuída num total de 9712 famílias, o que dá um número médio de 2,7 pessoas por família. (Tabela n.º 4).

— Condições habitacionais e de saneamento

a) **Tipos de prédio para moradia:** (tabela n.º 5) — há 7.285 prédios, dos quais 95,6% são de alvenaria e 3,9% barracos de madeira.

b) **Esgoto:** (tabela n.º 6) — 9,49% é beneficiada por rede de esgoto.

c) **Água:** (tabela n.º 7) — 95,3% tem água encanada da rede pública dentro do domicílio.

d) **Instalação sanitária:** (tabela n.º 8) — 99,1% conta com instalação sanitária, sendo que apenas 72,7% possui instalações dentro do domicílio com descarga e para uso unifamiliar.

e) **Lixo:** (tabela n.º 9) — 95,9% tem o lixo domiciliar coletado.

f) **Luz:** (tabela n.º 10) — 96,9% possui luz elétrica no domicílio.

Pelos dados apresentados, pode-se ter uma idéia geral das condições de saneamento da área. Um grande número de residências têm condições de saneamento básico, apenas 3,1% dos prédios não conta com água encanada e 5,1% não é ligado à rede de esgoto. Essa sobrecarga é devida à presença de favela na área, que é um núcleo populacional em condições de vida sub-humana. Nos chama a atenção, a tabela n.º 8 que nos mostra, 21,7% com instalações sanitárias inadequadas para um eficiente controle de saúde, situação essa, devida à presença no bairro de habitações coletivas e cortiços.

Dados referentes à mortalidade, natalidade e outros, seriam necessários para elaboração do diagnóstico de saúde. Entretanto, verificou-se no Registro Civil da área que eram imprecisos aqueles dados, já que reza a Lei sejam esses eventos registrados nos distritos onde ocorrem.

— Recursos da comunidade

- a) Setor saúde:
 - 1 pronto socorro municipal
 - 12 unidades particulares (consultórios e ambulatórios).
- b) Setor Educação:
 - Ensino público e Particular —
 - 2 grupos escolares
 - 2 escolas paroquiais
 - 3 ginásios
 - 1 parque infantil
- c) Setor assistencial:
 - Associações filantrópicas —
 - 1 Centro Social LBA
 - 1 Rotary Club
 - 1 Centro Paroquial
 - 1 Sociedade Espírita
 - 1 Abrigo Provisório (OAF)
 - 1 Sociedade Beneficente
 - Entidades cívicas —
 - 1 Sociedade Amigos do Bairro
 - 1 Grupo de jovens
- d) Setor recreação:
 - 5 clubes de futebol
 - 1 escola de samba
- e) Setor religioso:
 - 2 igrejas católicas
 - 1 igreja protestante
 - 2 centros espíritas

A área é desprovida de unidade hospitalar e clínica para internação de doentes.

— **Recursos da Unidade Sanitária**

a) **Humanos**

1 médico sanitarista chefe	44 horas semanais
1 enfermeira de Saúde Pública	
chefe do serviço de Enfermagem	idem
2 enfermeiras de Saúde Pública	idem
1 educadora de Saúde Pública	idem
1 assistente social	idem

5 médicos consultantes:

2 clínicos	24 horas semanais
2 pediatras	idem
1 pré-natalista	idem
* 8 visitadoras de Saúde Pública	44 horas semanais
1 escriturária	idem
1 contador	(Serviço prestado)
1 auxiliar de higiene dental	33 horas semanais
* 3 atendentes	44 horas semanais
* 3 serventes	idem

b) **Materiais**

Segundo termos do convênio, coube à Faculdade de Ciências Médicas fornecer verba para locação do prédio onde se instalaria o Centro de Saúde Experimental. Foi alugado um prédio que servira como armazém, onde foram colocadas divisões de eucatex, visando aproveitamento de espaço. No andar térreo estão os consultórios e salas onde é dado atendimento ao público, no 2.º piso, funciona a administração do Centro de Saúde. Essas instalações provisórias são precárias e deficientes. Coube ainda à Faculdade a aquisição de móveis, utensílios, bem como equipamento técnico científico.

c) **Orçamento**

Segundo ainda o mesmo convênio, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo destinará anualmente, verba para despesas de custeio do Centro de Saúde Experimental (material de consumo e pessoal). As destinações foram: em 1968 — Cr\$ 50.000,00; em 1969 — Cr\$ 266.633,00 e em 1970 — Cr\$ 382.773,00.

* Na instalação do Centro de Saúde estavam em fase de treinamento.

— Estrutura administrativa

1 — Organograma (Gráfico III)

Definiu as linhas de subordinação e serviu como orientação fundamental para administração da Unidade Sanitária. Por ser do tipo linear, possibilitou direção fácil e coordenação simples, tanto vertical como horizontal.

2 — Equipe de trabalho

a) Conselho Técnico Administrativo

O entrosamento prévio da equipe multiprofissional, permitiu que problemas comuns, tais como: definição de atribuições, limites de atuação de cada profissional, linhas de autoridade de cada serviço e destes com a chefia, fossem superados através do contato permanente, entre seus membros.

As principais decisões técnicas e administrativas, passaram a ser tomadas após consulta aos membros de equipe em reuniões semanais, que hoje têm o caráter não só consultivo, mas também de reflexão e crítica sobre todas as atividades da unidade.

Este grupo é constituído pelos seguintes elementos: médico-chefe, enfermeira-chefe, assistente social, educadora de Saúde Pública. Suas funções básicas podem ser definidas como de ordem: Técnico programático e Administrativa.

b) Pessoal Auxiliar

Impossível seria estruturar o serviço sem a colaboração de pessoal auxiliar. Uma das primeiras preocupações da direção foi o treinamento desse elemento da equipe de saúde na própria Unidade Sanitária, sob responsabilidade, principalmente, do serviço de Enfermagem com a colaboração de outros profissionais.

“O pessoal auxiliar deve participar da mesma filosofia de trabalho da equipe multiprofissional, sem o que, corre-se o risco de comprometer toda programação dos serviços, na medida em que este pessoal está em contato direto e diário com o cliente e sua família”.

O treinamento foi feito para os seguintes grupos: Visitadoras de Saúde Pública, atendentes (Enfermagem e arquivo médico), serventes, auxiliar de saúde dental, auxiliar social e escrivães. Isto permitiu que todos tivessem um conteúdo mínimo e homogêneo dos objetivos básicos do Centro de Saúde.

— Áreas básicas de atuação

Após análise dos dados fornecidos pelo censo demográfico realizado, constatou-se que o diagnóstico quantitativo da população local

não bastava para o estabelecimento de prioridades de determinação das atividades do Centro de Saúde. A falta de informações referentes à mortalidade geral e infantil, natalidade, morbidade e outros, impossibilitou a formulação de um diagnóstico de saúde da população. Decidiu então a equipe multiprofissional, estabelecer áreas básicas de atuação que abrangeriam a população da Barra Funda: — Saúde do adulto, Saúde da Criança e Saúde Materna, a partir das quais, através da análise da demanda poder-se-ia ir intensificando a racionalidade do processo decisório.

— Serviços

Inicialmente, foram previstos para exercer funções nas áreas acima mencionadas, os seguintes serviços: médico-odontológico, enfermagem de Saúde Pública, epidemiologia e estatística, laboratório de Saúde Pública, nutrição e dietética, saneamento do meio social e administrativos. Em abril de 1969 quando começou a funcionar o Centro de Saúde, entraram em atividade os seguintes serviços: médico-odontológico, enfermagem de Saúde Pública, social e administrativos. A partir do segundo semestre de 1970, foi posto em funcionamento o laboratório de Saúde Pública. O serviço de saneamento, como tal, foi postergado dado as condições locais e também por dificuldades decorrentes das instalações atuais do Centro de Saúde, bem como, da contratação de pessoal qualificado.

— Programação

Delimitadas as áreas básicas de atuação do Centro de Saúde, decidiu-se iniciar o trabalho para que, após algum tempo de vivência com a população da área e baseada na demanda, fossem elaborados programas a partir de necessidades sentidas. Assim, o Centro de Saúde, tem as seguintes programações básicas em execução.

- a) Programação de saúde materna com os seguintes sub-programas:
 - pré natal
 - puerpério
- b) Programação de saúde do adulto com os seguintes sub-programas:
 - controle de saúde do adulto
 - atendimento médico e preventivo do câncer ginecológico.
- c) Programação de saúde da criança com os seguintes sub-programas:
 - saúde infantil e pré-escolar
 - saúde escolar

- d) Programação de saúde bucal
- e) Programação de vacinação
- f) Programação de controle da Tuberculose
- g) Programação de ensino e treinamento
- h) Programação de serviço social

— **Enfermagem no Centro de Saúde Experimental de Barra Funda**

O serviço de Enfermagem desde a fase inicial do planejamento da Unidade Sanitária, participou ativamente, através da enfermeira de Saúde Pública, que pôde dar sua contribuição não só no que diz respeito a enfermagem especificamente, mas no planejamento de saúde, numa vivência real de trabalho em equipe multiprofissional.

A equipe, no sentido exato do termo, é a base de todo o serviço de saúde que pretenda ser eficiente e produzir resultados que propiciem bem estar bio-psico-social ao indivíduo, a família e a comunidade. A convicção dessa verdade norteou toda a organização do serviço de enfermagem do Centro de Saúde Experimental.

— **Objetivo geral:** participar em todas as ações de saúde do Centro de Saúde, através da prestação de serviços de enfermagem, colaborando para que possam ser alcançados os objetivos básicos da Unidade Sanitária.

— **Estrutura administrativa:** (Gráfico IV)

1 — **Unidade de direção:** procurou-se imprimir à organização do Serviço de Enfermagem, um sistema de direção integrado a fim de que as enfermeiras e a chefia de enfermagem constituam um grupo de liderança que desenvolva as ações de enfermagem nas áreas diversas do Centro de Saúde, quer seja dentro ou fora da Unidade Sanitária.

A divisão das áreas de responsabilidade se processou de maneira que cada enfermeira participa do planejamento, execução e avaliação de todos os programas e da coordenação e avaliação do serviço como um todo.

2 — **Unidade de execução:** tem por atribuições, prestação de atividades finais e intermediárias de enfermagem à população nos programas de saúde e de ensino da Unidade Sanitária.

3 — **Dimensionamento de pessoal:** 3 enfermeiras de saúde pública, sendo uma na chefia, 8 visitadoras de saúde pública e 3 atendentes.

— **Atividades de Enfermagem**

Em todos os programas do Centro de Saúde, aparecem de maneira integrada, as atividades de enfermagem. Sendo a enfermeira

uma “educadora de saúde”, ela tem presente em tôdas as suas ações sua responsabilidade face a educação sanitária da população com quem trabalha.

1 — Atividades finais

a) Consulta de enfermagem para gestantes sadias. Devido a peculiaridades do serviço, onde o volume da demanda no pré-natal não justifica ainda a utilização da consulta de enfermagem no programa, ela é realizada no momento, sômente em substituição à consulta médica quando da ausência da pré-natalista, para que não haja interrupção no atendimento periódico da gestante sadia.

b) Visitação domiciliária.

c) Vacinação.

d) Ensino e treinamento de alunos de medicina, enfermagem, outros.

2 — Atividades intermediárias

a) participação na organização, desenvolvimento e avaliação dos serviços e programas do Centro de Saúde.

b) planejamento, execução e avaliação da programação de enfermagem.*

c) treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem e administrativo do Centro de Saúde;

d) participação em programas de desenvolvimento da comunidade;

e) orientação a indivíduos e grupos em assuntos de saúde.

f) prestação direta de cuidados de enfermagem à clientes do C.S.

* Nos programas do Centro de Saúde não se faz referência à Programação de Enfermagem. Isto, entretanto, não significa que haja nele a mesma ou que sua elaboração seja simples, pelo contrário, dada a participação da enfermeira em tôdas as programações do C.S., há uma inegável necessidade e complexidade permanente de programação das atividades de enfermagem na Unidade Sanitária. Se a mesma não aparece na relação anterior é em consequência de seu extremo dinamismo quase que diário e face à sua natureza polivalente.

— **Coordenação de grupos da comunidade**

1 — Gestante

A fim de consolidar o processo educativo que se inicia na orientação individual dada à gestante, no pré-natal, e em visita domiciliária, iniciou-se orientação em grupo.

Sob a direção da enfermeira da Saúde Pública e a partir do interesse do grupo, desenvolveu-se o programa abrangendo o ciclo materno puerperal. Já foram realizados três grupos e o quarto está em fase de organização.

2 — Geriatria

Tendo a população da Barra Funda, características de população estacionária estava a equipe de saúde alertada para a problemática da velhice quando da instalação da Unidade Sanitária.

Nos primeiros meses de trabalho, constatou-se a presença muito frequente, no C.S., de clientes idosos, que procuravam as clínicas para pequenos cuidados de enfermagem ou consulta médica. Resolveu-se então, organizar um grupo, em novembro de 1969; a partir da solicitação do grupo, desenvolveu-se uma série de aulas, onde eram dadas informações sobre doenças típicas da idade (55 a 75 anos). Posteriormente, com a cooperação da terapêutica ocupacional iniciou-se uma segunda fase que consistiu na confecção de trabalhos manuais que deverão ser vendidos em bazar. Nessa segunda fase, o grupo se organizou e passou a chamar-se "Grupo da Saudade". O grupo, atendendo — uma necessidade do C.S.: evitar sobrecarga ineficiente dos serviços médicos — e da população: propiciar ocupação interessada à pessoas sem trabalho empregatício — atua desta maneira, na faixa de saúde mental.

3 — Alcoolatras

A partir dos dados do censo realizado, constatou-se a existência de 182 bares na Barra Funda, dos quais, 11 localizados na favela. Com frequência, na entrevista para classificação sócio-econômica, feita pelo Serviço Social na ocasião da matrícula, nas clínicas diárias e em visita domiciliária conhecia-se a problemática do alcoolatra e de sua família.

Sob a direção de um médico psiquiatra e com participação da enfermeira de Saúde Pública, e da Assistente Social, foram convidados os alcoolatras para, numa tentativa de psiquiatria ambulatorial, desenvolver um trabalho de grupo. As reuniões são quinze

nais, no período noturno, com a participação do cliente, do conjugue ou outro familiar. É mais um trabalho de saúde mental em desenvolvimento experimental, a partir de uma situação encontrada.

4 — Grupo de mães

O baixo poder aquisitivo, o baixo nível de instrução, a falta de conhecimentos em relação à saúde e, as más condições de habitação e saneamento da população da favela, são elementos responsáveis pelo precário estado de nutrição da população, principalmente do grupo de infantes. Como existe o problema na Barra Funda, decidiu-se fazer uma complementação alimentar através da distribuição de leite em pó, concentrado proteico de soja e fubá. Para maior eficiência do programa, foi organizado sob a coordenação da enfermeira responsável por Saúde da Criança, um Grupo de Mães.

Esse grupo, através de reuniões, demonstrações e palestras, recebeu orientação de como cuidar da criança, com ênfase nos aspectos de nutrição e dietética. O trabalho contou com a assessoria do Serviço de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

— Treinamento de pessoal auxiliar

1 — Visitadora de Saúde Pública

Considerando-se os objetivos do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, é óbvia a necessidade da organização e manutenção de um quadro de enfermagem bem qualificado para o desempenho de suas funções. Sendo impraticável por condições peculiares ao Brasil, a utilização de enfermeiras em todas as atividades de enfermagem, houve por bem o C.S., através do seu serviço de Enfermagem, treinar visitadoras de saúde pública polivalente que sob supervisão de enfermeiras de Saúde Pública, pudessem desempenhar atividades dentro e fora da Unidade Sanitária, e, integrando a equipe de saúde, cooperar para que os objetivos do Centro de Saúde, nos seus aspectos educativo, preventivo e curativo, sejam alcançados.

O treinamento foi feito através de uma programação desenvolvida em 7 meses, num total de 820 horas de ensino teórico, prático e estágio com supervisão direta da Enfermeira. Foi exigido que a candidata tivesse no mínimo os 4 anos do ginásio completos e fôsse maior de idade.

Houve convocação através da imprensa falada e escrita, Associação Amigos do Bairro da Barra Funda, e Pároco da Igreja Santo Antônio, também da Barra Funda. A seleção foi feita por exame de conhecimentos e testes psicológicos.

2 — Atendentes e serventes

Quase sempre o primeiro contato do cliente no Centro de Saúde é com o atendente ou servente, assim sendo, êsses elementos da equipe de saúde precisam estar côncios de suas responsabilidades dentro da Unidade Sanitária, para que os objetivos propostos sejam alcançados. Processou-se o treinamento do Atendente e do servente conjuntamente na fase introdutória, depois o grupo foi dividido e cada um recebeu orientação específica, de acôrdo com as atividades que deveriam executar.

Para êste grupo exigiu-se que o candidato tivesse instrução primária e que fôsse maior de idade. O programa de treinamento desenvolveu-se em 4 semanas, num total de 110 horas, sendo 20 horas de ensino teórico-prático e 90 horas de estágio, com supervisão direta da Enfermeira.

— Visitação Domiciliária

Constitui-se a visitação domiciliária no elo operacional e mais permanente de ligação entre a Unidade Sanitária e a Comunidade. Êsse recurso é utilizado em tôdas as programações do Centro de Saúde e pode, portanto, ser requisitado por todos os membros da equipe. As visitas domiciliárias são polivalentes e focalizam não só a saúde física do indivíduo, mas o aspecto global da família. Uma vez que não existe ainda organizado o Serviço de Saneamento, foram as visitadoras orientadas para, dentro das limitações, atender essa necessidade. A área do sub-distrito da Barra Funda, foi dividida em 8 setores; cada visitadora é responsável por um setor e cada enfermeira supervisiona 4 visitadoras; como as visitadoras trabalham internamente na pré e pós consulta em sistema de rodízio pelas várias "clínicas", sob supervisão de determinada enfermeira, constitui assim, a visitação domiciliária, através das diferentes visitadoras, um elemento formal de integração das atividades de Enfermagem, dos mais valiosos.

— Avaliação

1 — Pessoal

A avaliação de pessoal de enfermagem se faz através da supervisão direta e indireta. Tôdas as atividades do pessoal auxiliar são supervisionadas, seja na sua execução ou na análise de seus relatórios. Mensalmente é feita reunião de grupo e anualmente através de questionários e situações práticas procura-se avaliar co-

nhecimento e conduta face a problemas que possam ocorrer no serviço. Através da avaliação, procura-se estimular não só para a melhoria do serviço, mas também, visando promoção pessoal. Do grupo de oito visitadoras, duas ingressaram no Curso de Enfermagem e três outras prepararam-se para vestibular ao referido curso.

2 — Atendimento

As atividades estão sendo fundamentalmente avaliadas face o comportamento da população em relação às áreas de trabalho.

Tem-se verificado em relação a retorno para consulta, uma melhora sensível. (Nos quatro primeiros meses do ano em curso, o comparecimento às consultas agendadas foi superior a 80%). Atualmente, ocorre com frequência o cliente comunicar-se com o Centro de Saúde quando há impossibilidade de comparecer à consulta, solicitando novo agendamento.

a) Saúde da Criança

Houve um aumento progressivo na procura do Centro de Saúde para atendimento de puericultura, estando atualmente em torno de 50%. No início do trabalho, a procura predominantemente era para pediatria.

b) Saúde Materna

Em 1969, das clientes inscritas no pré-natal, 23,6% estavam no último trimestre da gestação. Em 1970, esse quadro foi modificado, havendo uma procura mais precoce para controle; apenas 19% das clientes inscreveram-se nos últimos três meses. Quanto ao parto hospitalar, também houve melhora em relação à situação existente em 1969, quando 20% dos partos ocorreram no domicílio. Em 1970, essa porcentagem baixou para 9,5% dos quais apenas 1 não era cliente residente na favela.

c) Saúde do adulto

Esse serviço contribuiu para que, através das consultas médicas, fossem identificados pela equipe, problemas de saúde, de maior ocorrência, tais como alcoolismo, geriatria, diabetes, esquistossomose, o que determinou (e determinará) a organização de grupos para orientação. Em relação ao problema do velho, percebe-se de ma-

neira sensível a diminuição da frequência dos mesmos nas consultas no Centro de Saúde, após o funcionamento do "Grupo da Saudade"

d) Vacinas e testes

Desde o início, procurou-se orientar em relação a retorno para doses subsequentes ou leitura das vacinas e testes. A resposta da população é boa, se considerarmos que de 2554 vacinas anti-variolílicas aplicadas, 72,5% voltaram para leitura, o mesmo ocorrendo em relação ao teste tuberculínico: dos 2746 executados, 83,5% foram lidos, em 1970.

— Comentários

A apresentação dos itens anteriores permite considerações a respeito da participação da enfermeira no planejamento de saúde em nível local sem que a mesma seja necessariamente uma técnica em planejamento no setor Saúde, o que não a desobriga das atividades pertinentes ao planejamento em saúde, mas não a responsabiliza por tais atividades.

Além disto, o trabalho apresentado demonstra as limitações que nos impuzemos na abordagem do assunto a fim de que não saísse para a teorização simples, o que certamente deixa o tema para ser completado em outra oportunidade, talvez, por profissionais mais especializados. Assim, não fazemos referências diretas às implicações da enfermeira em planejamento do setor saúde que envolva outras instituições locais, tais como hospitais, maternidade, etc...

A partir de nossa vivência e, com vistas a preceitos básicos do planejamento em saúde, que devem ser do conhecimento de toda e qualquer enfermeira de uma Unidade Sanitária, julgamos úteis as considerações que seguem:

— partindo do conceito pelo qual "o planejamento em saúde deve ser fundamentalmente um processo (permanente) de racionalização do trabalho, através da aplicação de técnicas adequadas, que elimine gradativamente a subjetividade na destinação de recursos para o atendimento dessa ou daquela necessidade de saúde, bem como, elimine a subjetividade na avaliação dos resultados das ações executadas", — julgamos que os fatores mais importantes a serem considerados são os seguintes:

I — que a enfermeira participe desde o início das atividades do planejamento de um serviço de saúde local; algumas razões podem ser apontadas para justificar a participação da mesma desde o início das atividades de planejamento de um serviço de saúde local:

1 — **quanto à mentalidade do profissional de saúde:** o entendimento verbal do planejamento com o processo permanente de racionalização do trabalho, como algo mais do que simples metas e/ou planos, é fácil; sua aplicação como tal exige, porém algo mais complexo e abstrato, exige uma mentalidade.

Mentalidade científica contínua no desenvolvimento dos trabalhos eliminando critérios subjetivos de avaliação dos mesmos, que questione permanentemente o profissional quanto à **eficiência do trabalho**, em termos não apenas de estar sendo pessoalmente bem desenvolvido, mas se está o mesmo atendendo às necessidades da população e se são realmente aquelas as necessidades que estão mais carentes de ações de saúde. Vê-se que a participação, o comprometimento do profissional, desde o início do processo de planejamento é fator importante para a criação de tal mentalidade.

2 — **quanto à motivação do profissional de saúde:** O processo de planejamento, como elemento racionalizador do trabalho, procura eliminar a subjetividade nas avaliações, porém, não deve abstrair — mormente no planejamento de órgão periférico, com a totalidade de seu pessoal em trabalhos executivos — os sentimentos humanos para a execução das atividades. Assim, a **motivação**, para o desenvolvimento do planejamento-processo é básico, e uma das peças iniciais para tanto é a possibilidade, do profissional envolvido, participar do início do planejamento qual seja a fixação das finalidades e diretrizes de ação do órgão em que trabalhará.

3 — **quanto à limitações em planejamento no setor saúde:** relativas às informações anteriores e recursos disponíveis e, à técnicas aplicáveis, quer no tocante às limitações de informações de saúde anteriores à ocasião do planejamento inicial, quer à aplicabilidade ou à imprevisão de técnicas de planejamento.

As limitações do planejamento em saúde, parecem ainda grandes, o que não o deve desvalorizar como método de desenvolvimento de trabalho, porém, estão a exigir maior esforço de compreensão e procura de meios que superem tais limitações, muitas das quais transitórias. Indiscutivelmente, um dos modos de se implantar o processo de planejamento é admitir-se simplificações técnico-operacionais no mesmo, bem como simplificações nas programações iniciais dos serviços.

Tais simplificações só são aceitáveis se tiverem sido fruto de uma opção racional e, só não comprometerão a ação planejada se, desde o seu início, os dados, as técnicas, forem substituídos momentaneamente por conhecimentos ditados pela experiência de profissionais especializados. Assim por exemplo, no serviço que apresentamos, a inexistência de dados de morbidade, mortalidade e

invalidez, bem como a ausência de dados de demanda da população a serviço anterior determinaram o estabelecimento de programações gerais para Unidade Sanitária, onde, um dos aspectos básicos seria observar a demanda dos serviços durante um ou mais anos. Tal simplificação, como outras, se feita por uma equipe multiprofissional, não só possibilita o entendimento entre as partes, como atribui a todos a responsabilidade de superá-la gradativamente.

Quando o Centro de Saúde eliminou a possibilidade de iniciar seus trabalhos com uma programação específica, para saneamento ambiental, estavam alertadas as enfermeiras quanto à necessidade de um treinamento sumário, e imediato, das visitadoras no que diz respeito ao saneamento geral e domiciliar. Um outro exemplo, poderá ser citado no tocante a requisitos técnicos de planejamento não bem equacionados, diz respeito à concentração da visita domiciliária por área de programação.

No estudo da composição técnica do atendimento médico-sanitário, a visita domiciliária entra como parte, como consulta médica e outras atividades. Como se estabelecer um critério de avaliação da eficiência de tal atividade? Através do estudo da concentração desta atividade por pessoa atendida é uma alternativa. Como, porém, estabelecer-se esta concentração num sistema de trabalho de visitação domiciliária polivalente? Certo está que, a um planejador facilmente poderão ocorrer as vantagens de uma visitação monovalente. Poderá a enfermeira aceitar esta opção?

II — que a enfermeira participe do trabalho de planejamento em saúde com equipe multiprofissional, interessada em tal método de trabalho:

— Mais do que premissas técnicas bem definidas, o planejamento está a exigir continuidade no esforço de racionalização, esforço este que terá de ser multiprofissional se não, certamente, o processo parará.

Isto justifica a afirmativa de que a enfermeira deve participar do planejamento em saúde com equipe multiprofissional, interessada em tal método de trabalho. De nossa experiência, podemos exemplificar com o seguinte: inicialmente, ao tentarmos modificar e a redigir a planificação do centro de saúde, organizado internamente segundo serviços (conforme organograma anexo) caminhamos em equipe para programações que se vincularam diretamente aos serviços da Unidade Sanitária. Foi-nos fácil perceber a importância de tal procedimento, fazendo desaparecer do Centro de Saúde uma programação específica de Enfermagem.

Tratava-se de se estabelecer programações do Centro de Saúde e não de suas partes, assim, também, ficou claro a inexistência de programações de serviços médicos. Descoberto ou esclarecido em

equipe, o equívoco do procedimento inicial, foi fácil caminhar para a etapa seguinte: da necessidade de se estabelecer — posteriormente às programações do CS., — a programação do serviço de Enfermagem, que operacionalmente deu sentido à afirmativa clássica de que pouco adianta programas isolados de áreas de trabalho especializadas, tanto mais quanto tais áreas atendem a vários setores de atividades.

III — A enfermeira, em trabalho executivo de nível local, deverá estar mais interessada em colaborar para o desenvolvimento de uma equipe de saúde multiprofissional do que preocupada em conhecer técnicas refinadas de planificação em saúde.

— A afirmação de que a enfermeira em trabalho executivo de nível local deverá estar mais interessada em desenvolver uma equipe de saúde multiprofissional do que preocupada em conhecer técnicas refinadas de planificação em saúde, é fruto de uma vivência profissional e até de ensino, onde verificamos a preocupação muito grande no meio dos profissionais de saúde, em elaborar planos inexequíveis, bem como em adquirir conhecimentos de técnicas inaplicáveis.

Claro está que, na medida em que se pode desenvolver melhores técnicas de planejamento operacionais, a enfermeira em nível executivo local, deverá ir se adestrando nas mesmas, porém, aí, trata-se de um aperfeiçoamento exigido de fora para dentro. Não se confunda o que se está dizendo: estamos plenamente de acordo que a enfermeira como profissional de nível universitário em saúde, pode e deve estar se especializando em planejamento de saúde, quer para o desempenho de funções não executivas, de nível local, quer para que se torne uma outra profissional qual seja, uma Planejadora em Saúde.

CONCLUSÃO

O trabalho ora apresentado, é um relato de uma experiência profissional de enfermagem em uma Unidade Sanitária local, a partir da qual fazemos considerações quanto ao papel da enfermeira no planejamento de saúde. As considerações a respeito, não são fruto de uma verificação científica de fatos e atos, nem abrange todo o amplo campo do papel da enfermeira, mas, sendo consequência da experiência profissional vivida e meditada, cremos que poderá oferecer a todos os que se interessam pelo assunto, alguns pontos de reflexão importantes, quer para a execução dos trabalhos, quer para o ensino de Enfermagem.

RESUMO DO TRABALHO

Os autores apresentam um relato de sua experiência profissional em um serviço de Saúde Pública local CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA — onde colocam em destaque, uma atuação em equipe multiprofissional. A partir disto, fazem algumas considerações do papel da enfermeira no planejamento em saúde, a nível local:

1 — da necessidade da enfermeira participar desde o início do processo de planejamento da instituição;

2 — da necessidade da enfermeira participar deste processo em equipe multiprofissional;

3 — da conveniência da enfermeira, em nível local, estar mais preocupada em desenvolver um trabalho multiprofissional do que adquirir conhecimentos especializados de técnicas de planejamento em saúde.

APENSOS**TABELA N.º 1**

População do bairro da Barra Funda segundo sexo e idade em 1968

Idade	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
0 — 9	1788 (15,9%)	1765 (13,8%)	3553 (14,9%)
10 — 19	1754 (15,7%)	2104 (16,5%)	3858 (16,1%)
20 — 29	2048 (18,3%)	2283 (17,9%)	4331 (18,1%)
30 — 39	1701 (15,2%)	2023 (15,8%)	3724 (15,5%)
40 — 49	1486 (13,3%)	1757 (13,8%)	3243 (13,5%)
50 — 59	1163 (10,4%)	1400 (11%)	2563 (10,7%)
60 — 69	821 (7,3%)	915 (7,2%)	1736 (7,2%)
70 — 79	311 (2,8%)	357 (2,8%)	668 (2,8%)
80 e +	120 (1,1%)	156 (1,2%)	276 (1,2%)
Sem Informações	—	—	2254 —
Total	11192 (100%) (46,7%)	12760 (100%) (53,3%)	23952 (100%) (100%)

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1968).

TABELA N.º 2

População da Barra Funda segundo a procedência, em 1968

Procedência	População	%
Rural	1.015	4
Urbana	22.595	86
Não esclarecido	2.596	10
TOTAL	26.206	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo (1968).

TABELA N.º 3

População da Barra Funda quanto à residência anterior, em 1968

Local	N.º de pessoas	%
São Paulo — Capital	18.054	69,2
São Paulo — Interior	3.266	12,5
Brasil — Região Norte	40	0,1
Brasil — Região Centro-oeste	108	0,4
Brasil — Região Nordeste	269	1,0
Brasil — Região Leste	1.180	4,5
Brasil — Região Sul	386	1,4
Outros Países	548	2,1
Sem informação	2.355	8,9
TOTAL	26.206	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo (1968).

TABELA N.º 4

**População da Barra Funda segundo o total de famílias
nos setores, em 1968**

Setôres	N.º de famílias
33 a 66	5.338
1 a 9	1.467
10 a 24	2.044
25-28 30-31	535
26-27-29-32	328
TOTAL 66	9.712

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo (1968).

TABELA N.º 5

Construção de prédios utilizados para moradia na Barra Funda, 1968

Tipo	N.º	%
Alvenaria	6.962	95,6
Madeira	36	0,5
Barraco	287	3,9
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa (1968)

TABELA N.º 6

Esgôto

Recurso	N.º domicílio	%
Rêde pública	6.912	94,9
Em curso d'água	95	1,3
Em superfície	110	1,5
Fossa negra	158	2,2
Outro recurso	10	0,1
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa (1968)

TABELA N.º 7

Água

Recurso	N.º domicílios	%
Com água encanada dentro domicílio — rede pública	6.942	95,3
Idem, poço individual	9	0,1
Idem, poço coletivo	32	0,4
Sem água encanada dentro domicílio — rede pública	216	3,0
Idem, poço individual	3	0,03
Idem, poço coletivo	7	0,07
Idem outra fonte	76	1,0
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa São Paulo (1968).

TABELA N.º 8

Instalações sanitárias

Recurso	N.º domicílios	%
Individual dentro do domicílio c/descarga	5.297	72,7
Idem, s/descarga	9	0,1
Idem, fora do domicílio c/descarga	343	4,7
Idem, s/descarga	119	1,6
Coletivo dentro do domicílio c/descarga	603	8,3
Idem, s/descarga	70	1,0
Idem, fora do domicílio c/descarga	571	7,8
Idem, s/descarga	209	2,9
Outros recursos	64	0,9
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo (1968)

TABELA N.º 9

Lixo

Recursos	Domicílios	%
Coletado	6.986	95,9
Queimado	33	0,4
Espalhado	266	3,7
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de São Paulo (1968).

TABELA N.º 10

L u z

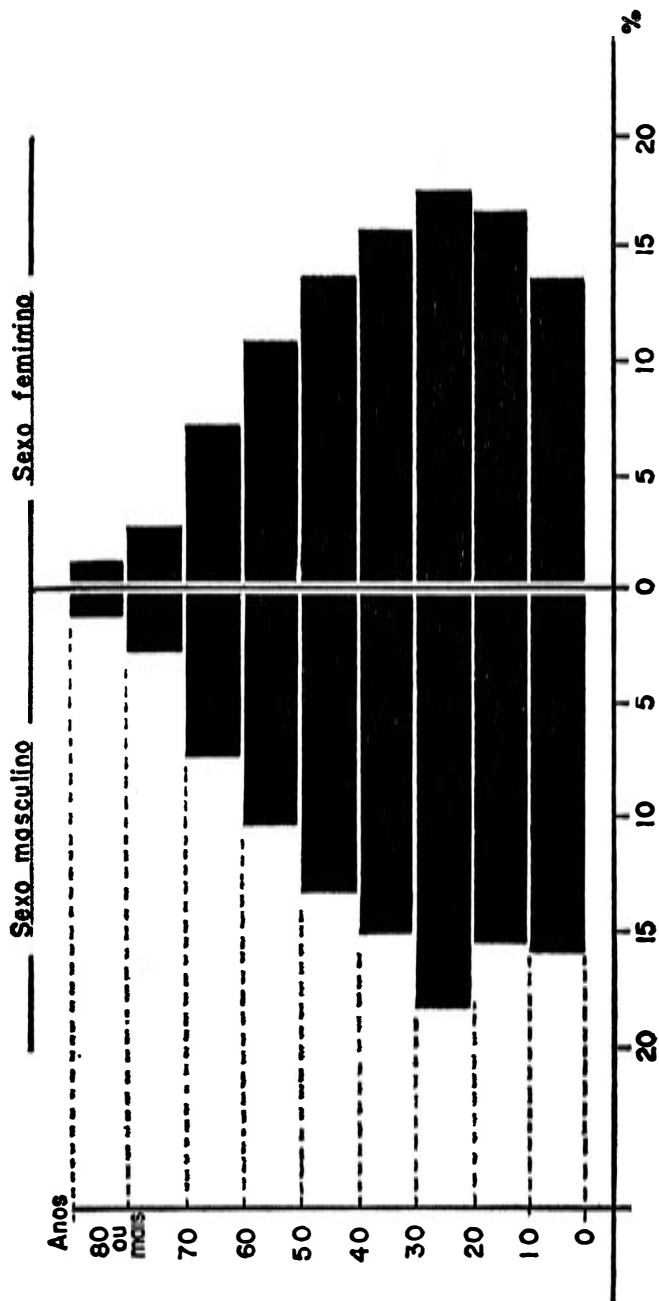
Recursos	Domicílios	%
Com luz elétrica	7.056	96,9
Sem luz elétrica	299	3,1
TOTAL	7.285	100

FONTE: Censo realizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1968).

GRÁFICO I

C. S. E da Barra Funda

Pirâmide de população — Sub-Distrito da Barra Funda — Dados do Censo demográfico realizado pelo Departamento de Medicina Social em 1968



G R A F I C O II

Pirâmide de população — Região da grande São Paulo — Estimativa para 1.º de Janeiro de 1969

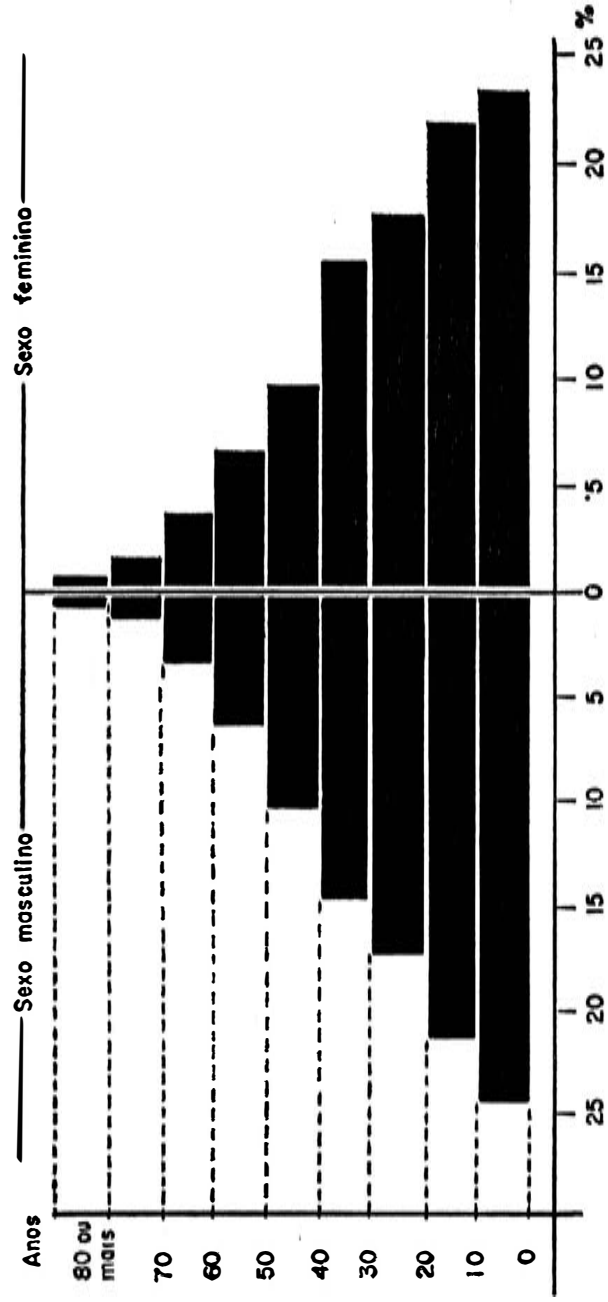
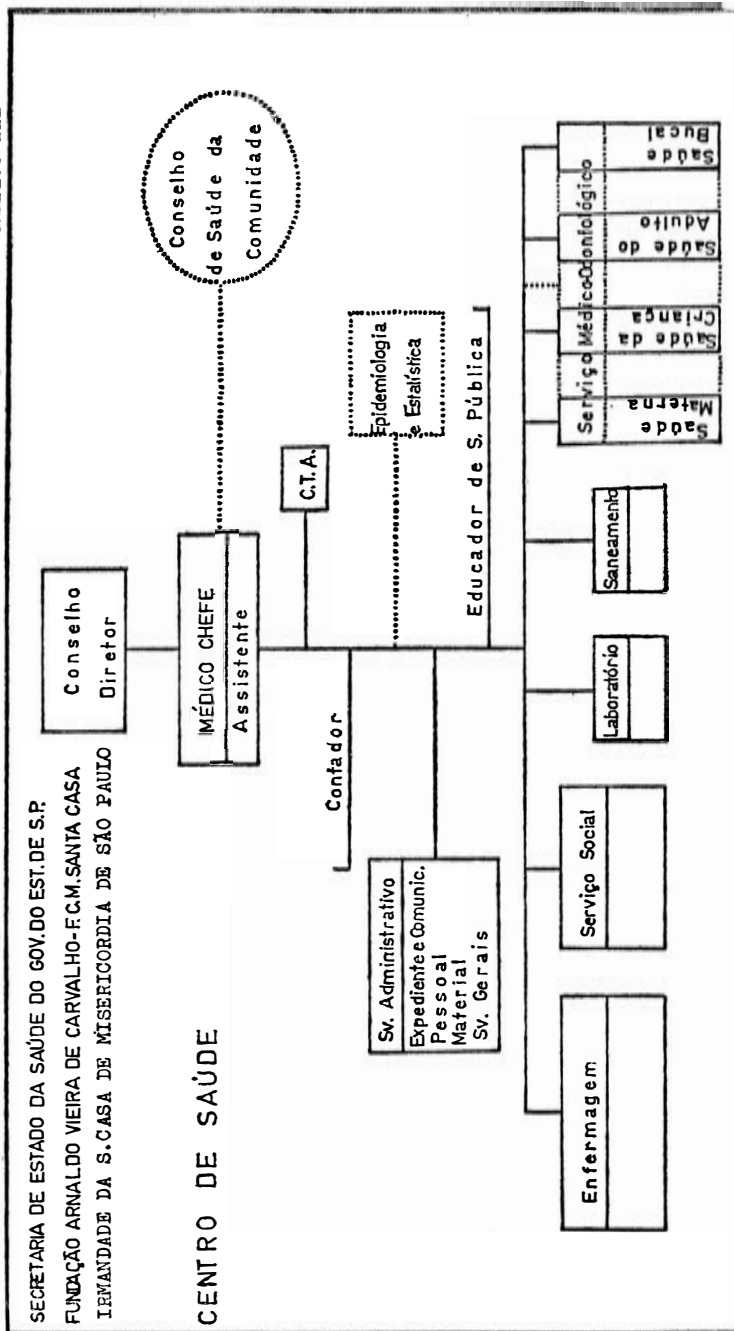


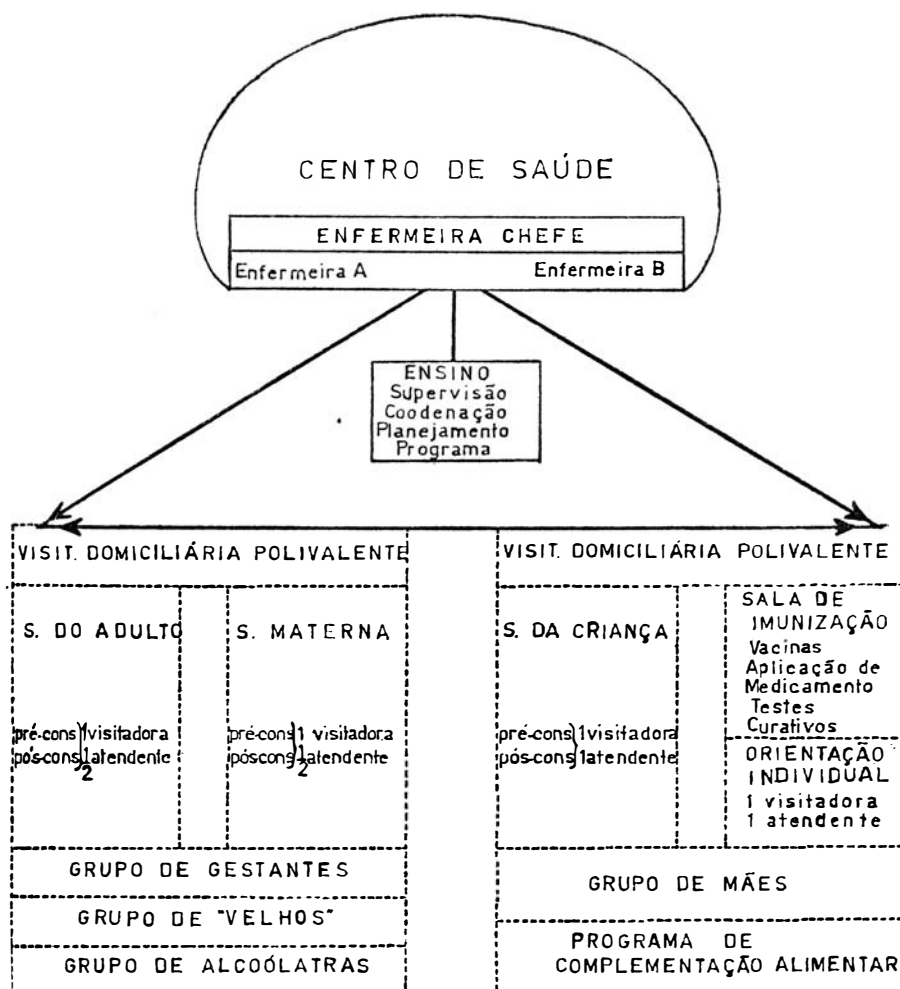
GRÁFICO III



CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA

GRÁFICO IV

Representação esquemática da distribuição de trabalho
do pessoal de Enfermagem



* As visitadoras e atendentes trabalham num sistema de rodízio nas diversas áreas de atividades.

BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, JULIETA ESTHER e Colaboradores — "Geriatrics". Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Higiene, S.P. — 1970.
- DURAN, HERNAN — Metodologia de la planificacion de la salud en America Latina — Santiago — Chile, 1966.
- FERREIRA, MARIA LUIZA DE SOUZA e Colaboradores — "Recursos humanos para a saúde: treinamento de visitadoras de saúde pública". Trabalho apresentado ao XVIII Congresso Brasileiro de Higiene, S.P. 1970.
- KOONTZ H. e O'DONNELL — "Princípios de administração". Livraria Pioneira Editôra — São Paulo, 1962.
- MERCADANTE, OTÁVIO AZEVEDO e Colaboradores — "Atividades de ensino de um Centro de Saúde Experimental". Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Higiene. "Trabalho em equipe em uma Unidade Sanitária". Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Higiene — São Paulo, 1970.
- MESQUITA, ISAURA MORAIS BARROS — Relatório de Estudo programado — Administração Sanitária — C.S.E. B.F., 1970.
- NODA, JENIT e Colaborador — "Estratégia para implantação do planejamento de saúde". Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Higiene — São Paulo, 1970.
- OMS / OPAS — Informes del Seminario sobre servicios de enfermeria 1963.
- PERÚ, Ministério de Salud Publica y Asistencia Social — Informe anual de actividades realizadas en la unidad de salud de Magdalena en 1964 — Lima, 1965.
- SEIXAS, JOSÉ CARLOS e Colaboradores — "Aspectos da instalação de um Centro de Saúde ligado ao ensino". Trabalho apresentado no XVII Congresso — Brasileiro de Higiene — Salvador, Bahia, 1968.
- SEMINÁRIO NACIONAL sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo — 1969.
- SIMON, URSULA MARGARIDA — "O Centro de Saúde Experimental da Barra Funda". Trabalho apresentado à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1970.
- RELATÓRIO das atividades do S. Enf. do C.S.E.B.F. — 1969-1970.
- TEJADA, DAVID A. de RIVERO — "Técnica de Organograma". Curso de Especialização em planejamento no setor saúde, 1970

TEMA IV — RECENTES ESTUDOS E PESQUISAS NAS ESPECIALIDADES DE ENFERMAGEM

1 — A METODOLOGIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Wanda de Aguiar Horta *

INTRODUÇÃO

Na medida em que fomos ampliando nossa vivência de enfermagem, seja no campo profissional, seja no campo de ensino, sentimo-nos capazes de desenvolver um novo conceito de enfermagem, revisto e melhorado dia após dia, e que afinal nos levou a elaboração de uma teoria de enfermagem, cujas linhas mestras desenvolvemos em trabalho apresentado, como tema livre, no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1970 em São Paulo.

Desta teoria resultou uma série de conceitos, princípios e proposições que nos levaram a um maior aprofundamento dos problemas fundamentais da enfermagem: Como deve o enfermeiro trabalhar para conseguir seus objetivos? Como fazer o diagnóstico de enfermagem? O que procuramos obter agindo de determinada maneira? Como conciliar o trabalho do enfermeiro com a metodologia científica?

Estas e outras inúmeras perguntas nos têm ocorrido frequentemente.

A extensa bibliografia que nos passa pelas mãos, em nossa atividade docente em escola de enfermagem universitária, veio enriquecer nossos conhecimentos e, ao mesmo tempo, demonstrar as profundas divergências existentes quanto à terminologia e metodologia utilizadas pelas enfermeiras, especialmente nos Estados Unidos.

Virginia Bonney e June Rothberg em "Nursing Diagnosis and Therapy" e outras publicações, empregam os termos "terapia de en-

* Livre Docente em Fundamentos de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Chefe do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

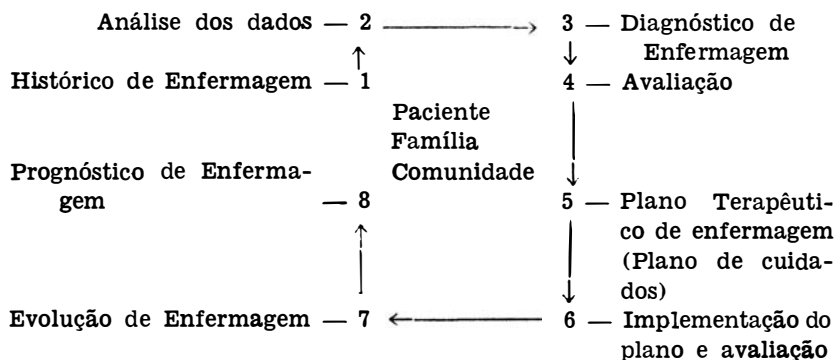
fermagem" e "prognóstico de enfermagem", conceituando-os. Irene Beland, Doris Carnevalli apresentam sugestões para "históricos de enfermagem" e destes passam diretamente para os "planos de cuidados". Berggren e Zagornik em artigo publicado em julho de 1968 em "Nursing Outlook." falam em "processo de enfermagem" e aí o esquematizam. Este trabalho serviu de inspiração ao nosso próprio modelo esquemático. Aí citam Ida Orlando como introdutora do termo "processo de enfermagem" porém com significado diferente do nosso.

Finalizando estas considerações bibliográficas ainda queremos citar Freeman, que no campo restrito a enfermagem de saúde pública usa a locução "processo de enfermagem", definindo-a como a dinâmica da inter-relação da enfermagem de saúde pública, com a promoção de saúde na comunidade. Na disciplina de enfermagem de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, e portanto sempre no campo já citado, usa-se a denominação "terapêutica ou tratamento de enfermagem" significando o desenvolvimento e execução de uma intervenção consciente, sob a forma de atividade de enfermagem, baseada no diagnóstico de enfermagem e orientada de modo a levar o indivíduo, família ou comunidade a uma adaptação mais positiva ao ambiente. O plano de cuidados de enfermagem forma uma parte da terapêutica de enfermagem.

Tendo procurado levantar e sentir todos os problemas relacionados ao uso da terminologia técnica usual e, principalmente, a confusão reinante entre os diversos conceitos, tentamos aqui desenvolver uma metodologia do processo de enfermagem que pudesse ser base para estudos posteriores por outros grupos e aplicada em larga escala no intuito de comprovar sua eficiência.

ESQUEMATIZAÇÃO E CONCEITUAÇÃO

Configuração esquemática do processo de enfermagem



Metodologia: “A arte de guiar o espírito na investigação da verdade”. “Estudo científico dos métodos”. “A ciência dos métodos, regras, procedimentos, etc., como é aplicado por uma ciência ou arte”.

Processo: “Série de ações sistemáticas visando certo resultado, ato de proceder; ação de ser feito progressivamente”. Qualquer fenômeno que mostra uma contínua mudança no tempo, como o processo de crescimento; uma série de ações ou operações que conduzem definitivamente a um fim”.

Processo de enfermagem: É a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem visando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade.

Metodologia do processo de enfermagem: É a arte de guiar ou orientar a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem, visando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade.

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 ou comunidade) que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermagem, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Plano terapêutico de enfermagem: É a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido.

Plano de cuidados de enfermagem: É o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente e decorrente da implementação do plano terapêutico de enfermagem.

Evolução de enfermagem: É o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo, família ou comunidade, enquanto estiver sob assistência de enfermagem.

Prognóstico de enfermagem: É a estimativa da capacidade do paciente, família ou comunidade em atender suas necessidades básicas afetadas após a implementação do plano terapêutico de enfermagem e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

METODOLOGIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Situação da enfermagem: É mister que a enfermagem se desenvolva técnica e cientificamente, o quanto antes para não perder, pelo menos no Brasil, as conquistas legais e o "status" já atingido. Ela deve encontrar seu caminho dentro de si própria, sem perquirir em outros campos de conhecimento, tais como microbiologia, psicologia, etc. Se examinarmos num relance a situação da enfermagem veremos que, a maioria das enfermeiras, estão exercendo atividades administrativas tanto em hospitais como em saúde pública e o cuidado do paciente é "delegado" aos atendentes ou, quando há muita sorte, à auxiliares de enfermagem. E como é feita esta "delegação"? Sem risco de erro poderemos dizer que é em 95% dos casos de maneira absolutamente empírica.

Até quando as enfermeiras administrarão unidades de enfermagem? Ao técnico de enfermagem será permitido unidades de enfermagem e, nos Estados Unidos, já se está preparando um elemento, não enfermeiro, para tal direção e que se poderia considerar um técnico em administração de unidade hospitalar. Realmente, não há necessidade de ser enfermeiro para a atividade burocrática de administrar unidades de enfermagem.

E o que fará o enfermeiro? Quais as suas perspectivas? Irá ser um assistente médico? Um administrador? Extinguir-se-á a profissão?

A meu ver o enfermeiro deverá voltar às suas origens profissionais, isto é, assistir o indivíduo, família ou comunidade, no atendimento de suas necessidades básicas, mas agora utilizando-se de método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundada no empirismo, no "eu acho", no atendimento somente da execução de ordens médicas, ou de cuidados rotineiros; sem perspectiva de desenvolvimento, e, o que é mais grave, sem atender realmente às necessidades do paciente, família ou comunidade.

Teríamos muito a discutir sobre toda esta problemática mais iremos adiante procurar estruturar o processo de enfermagem.

Estruturação de processo de enfermagem: Para atender e executar o processo de enfermagem é indispensável, além do currículo de enfermagem que dá a fundamentação técnica e científica para tão importante função, o estabelecimento de uma filosofia de enfermagem, que trace claramente conceitos e princípios que irão guiar a ação da enfermagem durante todo o seu exercício profissional. Ademais, o amplo domínio dos instrumentos básicos de enfermagem, ou seja em especial; a aplicação do método científico, a observação, a comunicação, o planejamento, a avaliação.

Temos procurado, no ensino de Fundamentos de Enfermagem introduzir o aluno no processo de enfermagem, baseando-nos em toda esta estruturação. Já no ciclo básico o aluno é introduzido e treinado na utilização dos instrumentos básicos para poder aplicá-los no ciclo profissional.

O processo de enfermagem: Já em 1969 em estudo piloto aplicamos o processo de enfermagem em dez (10) pacientes com resultados animadores, pois através dele é possível dar toda a assistência de enfermagem, e o que é importante, estimar o valor desta assistência.

Em 1971, as oitenta (80) alunas do curso de Graduação de Enfermagem, no estágio de Fundamentos de Enfermagem, aplicaram o processo de enfermagem em mais de 500 pacientes. Em 4 semanas de estágio, pela análise crítica do desenvolvimento que deram ao nosso delineamento esquemático, sentimos como estes estudantes se desenvolveram nos cuidados de enfermagem dos pacientes referidos. Sentimos, mesmo naqueles alunos menos dotados ou mais desinteressados, capacidade de observação e avaliação acima da média dos anos anteriores.

Observamos ainda a visão global que o estudante teve do paciente e que o capacitou a discutir seus problemas e buscar soluções adequadas.

Pretendemos em trabalho futuro apresentar os resultados deste estudo, pois não é esta a finalidade desta comunicação preliminar.

Retornando à literatura citada anteriormente, achamos de interesse citar a definição de Ida Orlando que considera processo de enfermagem como a interação de três elementos básicos numa situação de enfermagem:: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações de enfermagem determinadas em benefício do paciente; como vemos esta conceituação nada tem a ver com a nossa concepção. Já Berggren e Zagornik configuraram num círculo os passos do processo de enfermagem, que iremos transcrever em inglês: "1 — Data collection. 2 — Validation. 3 — Interpretation of data (Identification of needs related to nursing function. Hierarchical arrangement of needs. Determination of priorities. Formulation of nursing hypotheses). 4 — Validation. 5 — Formulation of plan for care. Statement of nursing objectives. Identification of nursing action. 6 — Implementation of plan. 7 — Validation of plan: the patient's responses stated nursing objectives."

Estas autoras conceituam o processo de enfermagem como as atividades cognitivas, comportamentais e técnicas envolvidas no cuidado de enfermagem de pacientes, bem como a resultante trama ou rede de interação.

Julgo estar evidente as diferenças entre o processo de enfermagem que utilizamos e o sistema das autoras já citadas.

1 — **Histórico de enfermagem:** é o primeiro passo do processo de enfermagem e é a coleta de dados, estes são obtidos do próprio paciente, de sua família, do prontuário médico, de elementos da equipe de saúde como: assistente social, nutricionista, religioso, dentista, etc., o que é mais importante, através da observação direta do enfermeiro, mediante observação do paciente por exame físico, do seu ambiente familiar e da comunidade em que vive. Não há um modelo padrão, embora já tenhamos desenvolvido um modelo apresentado, em nota preliminar, na revista da Escola de Enfermagem de São Paulo. O fundamental é o princípio básico de levantamentos de dados, que deverá ser estudado dentro de cada especialidade obedecendo porém às linhas mestras do atendimento das necessidades básicas do paciente.

2 — **Análise dos dados:** Os dados obtidos devem ser analisados e validados: o primeiro passo da análise consiste em ler, cuidadosamente, o histórico e identificar os problemas de enfermagem. Uma vez identificados estes problemas são analisados diante das necessidades básicas. Dentro da nossa concepção de diagnóstico de enfermagem os problemas são **sintomas das necessidades básicas afetadas**, por exemplo: hiperqueratose, prurido, língua saburrosa, lesões na pele, corrimento vaginal são sintomas da necessidade básica afetada, a saber — integridade cutânea-mucosa. Outro exemplo: medo de morrer, medo de anestesia, tensão, choro, instabilidade emocional podem ser sintomas do não atendimento da necessidade básica de segurança física e emocional.

É indispensável, nesta análise, ponderar bem sobre os problemas, examinar cada um por si, a seguir estabelecer sua correlação, tirar daí inferências para concluir sobre a necessidade afetada.

3 — **Diagnóstico de enfermagem:** Uma vez identificados os problemas analisados, chegamos à primeira parte do diagnóstico de enfermagem que é diagnosticar as necessidades afetadas e que necessitam de atendimento, avalia-se então a dependência de enfermagem à luz do próprio histórico de enfermagem e conclui-se: dependência total ou parcial para as diversas necessidades afetadas.

5 — **Avaliação:** O diagnóstico de enfermagem é avaliado diante das observações feitas, da execução do plano terapêutico, evolução e prognóstico de enfermagem; estes passos do processo de enfermagem se interrelacionam e ocorrem simultaneamente.

5 — **Plano terapêutico de enfermagem:** Neste plano nós vamos englobar todos os cuidados de enfermagem que o paciente vai precisar receber enquanto estiver sob os cuidados do profissional. Visa

êle atender às necessidades básicas afetadas e será posto em execução diariamente pelo plano de cuidados. O plano terapêutico traduz a assistência total de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade deverão receber. Por exemplo: a) Encaminhamento: ao dentista, a assistente social; b) controles: sinais vitais de rotina, diurese, hídrico, edema, eliminação intestinal; c) observar: condições mentais, emocionais e da pele; d) cuidados: banho no leito, xampu duas vezes por semana, massagem de conforto duas vezes ao dia, mudança de decúbito cada 3 horas.

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

6 — Implementação do plano e avaliação: A implementação do plano terapêutico se faz pelo plano de cuidados diário que irá detalhá-lo. Ao executarmos o plano terapêutico no exemplo citado, iríamos no primeiro dia determinar qual o cuidado prioritário; a seguir distribuiríamos os demais com seus respectivos horários e observações específicas; por exemplo: banho no leito com água bem quente, fazer exercícios ativos de flexão dos membros inferiores, massagem trófica durante 3 minutos na refião sacro-coccígea.

O plano de cuidados é avaliado diariamente, com a seguinte sistemática para esta avaliação; assinalamos com um “cheque” todos os cuidados executados e para aqueles que não foram dados, anotamos, na coluna de avaliação, as razões que impediram sua execução; por exemplo se o paciente precisa tomar suco cada 2 horas e recusa-se a tomar duas ou três vezes a ocorrência é anotada. No plano do dia seguinte o suco será dado, por exemplo cada 3 horas; avaliamos agora a aceitação do paciente e vamos ajustando o cuidado às condições e necessidades do mesmo.

Deste modo o plano vai nos fornecer dados para a evolução de enfermagem, a avaliação do diagnóstico de enfermagem e do plano terapêutico.

7 — Evolução de enfermagem: Diariamente é anotado na folha própria tudo o que ocorre com o paciente. Vamos dar um exemplo da evolução escrita por um estudante de enfermagem, do grupo já citado anteriormente.

“24/4 — Paciente com drenagem gástrica, vesical e biliar, recebendo sôro. Com muito sono, não dormiu porque os pacientes dos leitos 31 e extra gritaram a noite tôda. Não ajudou no banho no leito e pediu para dormir logo após. Dormiu até a visita do médico que a acordou com um tapa no rosto e depois pediu desculpas pois pensou que ela estivesse desmaiada. Foi suspenso o sôro, retirada a sonda gástrica e vesical. Mostra-se animada e quer se

levantar, mas preferiu dormir mais um pouco. No almoço tomou um pouco de caldo de carne com arroz, cerca de 200 ml, depois, por minha insistência, tomou toda a limonada; pediu para dormir mais um pouco.

26/4 — Levantou-se e foi até o banheiro onde ajudou durante o banho, está mais animada e já quis saber quando irá embora. Queixou-se do sabor da água do hospital e diz que vai vomitar. Queixou-se também de que qualquer odor mais forte lhe dá náuseas e que não consegue colocar a dentadura. Do desjejum só aceitou o ovo e chá depois de minha explicação sobre o valor nutritivo do ovo, recusou completamente queijo e bolachas. A tudo ela diz que vai vomitar e que vai doer a incisão. Recebeu a visita da mãe e ficou bastante alegre pois soube que os dois filhos mais velhos estão trabalhando. A mãe trouxe-lhe água mineral que tomou com avidez. Voltou a dormir tranquila das 8 e meia às 10, pois na noite anterior pouco dormiu por haver muito barulho. Ao acordar queixou-se de dor no glúteo, no local da aplicação de Terramicina”.

Esta evolução retrata bem as condições do paciente dando a quem a lê a idéia exata de como ele está e de seus problemas. Naturalmente que exigimos de nossos estudantes observações completas e a falta de prática em anotações faz com que estas sejam extensas e às vezes até prolixas. É possível escrever mais concisamente.

Onde anotar esta evolução? Poderia haver uma folha só para a evolução de enfermagem mas é muito mais interessante, educativo e informativo si for feita na mesma folha da evolução médica, como há em alguns hospitais, ou ainda na folha do relatório de enfermagem, que pode ser única ou então comum à prescrição médica. Como seria diferente ler essas anotações no relatório de enfermagem ao invés dos célebres: “Paciente sem queixas”, “Comeu tudo”, “Dormiu bem” “De nada se queixa”, isto quando há algo anotado, pois na maioria das vezes, as folhas, permanecem virgens de anotações mesmo daquelas sem grande significação.

8 — **Prognóstico de enfermagem:** Como já vimos o prognóstico é resultante do diagnóstico, plano terapêutico e evolução de enfermagem. Pode ocorrer a alta de enfermagem com prognóstico bom, embora o paciente não tenha tido alta do médico; e é mais frequente o paciente ter alta e não ter ainda alta da enfermagem. Neste caso o paciente deveria ser seguido no domicílio pela enfermagem de saúde pública, por enquanto, uma utopia em nosso país. É possível melhorar estas condições pela supervisão do paciente no ambulatório, no caso de haver enfermeira neste serviço, e esta então dará continuidade ao plano terapêutico até a independência total do paciente.

O prognóstico é dado em termos de dependência: um indivíduo, família ou comunidade, dependendo de seus conhecimentos, vontade e capacidade, poderão se tornar completamente independentes da assistência de enfermagem ou então terão, em casos de prognóstico fechado, ou dependência total, ou num prognóstico reservado uma dependência parcial por um período muito longo ou durante toda uma vida.

Com o prognóstico encerra-se o ciclo contínuo do processo de enfermagem. Há, como podemos deduzir, uma interrelação entre todos os passos do processo; se houver falha em alguns deles, todos os demais serão afetados, mas, ao mesmo tempo, a avaliação contínua permitirá a correção de possíveis distorções.

É fascinante e empolgante a enfermagem idealizada e realizada dentro desta perspectiva. É difícil, em palavras, revelar todo o entusiasmo e a satisfação pessoal e profissional resultantes da utilização desta metodologia. Sem falar ainda da riqueza de material para investigação e pesquisa além do contínuo progresso científico e profissional.

CONCLUSÃO

Dentro dos limites do raciocínio lógico, não há necessidade de pesquisa para comprovar que a utilização de uma metodologia científica na resolução de problemas, é evidente e produtiva.

Em linhas gerais outros profissionais de nível técnico científico utilizam-se dos mesmos ou de alguns destes procedimentos, como é o caso do médico e a assistente social.

Pela literatura técnica de enfermagem, nacional e internacional, percebe-se sem probabilidade de erro, que a enfermagem busca há muito esta metodologia mas, a falta de comunicação mais eficiente, a confusão reinante na terminologia, impediu até agora, que se concretizasse esta aspiração.

Pretendemos, com esta contribuição, alcançar o objetivo por nós determinado para a enfermagem — “assistir o ser humano (indivíduo, família, comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, torná-lo independente desta assistência através da educação e colaborar com outros profissionais na manutenção, promoção e recuperação da saúde”.

RECOMENDAÇÕES

Que os profissionais de enfermagem experimentem a utilização do processo de enfermagem aqui preconizado e que divulguem suas experiências com o mesmo.

Que se discuta amplamente esta metodologia para sua possível correção e aplicação em todos os campos da enfermagem.

RESUMO

Qual a metodologia que o enfermeiro deve utilizar, para conseguir seu objetivo que é dar assistência global de enfermagem? A bibliografia especializada, principalmente norte-americana no campo da enfermagem hospitalar e de saúde pública, emprega os termos; terapia de enfermagem, prognóstico de enfermagem, terapêutica ou tratamento de enfermagem; cada autor conceituando de maneira diversa e com esboços de metodologia incompletos. Numa tentativa de ordenar a confusão reinante e determinar uma metodologia do processo de enfermagem a autora esboça um esquema com conceitos e terminologia julgados os mais apropriados. Assim:

Metodologia do processo de enfermagem: é a arte de guiar ou orientar a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem, visando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, sendo o **processo de enfermagem** esta ação sistematizada de enfermagem.

O processo de enfermagem consta de oito (8) fases interrelacionadas, num ciclo contínuo, e que são: 1 — **Histórico de enfermagem** 2 — **Análise dos dados** 3 — **Diagnóstico de enfermagem** 4 — **Avaliação** 5 — **Plano terapêutico de enfermagem** 6 — **Implementação do plano (plano de cuidados) e sua avaliação** 7 — **Evolução de enfermagem** 8 — **Prognóstico de enfermagem**. As fases são definidas e explicadas. O processo foi experimentado em cerca de 510 pacientes, pela autora e por oitenta (80) alunos do curso de graduação de enfermagem, no estágio de Fundamentos de Enfermagem. Conclui-se pela lógica do processo nos limites do raciocínio analítico da utilização do método científico na resolução de problemas.

Recomenda-se experimentação e divulgação para maiores subsídios.

APENSO — 1

FORMULÁRIO DA HISTÓRIA 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 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 e 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 retôrno?
 - 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 quê?
- 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 frequente, qual a quantidade aproximada?
 - 3 — o que influe no número de vezes que o paciente urina? (líquidos, sistema nervoso, etc.)
 - 4 — 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 (ele 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) ele come mais ou menos quando está aborrecido? (de 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 ele faz habitualmente quando a esses problemas?
- b) o paciente sente dor 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 ele?

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 escova e pasta de dentes?
 - 2 — a que hora 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, atividades diárias.

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 a protése?
- d) o paciente tem algum problema conhecido em relação a:
 - 1 — tato, calor, frio?
 - 2 — gosto, olfato?
 - 3 — alucinação (visual ou auditiva)

NOTA: descreva o problema e como afeta o paciente.

- e) o paciente está orientado no tempo, espaço, relação pessoais.
Êle sabe:

- 1 — quem êle é? (pode dizer seu nome quando interrogado?)
- 2 — onde está?
- 3 — o tempo (ano, mês, dia, hora aproximada do dia)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGGREN, H. and ZAGORNIK, D. — Teaching nursing process to beginning students. *Nursing Outlook*, 16 (7): 32-36, july 1968.
- BONNEY, Virginia and ROTHBERG, June — Nursing Diagnosis and Therapy. The League Exchange. National League for Nursing, 1963. N. York.
- FREEMAN, R. — Public health nursing practice. 3rd. ed. Philadelphia, Saunders, 1963.
- HORTA, W. de Aguiar — Contribuição para uma teoria de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, ano XXIII (3, 4, 5, 6): 110-125, julho, dezembro de 1970.
- As novas Dimensões da Enfermagem — *Rev. da Escola de Enfermagem — USP* 3 (2): 1-2, set. 1969.
- Nota Preliminar sobre "Histórico de Enfermagem". *Rev. da Escola de Enfermagem da USP* 3 (2): 33-38, set. 1969.
- NOVO DICCIONARIO BRASILEIRO MELHORAMENTOS ILUSTRADOS — 4.^a edição revista. Volume II, Cia. Melhoramentos de São Paulo, São Paulo, 1968.
- THE NEW WEBSTER DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE — International edition. Volume I, II Grolier, New York, 1970.

2. UM PROBLEMA DE ENFERMAGEM — AS ESCARAS DE DECÚBITO

Marlúcia Nunes Comarú *

Celina Arruda Camargo *

INTRODUÇÃO

As escaras, consideradas isoladamente como uma das intercorrências no paciente acamado, ainda são um dos grandes problemas de enfermagem.

Tentaremos dirigir nossos estudos, considerando vários aspectos: a incidência das escaras, salvo alguns casos, é uma consequência da Assistência de Enfermagem insatisfatória. Do ponto de vista do paciente, além da necessidade de se manter acamado, devemos considerar o aspecto espoliante, doloroso e desconfortável da presença das escaras, e o aspecto posterior, estético que corresponde às retrações cicatriciais.

Outros aspectos também devem ser considerados: um paciente com escaras deverá ter seu período de internação prolongado, ficando sujeito a outras complicações, quais sejam: — problemas cardíco-vasculares, respiratórios, gastro-intestinais, vesicais, musculares e articulares. Por outro lado ocorrem problemas de ordem social, pois, a internação secciona os hábitos diários de trabalho, estudos, vida familiar e outros.

Além disso, a permanência hospitalar prolongada desenvolve no paciente atitudes pouco desejáveis, proporcionando relacionamento inadequado com os funcionários. Ocorrem, evidentemente, transtornos no desenvolvimento das atividades do Serviço de Enfermagem, como consequência das atitudes do paciente crônico.

Do ponto de vista da Administração, o problema é considerado sob o prisma econômico: quanto menor o tempo de permanência,

* Enfermeiras da Divisão Hospital de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas — U.S.P., São Paulo.

tanto maior a capacidade de ocupação do leito e utilização dos recursos existentes, proporcionando maior dinamismo no atendimento à comunidade.

Como consequência desses aspectos, vamos encontrar um acréscimo no custo do leito-dia, mormente quando os pacientes, já com suas escaras em fase de cicatrização ou mesmo cicatrizadas, são submetidos à Plástica de escaras.

Já está se tornando comum entre nós, ao depararmos com um problema de difícil solução, nos dirigirmos às fontes de consulta em busca da solução mais adequada. No que diz respeito aos problemas das escaras, foi o que nos aconteceu.

A realidade é que os pacientes acamados estão muito sujeitos a serem acometidos pelas escaras. E por que? Por uma série de causas, como veremos no decorrer do nosso tema.

É portanto, objetivo desse trabalho, colocar ao nosso alcance o conhecimento do que existe e do que poderá ser visto em termos de escaras de decúbito; porquanto há deficiência de material de consulta sobre este assunto na Língua Portuguesa.

FISIOPATOLOGIA

Escara é uma lesão que pode comprometer a epiderme, a derme, o tecido adiposo, o tecido muscular e as aponevroses.

A causa direta é a compressão da área corporal sobre a superfície do colchão ou cadeira, reduzindo o fluxo sanguíneo, provocando trombose capilar e prejudicando a nutrição da região sob compressão.

Por uma questão do mecanismo de defesa, as pessoas quando deitadas ou sentadas, modificam constantemente suas posições, procurando transferir para outras zonas, a ação da compressão. Uma vez aliviada a pressão, a circulação se refaz e a sensação de cansaço desaparece. O fator desconforto é interpretado por alguns autores como sendo ocasionado pela compressão das terminações nervosas.

É grande a incidência de lesões cutâneas em pacientes portadores de lesões medulares, exatamente porque esse tipo de paciente não acusa a presença de estímulo dor, ou "queimação" na área de apoio, dada a ausência de sensibilidade.

CAUSAS

1) — **PRESSÃO**, é a causa direta da formação das úlceras de decúbito, e tem 2 forças:

Fôrça de Compressão — “é a pressão vertical que o pêso do corpo exerce sôbre os tecidos através das proeminências ósseas, enquanto estão sofrendo a fôrça de oposição da superfície sôbre a qual está apoiada”. Durante a aplicação da fôrça de compressão, a epiderme, a derme e o subcutâneo estão pressionados entre as superfícies do colchão e a estrutura óssea.

A relação entre a pressão e o tempo de aplicação da fôrça é que vai determinar a formação de escaras, uma vez que é reduzido o abastecimento sanguíneo e prejudicado o fornecimento de oxigênio necessário ao nível da rêde capilar. Nesse caso pode haver a formação de trombose e produzir isquemia nesta área de compressão.

Fôrça Mútua — é a “ação exercida entre as superfícies contínuas do corpo, causada pela fôrça aplicada externamente”. Quando o paciente está sentado, todo o pêso da cabeça e do tronco se concentra nas regiões isquiáticas, provocando compressão. Se ocorre o deslizamento do corpo, modificando o ângulo coxo-femural, na verdade é o esqueleto que desliza sôbre as estruturas musculares e aponevróicas, provocando um sofrimento maior ou menor das partes moles. Um deslocamento maior pode rompê-las, ocasionando deslocamentos musculares que poderão, no futuro se apresentar como grandes escaras internas, exteriorizadas em forma de fístulas.

2) — A tonicidade muscular, em condições normais, mantém estímulos sôbre as estruturas nervosas e vasculares, favorecendo a irrigação dos tecidos. Em situações de perda ou redução dessa tonicidade ocorre um retardamento do fluxo sanguíneo, e por conseguinte, uma rareação de oxigênio nas regiões sem motricidade. É o caso dos pacientes neurológicos flácidos.

3) — Por outro lado, ainda considerando êsse tipo de paciente, há casos em que há uma exacerbação da motricidade involuntária, com manifestações contínuas de contrações musculares. Nesta fase, o atrito contínuo de determinadas superfícies corporais sôbre o leito ou almofadas de conforto, pode ocasionar as escaras, muito embora o tônus muscular seja mantido.

4) — Há determinados tipos de afecções, que apesar de não afetarem a sensibilidade ou mesmo o sistema vascular, obrigam o paciente a permanecer com alguns segmentos corporais imobilizados. Como exemplo, temos os pacientes poli-fraturados, que são forçados a permanecerem longos períodos (semanas ou meses) num mesmo decúbito: fraturas de membros superiores e ou inferiores, com tração. Em uma fase posterior do tratamento, êsses mesmos pacientes deverão permanecer imobilizados em aparelhos de gesso.

5) — Pessoas obesas, apesar de ficarem com maior superfície corporal em contato com o leito, exatamente pelo fator **mais pêso**, estão mais sujeitas à forças de compressão. E, como agravante, a obesidade dificulta a circulação.

6) — A presença de urina e ou fezes em contato constante com a pele, macera-a, graças à ação química das escórias. Além do mais, não podemos ignorar o risco de infecção devido às condições favoráveis ao desenvolvimento de germes.

7) — As condições de higiene corporal, aliadas à presença de migalhas, dobras, bordados, remendos e umidade nas roupas de cama, são por todos nós conhecidas como causas de lesões na pele. Temos que considerar também, a qualidade do sabão utilizado, assim como o processo inadequado da lavagem das roupas.

8) — As condições clínicas — edema, caquexia e presença de infecções em geral, com quadros de hipertemia e tendência à desidratação diminuem a resistência orgânica, favorecendo a incidência das úlceras de decúbito. Pode iniciar-se então, um círculo vicioso, más condições clínicas — úlceras — pioram as condições clínicas.

9) — Há pacientes que, independente de intercorrências, têm a pele muito sensível e, o contato do esparadrapo, pode lesá-la.

10) — A forma de colocar a comadre no paciente e o tempo de permanência sobre a mesma podem ser causas de escaras. Diga-se o mesmo dos papagaios, quando deixados para uso contínuo.

FASES DA ESCARA

A 1.^a manifestação de sofrimento de uma área corporal é o eritema causado pela compressão prolongada e ou pela fricção sobre a superfície do colchão. Há, nesta fase, uma vaso-dilatação e descarga de histamina nos capilares. É um mecanismo de defesa, avisando que está havendo uma pressão excessiva sobre a rede capilar. Uma vez que a força de compressão seja transferida para outra área, pela mudança de decúbito, a circulação se restabelece, graças à normalização da tensão das paredes capilares.

Caso a compressão se prolongue, vamos identificar a 2.^a Fase — edema local —, caracterizada pelo acúmulo de fluidos na região pressionada, rubor e calor. Há um bloqueio da função capilar, e portanto da corrente sanguínea em atingir a epiderme. Nesta Fase, pode haver rompimento da epiderme.

A 3.^a Fase é a mais séria e definitiva, uma vez que a anoxia dos tecidos é evidente. Estabelece-se a isquemia e consequente **necrose**, decorrente de existência de trombose de arteríolas e estagnação da corrente circulatória.

A evolução dá-se de 3 a 4 dias, quando a coloração da pele torna-se violácea, por vêzes compressível, outras vêzes tensa e bem delimitada.

A necrose vai evoluindo, tornando-se o tecido de cor negra e resistente, e dado o comprometimento da camada subcutânea e mesmo muscular, podemos visualizar presença de foco infeccioso com acúmulo de secreção purulenta e fétida, na parte inferior da placa necrosada. A secreção é o resultado do processo digestivo do tecido conjuntivo, infectado pelos germes cutâneos que atingiram o tecido subcutâneo. Este se desfaz rapidamente, transformando-se em exsudatos serosos.

Nesta etapa, há espoliação de proteína de nitrogênio correspondente à extensão e profundidade da lesão. Como reação natural, o organismo retira o nitrogênio depositado nos músculos, para manter seus níveis normais. Há, portanto, uma deficiência de nitrogênio nos músculos, o que predispõe o organismo a sofrer novas agressões, sob o aspecto de lesões ulcerativas. Como se percebe, é um círculo vicioso: escaras levam à espoliação, que pioram o estado geral, que leva a outras escaras. Dada a baixa de resistência estas são facilmente **infectadas**, aumentando o risco do paciente.

ÁREAS DE MAIOR INCIDÊNCIA

As superfícies corporais mais próximas de proeminências ósseas, com pouco ou nenhum tecido adiposo, são as mais comumente sujeitas à formação de escaras: regiões occipitais, das cristas ilíacas, trocanterianas, sacra, isquiáticas, crista da tíbia, calcâneos, face anterior do tórax pelo atrito com as costelas, maléolo externo e cotovelo.

MEDIDAS PROFILÁTICAS

Uma vez conhecidas as causas e as áreas de formação de escaras, vejamos quais os recursos a serem utilizados para prevenir o problema.

Muitos são os recursos que, sabemos, oneram as instituições hospitalares, mas é necessário que os diretores e chefes de serviços de Enfermagem estejam convencidos de que a não formação de escaras, além de ser muito mais benéfico para o paciente, é melhor também para o serviço, pois o padrão da assistência de enfer-

magem interfere na aceitação dos serviços Hospitalares pela comunidade. Com base nesta afirmação, somos de parecer que os diretores de hospitais e chefes de serviços de Enfermagem devem, durante a elaboração do Orçamento-Programa, indicar os recursos de que necessita o serviço para melhor atingir seus objetivos.

Os gastos certamente serão compensados, pois em muito reduzirão o tempo de ocupação do leito hospitalar. Portanto, os nossos esforços deverão ser dirigidos no sentido de manter a integridade da pele do paciente acamado.

Para lutar contra o problema da força da compressão sobre as áreas de pressão, devemos aliar recursos humanos, químicos e físicos.

Dentre os recursos podemos citar as "Mudanças Periódicas de Decúbito", as massagens e a limpeza da pele.

As mudanças de decúbito, sempre que a condição do paciente permitir, deverão ser realizadas cada 2-3 horas, principalmente nos casos de pacientes neurológicos em início de instalação do quadro. Observando esta periodicidade, poderemos talvez encontrar hipermiadas, algumas zonas de compressão. Para esse tipo de paciente, aconselhamos a utilização dos cinco decúbitos: — laterais, dorsal, ventral e sentado. Todos são perfeitamente suportáveis e inócuos, quando o paciente é confortável e anatômicamente acomodado.

Do ponto de vista do pessoal de Enfermagem que realiza essa atividade, alertamos para que faça uso dos Princípios de Mecânica Corporal, como meio profilático de distensões musculares.

A Massagem Trófica deveria ser aplicada sistematicamente pelo Fisioterapeuta, porém, sendo este profissional muito raro, e cuja capacidade é utilizada para tratamentos específicos, é necessário que a Enfermeira assuma esta responsabilidade ao prestar assistência ao seu paciente. A massagem, quando aplicada por pessoa inexperienced, pode ser prejudicial, porque são manipuladas estruturas delicadas sobre estruturas ósseas; neste caso, poderão ocorrer lesões mais profundas. Valendo-nos da elasticidade da pele, podemos proceder à manipulação da epiderme e da derme, circunscrevendo a área hiperemiada. Desta forma, estaremos estimulando a circulação e elevando o suprimento sanguíneo dos tecidos.

Devemos aplicar também a massagem de conforto que, quando é bem feita e utilizada sistematicamente, oferece grandes benefícios físicos e psicológicos ao nosso paciente.

É evidente que necessitamos aumentar a quantidade e melhorar a qualidade do pessoal de Enfermagem, para que possamos trabalhar com o paciente. A primeira vista, não nos será possível admitir tal inovação, mas com adaptações nos nossos serviços, talvez possamos levar a Enfermeira a executar atividades inerentes à sua

formação delegando as atividades burocráticas e outras que possam ser executadas por pessoas menos qualificadas.

Outro recurso, simples e econômico, é o da manutenção da limpeza corporal, para remoção das sujidades e escórias eliminadas pelas glândulas sudoríparas e sebáceas.

As sujidades, além de prejudicar as funções da pele, funcionam como meio de cultura para os germes e porta de entrada para as infecções.

As áreas mais sensíveis da pele, deverão ser manipuladas com mais delicadeza, pois uma compressão mais forte poderá produzir escarificação.

É muito comum a pele apresentar-se seca e descamante, com aspecto desvitalizado. Temos tido oportunidade de utilizar cremes com alto teor de água, glicerina e estearina, que lubrificam a pele, melhorando sua elasticidade e aparência. Ao lado do valor do creme, acrescenta-se o efeito da manipulação da epiderme e da derme.

Os princípios de Física têm sido cada vez mais aplicados em Enfermagem.

Vejamos o princípio de Arquimedes: — “A aplicação de pressão sobre qualquer ponto de um líquido é transmitida igualmente em todas as direções”. Os coxins de geléia de silicone estão baseados nesse enunciado, eles são colocados sobre o colchão do paciente, e as pressões exercidas pelos seus segmentos corporais, são distribuídas por toda a superfície do coxim.

Há os Coxins e Colchões de Latex e Plastispuma, com espessuras variadas, bastante utilizados nos nossos serviços. A superfície plana e macia, sobre base firme, permite uma distribuição mais homogênea do peso das várias regiões corporais.

Quando o paciente está sentado sobre uma superfície macia, as forças de compressão não são dirigidas apenas sobre os ísquios, mas desviadas lateralmente para os glúteos.

O mesmo ocorre com a compressão na região sacra que é reduzida, graças às forças que divergem para os glúteos.

Os coxins devem ser utilizados para todas as posições, como base das proeminências ósseas.

Há ainda colchões cujo interior é construído por tubulações delicadas que são insufladas alternadamente, cada 5”. Este processo permite a mudança contínua das áreas de compressão, por transferência da pressão dos segmentos corporais. É um meio profilático muito eficiente e proporcionalmente econômico, uma vez que o pessoal de Enfermagem não necessita mudar o decúbito do paciente com tanta frequência.

Outro tipo de colchão funciona à base de ar injetado sob pressão, pela parte inferior, através de orifícios esféricos, de diâme-

tros uniformes. A superfície do colchão é recoberta por uma espécie de lençol de poliéster com poder de filtração, destinado a absorver a umidade excessiva da pele e possíveis serosidades eliminadas pelas escaras. Esse colchão tem sua temperatura e umidade controladas, tornando-se confortável ao contato com o corpo. O paciente sente-se totalmente apoiado, sem sensação de flutuação.

As vantagens do seu uso são: constante alívio da pressão, sensação de relaxamento diminuindo a espasticidade muscular, o paciente pode mover-se com o auxílio de trapézio, reduzindo o número de horas de Enfermagem e, pela constante aeração, a pele se mantém seca.

Não há problema de crescimento e de desenvolvimento de germes na parte interna do colchão, pois a constante circulação de ar mantém o meio em condições normais.

Os colchões de água existentes há muito tempo, também baseados no princípio de Arquimedes, são mais aconselháveis aos pacientes que possam movimentar-se independentes de auxílio.

Com a imobilidade do paciente, o colchão não recebe aplicação de força e a água não sofre pressão. A permanência prolongada, sobre o mesmo, sem movimentação, poderá macerar a pele. Para evitar a sensação de desconforto pelo contacto do colchão frio, devemos forrar a cama com cobertor de banho.

Aquêles que têm o formato de uma grande bolsa de água quente, do ponto de vista de Enfermagem, são de difícil manuseio, pela instabilidade e peso.

Outro processo eficiente, mais econômico e de fácil utilização, é o **Pelo de Carneiro** selecionado. O couro e a lã devem ser tratados por processo especial, para manter suas excelentes características fisiológicas, físicas e químicas.

O fio de lã é constituído por substâncias proteicas, que muito se assemelham à pele humana. Tem uma elasticidade de até 30%, conservando esta característica mesmo depois de uso prolongado. A sua distribuição compacta e a natureza crespada dos fios permitem um acúmulo de ar, favorecendo a aeração constante e, portanto, secagem rápida da umidade. Graças a isso, mantém a temperatura corporal e é macio ao contacto com a pele, como uma almofada de ar.

Tem 33% de capacidade de absorção de umidade — é higroscópica, ao mesmo tempo em que a sua camada superficial repele a água corrente, graças à umidade e é má condutora de eletricidade.

Sua higienização é simples, podendo ser lavada em máquina ou com escova. Suas propriedades serão mantidas, se não forem submetidas à temperatura superior a 60° C.

Deve ser escovada diariamente para renovar a camada de ar dentre os fios.

Evidentemente, deve ser usada em contato direto com a pele do paciente. Isto elimina o atrito que seu corpo sofreria em contato com os lençóis.

Temos tido oportunidade de utilizar o pêlo de carneiro em alguns pacientes idosos e caquéticos. Embora não tenhamos ainda dados numéricos concretos podemos considerá-lo como uma boa medida preventiva de escaras.

A Exposição Direta da pele do paciente aos Raios Solares aumenta a sua vitalidade uma vez que provoca vaso dilatação periférica. Quando há outros problemas como impossibilidade de exposição ao sol ou locomoção e mesmo durante os meses de inverno, podem ser usados meios artificiais de aplicação de raios infra-vermelhos.

Em ambos os casos, é necessário estarmos atentas para prevenir queimadura dos tecidos.

TRATAMENTO

Quando, apesar dos recursos utilizados, é verificada a presença de escaras, é importante que a região lesada seja poupada das forças de compressão, para permitir a recuperação dos tecidos. A compressão aplicada sobre a escaras, além de retardar o processo de cicatrização, pode produzir hemorragias capilares e ou isquemia na área de recuperação.

A Assistência de Enfermagem deve, pois, ser dirigida para os aspectos preventivos e curativos.

O tratamento da lesão é orientado pelo médico, na parte referente aos medicamentos e soluções indicadas.

Nossa experiência tem demonstrado que os medicamentos são muito importantes, mas devemos estar alertas quanto à **Técnica** asséptica empregada. O fator **Limpeza** da região que circunscreve a lesão, e desta própria dita, são fundamentais na evolução do tratamento. Para isso, sempre que possível, devemos usar água e sabão. Ao lado da **Técnica**, temos que utilizar a importante propriedade bactericida dos raios solares. É fundamental lembrar que estes devem incidir diretamente sobre a lesão, durante período de tempo controlado, e nos horários que precedem às 10 horas.

As escaras necrosadas devem ser totalmente limpas, se possível, por médico. São aconselhados os enfaixamentos protetores nas regiões com escaras profundas, com a finalidade de favorecer a granulação da profundidade para a periferia e dificultar a granulação convergente. É forma de prevenir o desenvolvimento de cavidades infectadas, que evoluem para fistulas crônicas. Poderá ser discutido o problema da dificuldade de aeração da lesão, pelo uso do enfaixamento.

xamento, mas a assistência deve ser completa, com exposição aos raios solares e técnica assética.

Estamos iniciando uma experimentação com Colágeno de tecido animal, procedente de bezerras e porcos jovens. O material tem aspecto e consistência de espuma, e é aplicado diretamente sobre a lesão, obedecendo a técnica específica.

Iniciamos o uso deste curativo em dois pacientes, com um total de três escaras antigas, de joelhos e cristas da tibia, com diâmetro entre 5 e 2 cm. Estavam levemente infectadas. A aplicação dos três primeiros curativos foi com intervalo de 3 dias, observando-se sensível melhora, como também do processo de granulação. A troca deverá ser menos frequente, até seis dias, conforme a evolução. Dos dois pacientes, um é paraplégico e o outro apresenta lesão vascular na perna afetada. Evidentemente continuaremos nossa pesquisa, até obtermos um resultado mais objetivo. Devemos ressaltar a importância de **tratamento clínico**, concomitante com qualquer tratamento local, com a finalidade de repor as perdas e diminuir os riscos de infecção, ou tratá-la, se for o caso.

Ao lado de antibióticos locais e gerais, medicamentos anabolizantes, Vitamina A, C e D e Sais Minerais, para atuar sobre o balanço nitrogenado, a granulação e epiteliação e melhorar o estado geral.

É importante a reposição de líquidos eliminados pelo suor e pelas serosidades.

Deverá ser fornecida uma dieta adequada, atendendo às necessidades do paciente.

CONCLUSÃO

Consideramos as escaras como um dos problemas prioritários do paciente acamado, razão pela qual devemos procurar utilizar todos os recursos disponíveis para preveni-las. Para que este objetivo seja atingido, é importante que os Diretores e Chefes do S.E. consigam adquirir pelo menos, alguns dos recursos materiais existentes.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, Ruth M. R. N, Gardner, James W. M. D. and Lyden, Michael. The alternating pressure pad an aid to the proper handling of decubitus ulcers. Reprint from Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Sept. 1954.
- Trata da alternância de pressões como formas de prevenção e tratamento de escaras.
- Biddlecomb, Anne — a water immersion bed in the management of patients with pressure sores. Nursing Times 65 (30): 942 July 1969.
- Comenta experiências com o colchão de água.

- Brocklehurst, J. C. Pressures Sores. *Nursing Times* 63 (31): 1033 August 1967.
- Cannell, Ina June and Hicks, Mary L. Decubitus ulcers. Reprint from *The American Journal of Nursing* 58 July 1958.
- Apresenta o recurso do colchão pneumático como forma de tratamento de escaras.
- Ewing, M. R., Garrow, C. and Mc Hugh, Nancy. A sheepskin as a nursing aid. Reprint from the *Sancet*. December 30, 1961: 1447 1448.
- É uma publicação extensa sobre as experiências com pêlo de carneiro.
- Grabenstein, Joan, Synthetic fat helps prevent pressures sores. *American Journal of Nursing* 68 (7): 1521 July 1969.
- Diz respeito ao emprego da geléia de silicone na fabricação de coxins e colchões.
- Harvin, J. Shand and Hargest, Thomas S. 'The air fluidized bed: a new concept in the treatment of decubitus ulcers. *Nursing clinics of North America* 5 (1): 181 March 70.
- Harmer, Bertha and Handerson, Virginia. *Tratado de Enfermeria Teórica y Práctica*. La Prensa Mexicana. México — 2.^a edición.
- Cuidados com a pele do paciente.
- Liddell, David. The care of paraplegic and quadriplegic patients, *Nursing Times* 68 (9): 281 march 1968.
- Discute amplamente o tratamento médico geral e a prevenção de escaras em pacientes neurológicos.
- Lowthian, Peter T. Bedsores. The Nursing Links? *Nursing Times* 66 (46): 1454, november 1970.
- Trata da pressão sofrida pelos vasos, e seus efeitos, além dos problemas de fricção. Aconselha o uso de coxins de latex.
- Pfandler, Marjorie. Flotation, displacement and decubitus ulcers. *American Journal of Nursing* 68 (11): 2351, nov. 1968.
- A aplicação do Princípio de Arquimedes em colchões de água. Menciona as experiências de Kosiaks.
- Sheepskins in Nursing. *International Nursing Review* 12 (1): 10-16 jan./fev. 1965.
- Particularidades e uso do pêlo de carneiro.
- Stoop, J. W. F. M. — Treatment of pressures sores in paraplegic patient with animal collagen. *Paraplegia* 8 (3), nov. 1970. E. e S. Livingstone. Edimburg and London.
- Discorre sobre as experiências do implante de colágeno nas úlceras de decúbito.
- Thornhill, Herbert L. and Williams, Martha L. Experience with the water mattress in a Large City Hospital. *American Journal of Nursing* 68 (11): 2357, nov. 1968.
- Causas diretas das escaras. O colchão de água é uma das soluções.
- Vilain, R. Prophylaxie et traitement des escarres de décubites *Expansion Scientifique Française*. Paris 1960.
- Explicação muito extensa e interessante sobre aspectos preventivos e curativos.

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COLOSTOMISADOS

Clarice Oliveira *

1 — CONCEITO E IMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA

A colostomia é um recurso utilizado nas afecções do colo e do reto que impedem o livre trânsito do seu conteúdo para a eliminação anal. Consiste na exposição de uma parte do colo na parede abdominal, a fim de possibilitar a excreção das fezes. É também denominada de “anus contra natura”.

Embora de grande valor pelo que representa de essencial para atender à situação sintomática do indivíduo, é um fator determinante de mudança não somente na estrutura física do paciente, como também no seu psiquismo, pelo que repercute como condição mutiladora e de altas modificações de hábitos higiênicos, alimentares e de toda a vida de relação. Isto foi comprovado pelo alto número de pacientes acompanhados durante este trabalho e que tiveram capitais dificuldades de adaptação aos cuidados exigidos pela colostomia face ao regime doméstico e as atividades sociais, profissionais e familiares. A falta de aceitação por parte das pessoas que privam de sua intimidade, é outro grande problema levando à separação muitos casais, após a colostomia, mesmo com a orientação prévia ao companheiro da paciente.

Ainda é preciso considerar a condição sócio-econômica do paciente para aquisição do material necessário aos cuidados constantes com a colostomia, em domicílio, o que as vezes dificulta a orientação a ser feita para a alta.

2 — INDICAÇÕES, LOCALIZAÇÃO E TIPOS

A indicação da colostomia nem sempre é muito precisa e depende muito da decisão do cirurgião diante do quadro verificado na laparatomia, o que dificulta o planejamento do preparo do pa-

* Professôra da Escola de Enfermagem da U. Federal da Bahia. Coordenadora geral de Enfermagem do Sist. de cuidados progressivos do H.C.E.S.

ciente. Quase sempre, porém, pode-se prever a sua necessidade e já avisá-lo disto, quando se trata de uma conduta provisória. Nos casos definitivos, o paciente será sempre preparado com antecedência e decidirá quanto à aceitação de viver com uma colostomia permanente.

Podem-se agrupar as indicações mais comumente verificadas da colostomia.

2.1 — Colostomia provisória

- Megacolo
- Fístula
- Ferimentos
- Volvo
- Preparo para colostomia definitiva ou permanente.

2.2 — Colostomia permanente

- Tumores malignos do colo e reto
- Destruição do esfíncter anal de qualquer natureza
- Quando não há possibilidade de fazer retornar o trânsito intestinal normal, como em alguns casos de fistulas.

A colostomia provisória faz diferença da permanente, porque, além de ser de curta duração, isto é, enquanto se prepara o colo

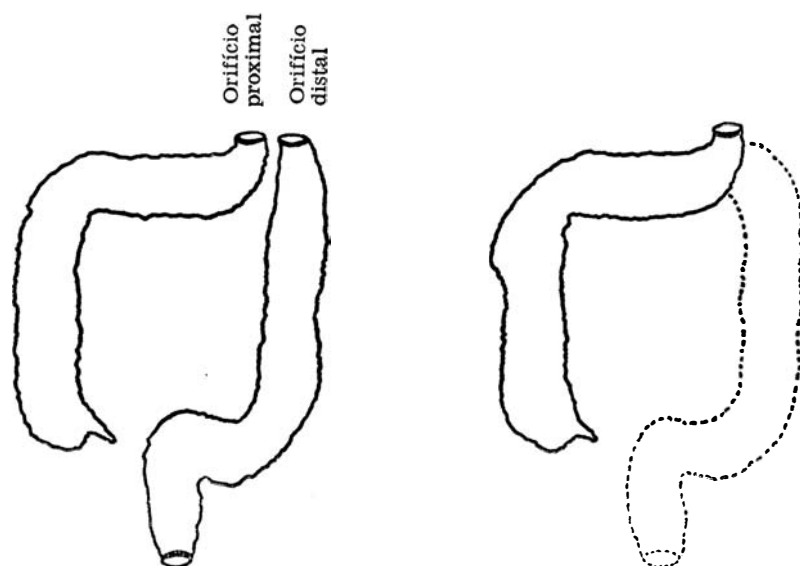


Fig. 1 - Colostomia provisória Fig. 2 - Colostomia permanente

para a cirurgia eletiva ou enquanto dura a afecção que a motivou, tem também uma disposição em dois orifícios que correspondem às extremidades da parte do colo desembocado na parede abdominal. O orifício que faz continuidade com o resto do intestino chama-se de proximal e o que se continua para o reto, de orifício distal. A colostomia permanente tem apenas um orifício porque o restante do colo até o ânus foi amputado.

Estas considerações se tornam importantes para que possamos estabelecer o plano específico de cuidados de enfermagem.

Como foi dito anteriormente, a colostomia provisória é geralmente uma etapa do preparo do paciente para a cirurgia eletiva. Visa facilitar a limpeza do colo de tal maneira que o mesmo, ao ser manuseado cirurgicamente, esteja isento de fezes e o mais limpo possível a fim de facilitar a cicatrização.

O preparo físico para cirurgia do colo leva em torno de uma semana e consiste em dieta pobre em resíduos e administração de medicamentos para eliminar a flora intestinal, prescrito pelo médico e uma lavagem diária.

No caso do paciente ser portador de uma colostomia provisória, esta lavagem será através da mesma sendo que é indicado fazê-la pelos dois orifícios e, se necessário, uma pequena lavagem pelo reto.

A alça proximal poderá ser limpa com cerca de 500 a 1.000 ml. de água + 10% de glicerina e a distal, com cerca de 150 a 500 ml. de água.

A quantidade exata a ser utilizada será estabelecida de acordo com a superfície corporal do paciente e com a verificação cuidadosa que a enfermeira processará nas primeiras lavagens quanto à reação do paciente e o conteúdo eliminado.

Na véspera da cirurgia, este mesmo tipo de lavagem será feita pela manhã e à tarde e o paciente ficará em dieta líquida durante todo o dia.

Antes de ser levado para a sala de operação, será passada uma sonda naso-gástrica, a fim de que se possa evitar o acúmulo de gases e líquidos no estômago que poderão ocasionar náuseas e vômitos.

A sonda vesical, que até bem pouco era passada em todo paciente que se submetia a cirurgia de colo, já não é recomendada em vista do condicionamento urinário que é feito no pré-operatório. (1)

Os demais cuidados pré e pós operatórios são os mesmos estabelecidos para qualquer outra cirurgia abdominal.

(1) Oliveira Clarice — Condicionamento urinário do paciente Cirúrgico — Revista Brasileira de Enfermagem 20 (2) janeiro, junho 1970 pag. 95.

Após a cirurgia, os cuidados especiais de enfermagem vão se diferenciar nas primeiras horas se a colostomia já vier aberta da sala ou se, em caso contrário, tiver sido deixada para abertura posterior da alça, o que será feito na própria enfermaria, pelo cirurgião, utilizando a eletrocoagulação.

Nas colostomias provisórias já abertas desde a sala de operação, a necessidade de curativo pode se evidenciar desde as primeiras horas caso se mantenham limpos os orifícios e a área da colostomia. Se a colostomia permanecer fechada por 24 horas, o que alguns cirurgiões adotam para evitar infecção da ferida, em vista de ser este o tempo previsto para que se processe o primeiro período de cicatrização, possivelmente não se tornará necessário o curativo, que passará a ser feito após a abertura com a mesma orientação anterior. Para este curativo, usa-se soro fisiológico e pomada a base de óxido de alumínio ou óxido de zinco na pele em torno da alça para evitar irritações e maceração. Após a cicatrização da ferida abdominal, o paciente poderá tomar seu banho de chuveiro e sempre que a colostomia funcionar, proceder a limpeza da mesma com gase e mantê-la coberta.

O paciente receberá orientação quanto aos cuidados que vão sendo feitos e ele próprio realizará progressivamente a limpeza e a lavagem. A colostomia provisória pode ser feita em caráter de urgência e neste caso, sem nenhum preparo do paciente.

O preparo do colo será feito depois para a execução da cirurgia eletiva. Ex.: no paciente portador de megacolo que se apresenta no serviço de saúde já com fecaloma resistente à manobras mecânicas, será necessária a laparotomia para abertura do colo e retirada do fecaloma. Ficará com colostomia provisória para preparar o colo para técnica operatória eletiva, porque, se for realizada a sutura, haverá deiscência pela presença de germes e componente fecal no colo.

3 — ESPECIFICAÇÕES DA COLOSTOMIA PERMANENTE

Por ser uma cirurgia mutilante, determina no paciente uma grande apreensão e insegurança, senão uma falta de aceitação total. A inadequação da dinâmica da vida diária com as necessidades determinadas pela presença de uma colostomia constituem motivo de alto desconforto para o paciente. Também deve ser levado em consideração o lado estético de um portador de colostomia, motivando as indisponibilidades entre o indivíduo e o companheiro, chegando ao extremo de uma incompatibilidade definitiva. Por este motivo, quando definida a possibilidade de realização de tal cirurgia, o paciente é convenientemente preparado, explicando-se a necessidade da

mesma. Neste sentido, torna-se imprescindível a colaboração de familiares ou responsáveis pelo paciente afim de que certos aspectos da situação sejam esclarecidos e, possivelmente contornados. Sempre que houver oportunidade deve-se apresentar ao paciente, um outro, portador de colostomia já controlada, para que exponha suas experiências. Normalmente este processo surte um bom efeito, principalmente quando se trata de pessoa otimista e bem sucedida.

A realização da cirurgia fica na dependência desta aceitação do paciente e da execução dos cuidados específicos já mencionados.

Uma vez realizada a cirurgia, o paciente receberá a mesma assistência pós-operatória imediata quanto à limpeza da colostomia aberta e os cuidados indispensáveis a qualquer pós-operatório desta fase. Se houver sucesso no ato cirúrgico e o paciente tiver um pós-operatório sem complicações, a partir do 10.º dia, inicia-se o treinamento para controle da colostomia. Nesta fase o paciente já deverá saber fazer a limpeza da sua colostomia, pois este ensinamento se inicia logo que o mesmo começa a deambular livremente e a ter mais independência. Este treinamento deve incluir certas instruções e prática da lavagem da mesma em dias estabelecidos, a depender do hábito intestinal que o indivíduo desenvolveu durante toda a sua vida. Se o mesmo tinha hábito de evacuação diária, provavelmente a lavagem em dias alternados surtirá efeito satisfatório. Mas se o paciente tem peristaltismo mais lento e evacuações em dias alternados, de 2/2 dias ou mais fica estabelecido que o mesmo deve fazer a sua lavagem de 2/2 ou até de 3/3 dias. Ele fará observação quanto ao espaço de funcionamento ou seja o tempo transcorrido entre uma lavagem e outra e estabelecerá a frequência necessária.

O horário para a realização da lavagem deve ser estipulado pelo próprio paciente de acordo com as suas disponibilidades e condições domésticas. Se o indivíduo trabalha pela manhã, deve estabelecer um horário à tarde, pois este cuidado exige uma hora e meia a duas horas, o que poderia interferir no seu período de trabalho. Além disso, a expulsão do conteúdo da lavagem e das fezes não se dá de maneira seguida, mas, obedecendo a um impulso determinado pelos movimentos peristálticos, o que deixa o paciente de sobre-aviso para um funcionamento espaçado nas primeiras horas.

A quantidade a ser utilizada varia de 500 ml. a 2.000 ml. de água morna pura. Iniciamos sempre com 500 ml. e, a depender de observação, vamos aumentando o volume, até estabelecermos a quantidade exata de que necessita o paciente.

Para a realização da lavagem, o paciente deverá ficar em decúbito dorsal, ligeiramente virado para o lado da colostomia ou sentado, sendo que esta última posição favorece mais quando é o pa-

ciente que realiza a sua lavagem. Introduz-se a sonda, cêrca de 15 à 20 cms. devidamente lubrificada e já com pequeno jato para facilitar o acesso ao colo. Coloca-se o irrigador numa altura de 50 cms. acima do nível do paciente e deixa-se introduzir uma quantidade que não deve ultrapassar de 500 ml. Pinça-se e retira-se a sonda para facilitar a drenagem, colocando-se uma cuba ou aparadeira junto a colostomia para receber o conteúdo de retôrno. Repete-se êste processo tantas vêzes quantas necessárias para limpar o colo, o que se dá em tôrno de 2000 ml.

Como o conteúdo fecal tende a sair em jato, providencia-se proteger o paciente e o ambiente, mediante a utilização de uma cuba colocada sôbre a colostomia dirigida para a aparadeira. Depois da eliminação completa, o paciente deverá tomar banho, limpar e proteger a colostomia, conforme orientação anterior.

O material utilizado para a realização da técnica é o mesmo exigido para uma lavagem intestinal, via anal, e solicita-se dos familiares que o adquira e o traga ao Hospital para que o paciente realize algumas lavagens com o seu próprio material, evitando assim o seu desajuste quando da alta. Êste material consiste em:

- irrigador com borracha
- pinça de Hoffman ou similar
- sonda retal ou Nelaton n.º 26 a 30
- vaselina
- compressas de gase 4 x 4
- esparadrapo
- cubas metálicas ou plásticas
- aparadeira metálica ou plástica
- pomada para proteção da pele a base de óxido de alumínio, zinco ou outra prescrita pelo médico

Vários recursos têm sido tentados no sentido de proporcionar conforto ao paciente colostomizado e facilitar a sua reabilitação social, profissional e psíquica. Todos os meios que lhe possam proporcionar confiança e despreocupação quanto à possibilidade de frequentar ambientes vários, sem o estigma de uma situação aflitiva, como aquêle criado pelo funcionamento inoportuno da colostomia devem ser considerada, no que se refere a orientação do paciente. Assim sendo, alguns modelos de protetores foram lançados, os mais antigos em borracha, (já em desuso) e mais recentemente em plástico, sob a forma de bolsas. A sua fabricação vem sendo aperfeiçoada e as atuais são de fácil adaptação. No entanto, alguns pacientes reagem fortemente ao seu uso quer pelo desconforto local que estabelece quer pelo fato de ser um produto especificamente marcante de sua condição mutiladora. Estas bolsas descartáveis uti-

lizadas apenas uma vez, reverterem em grande despesa para o paciente pela necessidade de uso constante das mesmas. Ainda assim são as mais recomendadas quando o paciente apresentar insegurança quanto ao funcionamento da colostomia em ocasião imprópria. Neste caso, êle deverá ser orientado quanto ao modo de usar e como adquiri-las.

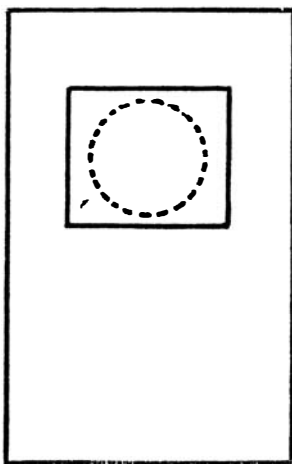


Fig. 3 - Bolsa plástica para colostomia

A bolsa já vem com uma parte de esparadrapo, coberta com papel que é removido na hora da utilização para aderir o esparadrapo à pele. O orifício que vem marcado poderá ser ampliado se houver necessidade. O seu uso continuado não é indicado em virtude da irritação que o esparadrapo provoca na pele e também porque uma vez controlada a colostomia só funcionará após a lavagem, dispensando, portanto, a proteção da bolsa. É preciso considerar que o tubo digestivo é muito susceptível às emoções, por isso, o paciente portador de colostomia estará sujeito a descompensações por fatores **estressantes**. Esta possibilidade deverá também ser abordada com o paciente para que êle não tenha excessiva preocupação pelo funcionamento irregular da colostomia e para que tome às precauções necessárias diante da situação previamente considerada como de alto componente emotivo. Apesar disto, frequentemente, mesmo os pacientes orientados e com a colostomia funcionando dentro do esquema traçado, ao retornarem às suas atividades profissionais ou sociais, costumam apresentar completa descompensação no funcionamento da colostomia. Neste caso, é feita nova orientação e o paciente terá o seguimento pelo tempo que for necessário. Eventualmente o paciente pode apresentar episódios de diarreia por falta

de observação da dieta prescrita, ou seja, pobre em condimentos, isenta de bebida alcoólica, de gorduras, e de outros alimentos que estimulem o peristaltismo, de vez que a especificação poderá ser feita naturalmente pelo próprio paciente.

Caso a diarreia persista, apesar da observação da dieta, o paciente deve ser visto novamente pelo cirurgião para revisão do quadro clínico, pois pode haver complicações devido à metástase nas neoplasias malignas.

4 — CASUÍSTICA ILUSTRATIVA

Para realização deste trabalho foram estudados e acompanhados todos os pacientes colostomizados na antiga clínica Propedêutica Cirúrgica do Hospital Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia, em Salvador, no período compreendido entre janeiro de 1967 a dezembro de 1970, num total aproximado de 45 pacientes. Estes receberam orientação no pré e pós-operatório e foram instruídos para o "auto-cuidado" de colostomia (provisória ou permanente).

A seguir, apresentamos alguns casos que servem para ilustrar este trabalho.

CASO A

R. S. R.

Reg. 184763.

Feminino, Solteira — 23 anos — Costureira — Instrução primária

Admissão em 1/9/70 — Operação 30/9/70 — Alta 13/10/70

Diagnóstico médico — Adenocarcinoma do colo

Cirurgia realizada: laparotomia exploradora

- colostomia
- ooforectomia bilateral
- biópsia hepática

RESUMO:

Admitida no hospital, procedente de um hospital de emergência, onde foi feita colostomia para desobstrução, pois apresentava quadro de volvo. Deu início, no dia seguinte a sua admissão, ao preparo específico para cirurgia do colo — Dieta pobre em resíduos, sulfa oral e lavagem da colostomia com:

- 500 ml de água + 60 ml de glicerina — orifício proximal
- 500 ml de água — orifício distal

O funcionamento da colostomia teve início com a lavagem, mas começaram a ocorrer episódios de sangramento. Apesar da limpeza constante e uso de pomada a base de alumínio, a pele adjacente começou a apresentar-se irritada.

Em vista da necessidade de uma colostomia permanente, foi iniciada a orientação específica, para a família e a paciente. Ainda assim esta mostrou-se apreensiva, triste e com insônia, mas, aceitou a cirurgia e a possibilidade de uma colostomia permanente.

No ato operatório, evidenciou-se metástase generalizada, não sendo possível realizar a cirurgia programada, permanecendo a colostomia feita anteriormente.

Em seguida o pós-operatório imediato, iniciou-se o preparo específico para alta, ensinando-se a paciente a fazer a lavagem da colostomia e a limpeza do local. Solicitou-se da família a compra do material necessário a fim de que a paciente se ajustasse ao uso do mesmo. Foi feita a orientação quanto ao uso da bolsa plástica, caso necessário, conforme especificação já referida, e também quanto à dieta e volta às atividades sociais e profissionais.

A paciente não mais voltou ao hospital desde a alta da enfermagem.

CASO B

R. S. — 26 anos — Feminino — Advogada — Brasileira

Carcinoma do reto

Operação Colostomia + amputação do reto e ânus

RESUMO:

A paciente procurou o hospital encaminhada pelo cirurgião que a acompanhava, tendo sido operada e estando com uma colostomia permanente. A mesma não sabia da sua condição e alimentava esperança de que a colostomia seria fechada num 2.º tempo cirúrgico. Não tinha recebido qualquer orientação quanto aos cuidados que deveria desenvolver com a sua colostomia. Mostrava-se irritada e indisposta a receber qualquer orientação, dizendo que nos tinha procurado apenas para atender a solicitação do seu médico.

Tentou-se explicar a razão do ensino para o uso da colostomia, as vantagens do mesmo e o que a paciente teria que fazer; foi-lhe oferecida uma relação do material que deveria ser adquirido caso viesse a aceitar a nossa orientação. No dia seguinte, a paciente nos procurou, já com o material para tentar a experiência. Foi orientada quanto a lavagem da colostomia durante uma semana,

em dias alternados. Em seguida, a própria paciente disse sentir-se segura para executar a técnica em sua residência. Procurou-nos na semana seguinte para dar o resultado. Ela mesma tinha estabelecido a frequência de 3/3 dias para as lavagens por achar desnecessário os dias alternados, bem como a quantidade necessária de água a ser utilizada. Posteriormente nos procurou algumas vezes, quando surgiam episódios de diarreia sempre por desequilíbrio da dieta, o que era facilmente contornado.

Esta paciente voltou a exercer as suas atividades profissionais, sociais e recreativas, regularmente, inclusive banhos de mar e de piscina, utilizando dispositivos especiais de proteção que ela própria improvisava.

Resistiu sempre ao uso da bolsa plástica, mas tem geralmente algumas em mãos para viagens ou outras circunstâncias que a impossibilitem de realizar a lavagem da colostomia.

5 — COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA

Podem ser consideradas complicações relacionadas com a estrutura orgânica da colostomia e com a sua funcionalidade.

No primeiro caso, salientou-se as complicações da pele — dermatites simples e ulceradas do colo: prolápio, estenose, retração e fístula; da circulação — edema, hemorragia e úlcera da parede, hérnia incisional. Nas funcionais, encontram-se a diarreia e a constipação.

Quando ocorre qualquer destas complicações, o paciente deverá ser atendido cuidadosamente e encaminhado novamente ao cirurgião para o tratamento específico, que muitas vezes poderá ser uma nova cirurgia.

6 — CONCLUSÃO

A colostomia representa uma mutilação para o paciente e uma das situações que exigem maior especificação da assistência de enfermagem e grande habilidade no preparo pre-operatório. A reabilitação do paciente está condicionada a sua aceitação do problema e a uma orientação cuidadosa e constante de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CORRÊA NETO, A Clínica Cirúrgica, Sawir, 2.^a edição, 5.^o Volume, São Paulo, 1968.
- 2 — DAVIS C — Clínica Cirúrgica. Ed. Guanabara Koogan S. A. — Rio de Janeiro 1970.
- 3 — ELIASON FERGUNSON e SHOLTIS — Enfermeria Quirúrgica. Editorial Interamericana, S. A. — Mexico. 1961.
- 4 — OLIVEIRA, CLARICE — Condicionamento urinário do Paciente Cirúrgico. Revista Brasileira de Enfermagem 20 (1-2) Janeiro/Junho, 1970, pp. 95.
- 5 — SUTTON, A. L. — Enfermeria Pratica Editorial Interamericana, S. A. Mexico 1966.

4. PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IMPLANTAÇÃO DO BCG INTRADÉRMICO NO BRASIL

* *Adalgisa Vieira Matos*

** *Ieda Barreira e Castro*

** *Maria de Jesus do Valle Cordeiro*

** *Mercedes Alves da Cunha e Souza*

1. INTRODUÇÃO

A importância da vacinação dos indivíduos suscetíveis com o objetivo de interromper a cadeia da transmissão de uma doença é ponto pacífico entre os epidemiologistas e, logicamente, o mesmo ocorre entre os fisiologistas, em relação à tuberculose.

A vacina contra a tuberculose vem sendo utilizada há quase 50 anos e tem por finalidade substituir a primo-infecção natural, causada pelo bacilo selvagem virulento, perigoso em virtude de sua patogenicidade, por uma primo-infecção artificial e inofensiva ocasionada por bacilo não virulento, na esperança de que essa infecção artificial venha a contribuir para aumentar a resistência do indivíduo em face de uma infecção ulterior, por bacilo virulento (1).

A princípio, a vacina era administrada somente por via oral, posteriormente, em grande número de países, foi introduzida a vacina intradérmica que provou cientificamente o seu poder protetor e que induz a alergia tuberculínica mais forte e permanente, em um maior percentual de vacinados.

No Brasil tem sido usada tradicionalmente a via oral; ultimamente vêm sendo realizados, em caráter experimental, trabalhos de campo com a vacina intradérmica. Realizaram estes trabalhos a Divisão de Tuberculose da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara (2), a Fundação SESP em Pirapora, Estado de Minas Gerais

* Enfermeira da Fundação SESP à disposição da Divisão Nacional de Tuberculose.

** Enfermeiras da Seção de Enfermagem da Divisão Nacional de Tuberculose.

(3) e a SUSA do Serviço Nacional de Tuberculose no Parque Nacional do Xingú, em Mato Grosso.

Diante dos primeiros resultados dessas experiências, a Divisão Nacional de Tuberculose decidiu programar uma série de trabalhos visando ao treinamento de suas enfermeiras, e que servissem também de base à expansão futura do método a todo o País, oferecendo um roteiro geral a outros programas semelhantes.

O trabalho pioneiro foi realizado no primeiro semestre de 1970 na área coberta pelo Posto Samuel Libânio, da então Fundação Escola Nacional de Saúde Pública (FENSP), em Jacarepaguá, com cerca de 4.000 escolares, dos quais foram vacinados os não infectados pelo BK, não reatores à prova tuberculínica, excluindo-se 20% destes que constituiu o grupo controle, nos quais foi aplicado um placebo. Após o seguimento da lesão da vacina foi feita a retestagem para a verificação da viragem tuberculínica (5).

No segundo semestre foi iniciado o "Ensaio de Vacinação BCG Intradérmica em Escolares das Capitais Brasileiras" (6) sob Coordenação Geral da Divisão Nacional de Tuberculose e com a participação de oito Estados da Federação (Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco, Paraíba, Guanabara, São Paulo e Paraná) sendo utilizadas 1.000 doses de vacinas em cada capital dos referidos Estados.

Ao mesmo tempo realizou-se na cidade de Nilópolis (Rio de Janeiro) outro programa de vacinação de cerca de 2.500 escolares. Ali, após a realização da prova tuberculínica, os indivíduos infectados e não infectados foram vacinados e seguidos semanalmente durante 10 semanas. Após esse período foram retestados, buscando-se uma comparação do comportamento da lesão vacinal e da mesma prova tuberculínica entre os não reatores e os reatores ao teste (infectados anteriormente pelo BK).

Em 1971, no primeiro semestre, os mesmos Estados que desenvolveram em 1970 o programa anteriormente referido, vacinaram as crianças não reatoras da primeira série primária das Escolas Públicas da Capital (8). Sete outros, (Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Bahia, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Distrito Federal) se incluíram no ensaio e mais três Estados e um Território (Alagoas, Guanabara, Goiás e Amapá) e Unidades da Fundação SESP (Governador Valadares em Minas Gerais, Petrolina em Pernambuco, Ilhéus na Bahia) e o Instituto Presidente Castello Branco (Ex-Fundação Escola Nacional de Saúde Pública) se prepararam para iniciar seus programas no segundo semestre. Espera-se que até o fim de 1971 todos os Estados se tenham incorporado ao ensaio.

2. VACINA

2.1. Histórico

A vacina BCG é preparada com germes vivos de uma estirpe bovina originalmente virulenta e tornada avirulenta através de 230 passagens sucessivas em meio de cultura com bile de boi. É da estirpe inicial, descoberta por acaso por Calmett e Guérin em 1908, que derivam tôdas as sementes utilizadas para o preparo da vacina.

A experiência em bois e macacos antropóides, empregando-se diferentes meios de inoculação e em variadas condições, provou a inocuidade e a eficácia do BCG ao criar nos animais susceptíveis um estado de premunicação que os protegessem contra a infecção pelo *M. tuberculosis* e pelo *M. bovis* (9).

Os experimentadores franceses Calmett e Guérin, responsáveis por êsses trabalhos e ainda pelo ensaios em recém-nascidos, já agora com a participação do Dr. Weill-Halle, decidiram, à partir de 1924, pôr à disposição dos médicos a vacina destinada às crianças nascidas de mães tuberculosas ou expostas ao contágio familiar.

A via oral, empregada desde o começo pelos franceses, foi também adotada no Brasil desde 1927 por Arlindo de Assis, no Rio de Janeiro, que se encarregou do preparo da vacina nos laboratórios da Fundação Ataulpho de Paiva.

A vacinação intradérmica é extensivamente usada em todo o mundo pelo alto grau de proteção conferida pelo método, demonstrado na célebre experimentação do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas. Naquela experiência a proteção foi de cerca de 80% e se manteve por dez anos (10).

Outras técnicas também são utilizadas, como a multipuntura no Japão e alguns países da Europa, e a escarificação. Na técnica da multipuntura a vacina é introduzida por meio de um aparelho dotado de pequenas agulhas que se pressiona sobre uma gota de vacina colocada na pele. A técnica de escarificação consiste em fazer duas ou três escarificações na pele sobre uma gota de vacina.

2.2. Produção

São condições indispensáveis ao bom êxito da vacinação que a vacina usada seja de boa estirpe e bem preparada.

Os maiores problemas que surgem na produção de uma vacina de germes vivos e atenuados como a da tuberculose, são a estabilidade e a padronização das vacinas preparadas em diferentes laboratórios.

A vacina pode ser produzida sob forma líquida ou liofilizada.

A vacina sob a forma líquida só pode ser utilizada em locais próximos do laboratório fornecedor, pois sua viabilidade é reduzida a 10 dias, por melhores que sejam as medidas de conservação. A vacina liofilizada deve guardar as qualidades da vacina líquida e se mantém utilizável por período de tempo muito prolongado.

2.3. Conservação

Em estudos empreendidos para determinar o efeito da exposição do BCG à luz e ao calor moderado, os resultados revelam que a vacina perde sua atividade tanto sob a influência da luz como do calor. Se o BCG fôr colocado por muito tempo ao abrigo da luz e conservado a uma baixa temperatura, a perda da atividade é lenta, só se verificando no fim de vários meses. A medida que se eleva a temperatura o ritmo de alteração acelera-se e a perda de atividade se dá em algumas semanas. A luz tem um efeito prejudicial análogo, mas age bem mais rapidamente. A luz difusa do dia determina efeitos mensuráveis no espaço de algumas horas, e a luz direta, no espaço de alguns minutos ou de alguns segundos. Estas observações mostram que, se não se tomar precauções para preservar o BCG de uma exposição a altas temperaturas ou à luz, mesmo durante períodos de curta duração, estamos certamente ameaçados de fazer um largo uso de vacinas que embora frescas do ponto de vista de sua idade, perderam seu poder imunizante (11).

2.4. Técnica

Embora a técnica de vacinação intradérmica seja considerada um dos processos mais padronizados de vacinação, é inevitável certo grau de variação entre diferentes operadores. O resultado da vacinação, no que concerne à capacidade de produzir alergia, não é influenciado pela maior ou menor profundidade da injeção. Entretanto, a dimensão e a gravidade das lesões locais estão diretamente a ela relacionadas, isto é, quanto mais profunda a injeção mais grave a lesão local. A gravidade da lesão parece estar relacionada também ao número de germes mortos presentes na vacina. Estudos feitos com BCG morto indicaram que determinadas reações fortes observadas no ponto da inoculação podem ser devidas à injeção de grande número de germes mortos, pois existem diferenças marcantes entre os efeitos biológicos dos bacilos vivos e dos bacilos mortos (11). Outro aspecto a considerar é a dose a ser injetada. Se se injeta uma dose maior, aumenta a possibilidade de rea-

ções indesejáveis, se a dose for menor não se obtém o efeito imunizante esperado,

Daí a importância fundamental de serem rigorosamente observados estes três aspectos da técnica: injeção rigorosamente intradérmica, dose exata e conservação adequada da vacina, para que sejam evitadas as reações indesejáveis.

3. PROGRAMAS DE VACINAÇÃO COM O BCG INTRADÉRMICO

Os principais pontos a serem definidos são: o grau de cobertura a ser dado à população, os grupos a serem vacinados, época de revacinação e sistema de avaliação.

O serviço de Enfermagem tem participação fundamental na avaliação.

A avaliação de um programa de vacinação com BCG intradérmico deve ter como objetivos verificar o nível de execução técnica e populacional, indicando medidas para a correção de possíveis falhas e fornecendo informações epidemiológicas que orientam as decisões no que diz respeito a grupos de idade a serem vacinados, etc... Na prática, a avaliação da vacina tem que se basear na resposta à vacinação, isto é, na evolução da lesão vacinal e no comportamento da alergia tuberculínica. pois a avaliação com base na prevenção da tuberculose doença não é exequível, em termos de programas nacionais (12).

A avaliação operacional baseia-se na consecução de metas em prazos pré-determinados e rendimento das atividades.

A avaliação é essencial para garantir a eficiência do programa e deve constituir uma atividade permanente.

4. PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Em um programa de vacinação com BCG intradérmico é imprescindível haver uma equipe de trabalho devidamente preparada, cabendo à enfermeira toda a responsabilidade técnica do trabalho.

A técnica de aplicação da vacina BCG por via intradérmica é a mesma da aplicação da prova tuberculínica, variando apenas o local.

Em 1968, a Seção de Enfermagem da Divisão Nacional de Tuberculose, com a colaboração da Enfermeira da Organização Mundial de Saúde Britta Sundin, programou treinamentos para enfermeiras em todas as capitais brasileiras, com a finalidade de padronizar a técnica da prova tuberculínica, após o que cada Estado passou a contar com "Enfermeira de Referência" para a leitura da mesma (13).

No trabalho pioneiro realizado pela Divisão Nacional de Tuberculose na área de Jacarepaguá as enfermeiras foram responsáveis pelas seguintes atividades do programa:

- Orientação técnica do trabalho de campo;
- Aplicação e leitura da prova tuberculínica antes da vacinação;
- Controle do desempenho técnico dos operadores das provas tuberculínicas, além da aferição prévia das leituras (dos operadores, durante todo o programa foram feitos histogramas das leituras) para verificação das tendências dos leitores, comparação da média de suas leituras e cálculos da margem de erros em leitura duplas cegas;
- Triagem dos casos a serem vacinados: as crianças que apresentavam reações menores de 5 mm de induração à prova tuberculínica foram divididas em dois grupos por azar sistemático:
 - a) Um grupo composto de 80% dessas crianças foi vacinado pelo BCG por via intradérmica,
 - b) Um grupo controle composto de 20% das crianças restantes recebeu também por via intradérmica, um placebo (soro fisiológico);
- Aplicação da vacina BCG: a vacina foi aplicada por via intradérmica, segundo as normas recomendadas pela OMS, na região de inserção do deltóide do braço direito.
- Seguimento da lesão vacinal: a lesão vacinal foi observada semanalmente durante 10 semanas por todas as enfermeiras participantes do programa;
- Aplicação e leitura da prova tuberculínica pós-vacinal: na 10a. semana as crianças foram retestadas com a tuberculina, tanto as vacinadas como as do grupo controle (não vacinadas). As provas foram realizadas pelas mesmas enfermeiras que fizeram o teste prévio, as quais desconheciam os resultados das provas feitas na criança e se a mesma tinha sido vacinada pelo BCG ou não;
- Outras atividades: o controle do gasto dos produtos biológicos ((PPD e BCG) bem como a reposição do material necessário e a preparação do material a ser esterilizado. Também foi feita pelas enfermeiras a orientação do trabalho dos secretários, responsáveis pelo registro de dados (5).

Após esse treinamento inicial das enfermeiras da Seção, a Divisão Nacional de Tuberculose programou para as "Enfermeiras de Referência" das Capitais de Estados selecionados, "Seminários de

PPD" com o objetivo de reafirmar suas leituras da prova tuberculínica e adestrá-las na técnica de vacinação intradérmica, no seguimento da evolução da lesão vacinal, bem como na execução das atividades a serem desenvolvidas, desde a previsão de material indispensável até o estabelecimento de metas e de prazos para as etapas de trabalho. Ainda em 1970, na sede da D.N.T., foram treinadas oito enfermeiras procedentes de oito capitais. Em março de 1971 participaram de um Seminário, oito enfermeiras de sete capitais e em maio deste ano, outro Seminário foi realizado tendo participado do mesmo onze enfermeiras, perfazendo um total de 26 enfermeiras habilitadas pela D.N.T. a assumir a responsabilidade da parte técnica de programas de vacinação com BCG intradérmico, inclusive do treinamento das equipes locais para o desenvolvimento destes programas.

Os objetivos alcançados pelas seminaristas foram os seguintes: aferir a sua leitura da prova tuberculínica com uma "Enfermeira de Referência", nacional, desenvolver as habilidades necessárias a uma boa execução da técnica da vacinação com BCG por via intradérmica, rever seus conhecimentos sobre a prova tuberculínica e adquirir novos conhecimentos sobre a vacinação com BCG por via intradérmica, capacitar-se a programar e coordenar as atividades no trabalho de campo, saber como preparar a equipe que desenvolverá o trabalho de campo.

Foi dada a cada seminarista a oportunidade de: aplicar 100 e ler 200 provas tuberculínicas, aplicar 40 vacinas BCG por via intradérmica e observar 80 lesões vacinais.

As seguintes condições, relativas ao pessoal, se fazem necessárias para que um programa de vacinação com BCG intradérmico se desenvolva satisfatoriamente:

- que a coordenação técnica do programa seja feita por uma "Enfermeira de Referência" com experiência em treinamento e supervisão;
- que toda equipe seja orientada para os objetivos do programa
- que a coordenadora técnica tenha conhecimentos básicos de estatísticas e noções de programação;
- que os operadores das provas tuberculínicas, antes do início do trabalho tenham a sua leitura aferida com a da "Enfermeira de Referência";
- que os operadores de BCG apliquem doses exatas em injeções intradérmicas superficiais e conheçam a lesão vacinal em todas as suas fases: induração, pápula, vesícula, pústula, crosta, úlcera e cicatriz bem como as possíveis complicações da vacinação;

- que toda a equipe conheça o produto a ser usado e os cuidados necessários a sua conservação;

5. CONCLUSÕES

- 5.1. A vacinação pelo BCG deve estar presente em qualquer programa de controle da tuberculose.
- 5.2. No planejamento de um programa de vacinação BCG tem que ser considerada prioritariamente a cobertura a ser dada à população a quem e quando vacinar, e o sistema de avaliação a ser adotado.
- 5.3. Os estudos que provam os efeitos da vacina no homem foram feitos utilizando-se a via intradérmica.
- 5.4. Na prática da vacinação BCG por via intradérmica, os cuidados para a conservação do produto e a técnica de aplicação são os pontos fundamentais para a obtenção dos bons resultados.
- 5.5. Para a manutenção de uma boa técnica de aplicação de BCG, por via intradérmica, são essenciais o treinamento do pessoal, e a supervisão constante.
- 5.6. As enfermeiras devem ser responsáveis pelo treinamento e supervisão da equipe de enfermagem e portanto, precisam estar familiarizadas com os vários aspectos da vacinação BCG, quais sejam: a programação, o produto, a técnica, o treinamento, a supervisão do pessoal e a avaliação.

RESUMO

As autoras apresentam um histórico das primeiras tentativas de introdução da vacinação BCG intradérmica no Brasil, dando destaque aos ensaios realizados pela Divisão Nacional de Tuberculose na área de Jacarepaguá, Guanabara e na cidade de Nilópolis, no Estado do Rio de Janeiro e ao programa de "Ensaio de Vacinação BCG Intradérmico em Escolares das Capitais Brasileiras" ora em desenvolvimento pela D.N.T. Descrevem as características da vacina, as condições para produção e conservação e a técnica de aplicação. Chamam a atenção para os aspectos fundamentais a considerar num programa de vacinação com BCG intradérmico e destacam a importante participação que o Serviço de Enfermagem tem tido no desenvolvimento desses programas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Organização Mundial de Saúde — Revisão Crítica das Pesquisas sobre vacinação com BCG oral, **Revista do SNT** — Vol. XII (47) 1968, pg. 237/288.

- 2 — Pereira Rocha, E. — Vacinação BCG Intradérmica e sua aplicação no Estado da Guanabara — *Revista Médica do Estado da Guanabara*. Vol. 36 n.º 3, 1969.
- 3 — Ferreira, E. — Vacinação BCG Intradérmica ensaio e aplicação do método — *Revista do SNT*. Vol. XIII, n.º 52, 1969, pag. 377/384.
- 4 — Nutels, N. (e outros) — Viragem tuberculínica em grupos indígenas vacinados com BCG intradérmico. *Revista do SNT*. Vol. XIII, Jan/Mar. 1969, n.º 49.
- 5 — Lima, Laurênio Lins (e outros) — “Ensaio de BCG Intradérmico em Escolares na área de Jacarepaguá” — 1970 — trabalho não publicado.
- 6 — Lima, Laurênio Lins (e outros) — “Ensaio da Vacinação BCG Intradérmica em Escolares das Capitais Barsileiras” — 1970 — trabalho não publicado.
- 7 — Lima, Laurênio Lins (e outros) — Vacinação com BCG Intradérmico em reatores e não reatores à prova tuberculínica, agosto de 1970 — trabalho não publicado.
- 8 — Lima, Laurênio Lins (e outros) — “Levantamento da Prevalência da Infecção Tuberculosa e Vacinação BCG Intradérmica em Escolares, 1971 — trabalho não publicado.
- 9 — Irvine, K. Neville — **BCG and role vaccination. A practical Handbook**, London, National Association for the prevention of tuberculosis, 1954.
- 10 — Medical Research Council — BCG and role bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life. In. **British Medical Journal**. London, (13) april, p. 937, 978, 1963.
- 11 — Edwards, Lydia B. and Palmer, Corrol E. — **A vacinação pelo BCG Estudos efetuados pelo Bureau de Pesquisas sobre tuberculose**. Copenhagen, OMS, 1954. Tradução. Setor de Serviço Social da Seção de Organização e Contrôlo, SNT, 1970.
- 12 — Organização Mundial da Saúde — Technical Guide for Assesment of BCG Vaccination Programs. WHO/TB/Techn. Guide 2. Rev. 4.65 — Traduzido em 1969, na Divisão Nacional de Tuberculose.
- 13 — Azevêdo, Antonia Séve (e outros) — “Prova Tuberculínica e sua utilização no Brasil” — trabalho não publicado.

5. PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO SÔBRE A PRATICABILIDADE DA VACINAÇÃO BCG INTRADÉRMICA DIRETA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PRIMÁRIAS

Enf. Clélia Burlamarque *
Dr. José A. Chaieb **
Dr. Werner Paul Ott **
Enf. Lila Wornicow **
Enf. Marlene G. Pereira **
Enf. Alda Neves de Godoy **

INTRODUÇÃO

Antes de aprovar a introdução no Estado do Rio Grande do Sul da vacinação BCG intradérmica direta, ou seja sem prova tuberculínica prévia, é necessário realizar um estudo cuidadoso para determinar que problemas podem surgir na população, ao aplicar-se este novo método de vacinação.

O presente documento refere-se a um estudo deste tipo em escolares da cidade de Porto Alegre realizado durante o ano de 1970. ***

Objetivos

Os objetivos são os seguintes:

- Comparar as reações locais — induração e destruição tecidual causados pela vacina BCG intradérmica em tuberculino-positivos e tuberculino-negativos.
- Correlacionar a intensidade da reação vacinal com a intensidade da reação tuberculínica inicial.

* Enfermeira da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. (Relatora).
** Co-autores.
*** Colaboração do Dr. Antonio Pio, Consultor da Organização Panamericana de Saúde.

- Determinar o aumento pós-vacinal da induração tuberculínica nos reatores e nos não reatores ao teste tuberculínico inicial.
- Determinar a importância das complicações locais pela vacina BCG intradérmica direta e também a conveniência de adotar o método no tipo de população em estudo.

População do estudo:

A população estudada é constituída de crianças de escolas primárias da cidade de Porto Alegre, cuja idade, geralmente, oscila entre 7 a 12 anos. A característica mais importante desta população aos objetivos do estudo é a prevalência da infecção tuberculosa. Baseado em investigações realizadas em 1969, calcula-se que de 10 a 12% dos escolares de nível primário em Porto Alegre, são tuberculino-positivos. Esta percentagem é de 15 a 20% nos bairros periféricos.

Para a comparação que se quer fazer nesta experiência, uma amostra de 200 alunos: 100 tuberculino-positivos e 100 tuberculino-negativos é suficiente. Para cobrir as perdas inevitáveis durante o período seguinte correspondente a 9 semanas, considerou-se conveniente ter uma população inicial de pelo menos 140 crianças tuberculino-positivos. Para obter este número, foram examinados 900 alunos de zonas periféricas, nos quais esperou-se um índice de pelo menos 15%. Como habitualmente faltam 10% dos alunos nas escolas, determinou-se examinar 1.000 crianças como amostra inicial.

Foram selecionadas duas escolas primárias: a primeira de nome Desiderio Finamor, localizada na Av. Bento Gonçalves, parada 22, com 600 alunos e, uma segunda, Dona Rafaela localizada na Lomba do Pinheiro com 400 alunos.

Material:

- Seringas Omega Passaic de 1 ml. de capacidade, calibradas em centésimos de milímetros, para uso intradérmico e à prova de vazamento.
- Agulhas de aço inoxidável, tipo Luer, calibre 25-26, para uso intradérmico.
- Tuberculina PPD Rt 23 com Tween 80, de 2 UT por dose de 0,1 ml, proveniente do Instituto do Sêro de Copenhague, Dinamarca.
- Vacina BCG liofilizada, para uso intradérmico.
- Formulários especiais para a investigação da vacinação BCG direta.

Técnica a empregar:

Para a **aplicação e leitura do teste tuberculínico** seguiu-se as normas recomendadas pela Comissão Técnica da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, que por sua vez correspondem à Prova Tuberculínica Standard, da Organização Mundial da Saúde. (Comissão Técnica da C.N.C.T.: Prova Tuberculínica em Saúde Pública — Rev. Serv. Nac. Tub., 1968, 12:219 230).

Para a **aplicação da vacina BCG** utilizou-se o mesmo tipo de seringas e agulhas usado para a prova tuberculínica. Entretanto, todo material de vacinação — seringas, agulhas, caixas, etc. deve sempre ser mantido separado do material usado para a prova tuberculínica, inclusive durante a esterilização e a armazenagem. Todas as seringas e agulhas usadas num dia de trabalho devem ser lavadas em água destilada num recipiente diferente daquele que se usa para lavar o material da prova tuberculínica. Os recipientes para lavagem e as caixas de seringas devem ter o rótulo correspondente, para garantir que sempre serão usados para o mesmo material. Pelo fato de existir vácuo no interior da ampola com o BCG liofilizado, ao abri-la, deve-se ter um cuidado especial para que o seu conteúdo não se derrame para o exterior. Para evitar tal inconveniente, envolve-se o colo da ampola com uma folha de plástico, que acompanha a vacina, antes de cortá-la. Depois de cortar a ampola adiciona-se à mesma todo o conteúdo do diluente mediante uma seringa esterilizada e seca. Preparada a diluição, a vacina deve ser utilizada naquele dia.

É essencial que a vacina reconstituída seja constantemente protegida da luz e do calor. A ampola aberta é colocada em posição vertical num oco cilíndrico de um cubo de madeira, especialmente confeccionado, e é coberta com o envelope de papel preto que vem dentro da embalagem. A vacinação sempre deve ser realizada sob um teto ou, pelo menos, na sombra.

A luz solar nunca deve incidir diretamente sobre a ampola ou a seringa com vacina.

Aplica-se a vacina injetando 0,1 ml. da solução, intradermicamente no braço direito na altura da inserção inferior do músculo deltóide. Como a prova tuberculínica, deve medir-se a dose especificada de acordo com as marcas no corpo da seringa. A injeção deve ser feita lentamente, para evitar uma lesão indevida aos tecidos. Antes de cada injeção flamba-se a agulha, e a seguir, elimina-se uma gota para desprezar a porção de vacina alterada pelo calor. As doses de vacina reconstituída que não se utilizou no dia devem ser desprezadas.

A leitura da lesão vacinal faz-se pela medição, em milímetros, do diâmetro transverso maior da induração e da destruição do tecido. No caso em que não se vê nem palpa nenhum sinal de lesão vacinal se registra "O".

Em alguns casos pode haver somente induração sem sinais de destruição tecidual, mas por convenção não se registra o inverso. Sempre quando se observa destruição do tecido, também deve-se registrar a induração, que deve ter um diâmetro maior ou pelo menos igual àquela. A destruição de tecido pode apresentar-se sob diversos aspectos, dependendo do período decorrido desde o momento da vacinação pústula fechada, ulceração aberta, crosta que cobre a ulceração ou cicatriz.

Procedimentos

Antes de iniciada a experiência, foram realizadas entrevistas com o diretor e pessoal docente das escolas para expor-lhes a importância e o alcance do estudo e solicitar sua cooperação. Insistiu-se na superioridade da vacinação intradérmica comparada com o método oral, além das vantagens operacionais da vacinação direta, isto é sem prova tuberculínica prévia. Destacou-se a repercussão que teria sobre os programas de saúde do Rio Grande do Sul e quicá do Brasil, se todos os passos da experiência se realizassem de acôrdo com as previsões de protocolo e se os resultados esperados fossem atingidos. Foram feitas as tramitações necessárias na esfera governamental para obter a autorização oficial para a execução do estudo.

Discutiu-se com o pessoal docente das escolas a conveniência de realizar reuniões com os pais dos alunos para explicar-lhes os aspectos essenciais da vacinação antituberculosa e conseguir o apoio necessário para a experiência. Uma semana antes do início da experiência os professores afixaram nos cadernos dos alunos uma nota mimeografada dirigida aos pais, solicitando-lhes que dissessem por escrito, se queriam ou não que seus filhos fôssem vacinados.

No primeiro dia da execução da experiência em uma aula, preencheu-se o formulário da investigação com os dados pessoais dos alunos que iriam participar. A seguir foi-lhes aplicado o teste tuberculínico no antebraço esquerdo e a vacina BCG no braço direito. A vacina BCG aplica-se simultaneamente com o teste tuberculínico e não no dia da leitura da reação. Isto visa eliminar o fator psicológico que induziria o técnico, consciente ou inconscientemente, a injetar uma dose menor de vacina nos tuberculino-positivos.

A leitura da prova tuberculínica é feita 72 horas após a sua aplicação. Uma mesma enfermeira faria todas as leituras. Os dias

de aplicação foram segundas, têrças e sextas-feiras. Assim, as leituras poderiam ser feitas nas quintas, sextas e segundas-feiras.

A leitura da lesão vacinal local na 2.^a, 5.^a e 9.^a semana depois da vacinação. Uma mesma enfermeira realizou tôdas as leituras.

Aplicação e leitura da prova tuberculínica na 9.^o semana depois da vacinação. A leitura tuberculínica foi realizada pela mesma enfermeira que fez a leitura das provas tuberculínicas iniciais. A enfermeira não deveria conhecer o resultado da prova tuberculínica inicial, tanto na leitura da sensibilidade tuberculínica pós-vacinal, como na das lesões vacinais.

As crianças que tiveram 10 mm. ou mais de reação tuberculínica na prova inicial foram encaminhadas aos Dispensários de Tuberculose para exame radiográfico.

Por ocasião da leitura da lesão vacinal na 2.^a, 5.^a e 9.^a semana, perguntou-se aos professores sôbre as consultas ou reclamações feitas pelos familiares em relação à vacinação de seus filhos. No espaço "Observações" do formulário, correspondente à série, anotava-se o nome do aluno e o motivo da consulta.

Pessoal

Chefe da experiência	Dr. José A. Chaieb
Sub-Chefe	Dr. Werner Paul Ott
Aplicação e leitura da prova tuberculínica	Enf. Clélia Burlamarque Enf. Marlene G. Pereira
Aplicação e leitura da vacina BCG	Enf. Lilla Wornicow Enf. Alda N. de Godoy
Tarefas administrativas	Sr. Haroldo Machado

Instruções para o uso do Formulário

— No primeiro dia da experiência, decidiu-se iniciar duas fôlhas do formulário para cada série. (Um original e uma cópia). Na parte superior são registrados os seguintes dados:

Nome da escola
Turno e série
Número de alunos inscritos
Número de alunos presentes no dia.

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE VACINAÇÃO BCG DIRETA

Escola: Turno
Série N.º de alunos inscritos N.º de alunos presentes

Idade			Nome	9.ª semana		5.ª sem.		2.ª sem.		Início	
n.º	M	F		P.T.	Ind.	Ulc.	Ind.	Ulc.	Ind.	P.T.	BCG
1											
2											
.											
.											
.											
22											
.											
.											

Observações:
.....

O formulário foi feito para 22 crianças. Usava-se duas folhas complementares no caso em que o número de participantes em uma série fôsse maior. Por ocasião da tabulação dos dados, a diferença entre o número de alunos presentes no dia da aplicação da vacina e o número de vacinados, representava as crianças que recusaram a vacinação.

Preencheu-se uma linha para cada criança participante, com os seguintes dados pessoais:

Sobrenome e nome

Idade na coluna correspondente ao sexo da criança.

— Os dados da prova tuberculínica inicial e da vacinação BCG foram registrados somente no original e não na cópia. Para este fim foram destinadas as duas colunas da margem direita do formulário, que são encabeçadas pela palavra "Início". Como no primeiro dia se fez a prova tuberculínica e a vacinação BCG em todos os participantes, registrou-se em todos "BCG" no espaço correspondente da última coluna, deixando em branco o espaço da coluna "P.T". Se por qualquer motivo não se aplicou o teste tuberculínico ou a vacina BCG a uma criança que tinha sido inscrita no formulário, foi anulada a linha correspondente.

No dia da leitura do teste tuberculínico anotou-se o resultado em milímetros (0, 1, 2, 3, 4, ... etc.) no espaço correspondente da coluna P.T. Se o participante esteve ausente no dia da leitura, escrevia-se "A" neste espaço e anulava-se a linha. Para evitar perdas de participantes por ausência à leitura da prova tuberculínica inicial, realizavam-se quando possível visitas domiciliares no mesmo dia. Nas crianças em que a reação tuberculínica era lida em casa, anotava-se a letra "A" no ângulo inferior esquerdo do espaço correspondente. Imediatamente ao lado registrava-se o resultado da leitura em milímetros. Exemplo: A9.

Terminada a leitura da sensibilidade tuberculínica inicial, as enfermeiras entregaram os originais do formulário ao Setor Administrativo da Seção de Tuberculose onde foram arquivados por séries e escolas.

— No dia da leitura da lesão vacinal local correspondente à 2.^a semana, a enfermeira ia à escola somente com a cópia do formulário.

Nesta constavam os nomes dos participantes, mas não o resultado da prova tuberculínica inicial. O resultado da leitura, expresso em milímetros seria anotado nos espaços das colunas encabeçadas por "2.^a semana", à direita do formulário: a induração na coluna "Ind." e a destruição de tecido na coluna "Ulc.". Se o aluno estivesse ausente, escrevia-se "A" em ambas as colunas.

As cópias com os resultados da leitura da 2.^a semana foram entregues ao Setor Administrativo da Seção de Tuberculose. Nesta os dados eram transcritos para os originais correspondentes. Antes de devolver as cópias dos formulários para a leitura da 5.^a semana, recortava-se destas as colunas encabeçadas por "2.^a semana", e por "Início", pondo-as fora. Assim, nas etapas subsequentes da investigação, as enfermeiras não ficaram sabendo os resultados anteriores.

Para a leitura dos dados da 5.^a semana procedeu-se da mesma maneira que na 2.^a semana. No Setor Administrativo da Seção de Tuberculose, os dados das cópias foram transcritos para os respectivos originais. Antes de devolver as cópias dos formulários às enfermeiras, foram recortadas as colunas correspondentes à 5.^a semana.

— Na 9.^a semana, além da leitura da lesão vacinal, aplicou-se o teste tuberculínico. Para saber se o teste havia sido feito, registrava-se um pequeno "T" no ângulo inferior esquerdo do espaço correspondente. Se o participante recusava o teste, anotava-se "R", e se estava ausente "A". No dia da leitura marcava-se o resultado em milímetros da mesma maneira já explicada.

Calendário de atividades:

A execução, propriamente dita, da experiência começou na 2.^a semana de agosto. Anteriormente, durante as últimas semanas de junho e a primeira de agosto, tiveram lugar as entrevistas com as direções e o corpo docente das escolas escolhidas. Também foram encaminhados os avisos aos pais dos alunos. Estas atividades não poderiam ser cumpridas no mês de julho, devido às férias durante todo este mês.

A tabela 1, mostra o calendário de atividades por escolas. As mesmas tiveram início segunda-feira, dia 1.^o de agosto na escola Desiderio Finamor.

A tabela 2 estabelece o calendário de atividades por dia de trabalho. Como os médicos e as enfermeiras da Secretaria da Saúde cumprem horário reduzido de 4 horas diárias, as atividades não puderam ser desenvolvidas pela manhã e a tarde do mesmo dia. Baseado neste tipo de horário e levando em consideração os detalhes específicos a serem observados em todos os trabalhos experimentais, estimou-se em 150 a 160 o número de crianças a serem examinadas por dia.

TABELA 1

	Escola Finamor		Escola Rafaela	
	T. Manhã	T. Tarde	T. Manhã	T. Tarde
Prova tuberculínica e Vacinação BCG	2. ^a 10/8 3. ^a 11/8	2. ^a 17/8 3. ^a 18/8	2. ^a 24/8	6. ^a 28/8
Leitura da prova	5. ^a 13/8	5. ^a 20/8	5. ^a	2. ^a
Tuberculínica inicial	6. ^a 14/8	6. ^a 21/8	27/8	31/8
Leitura da lesão vacinal Segunda semana	3. ^a 25/8 4. ^a 26/9	3. ^a 01/9 4. ^a 02/9	3. ^a 08/9	6. ^a 11/9
Leitura da lesão vacinal 9 semana	3. ^a 13/10	3. ^a 20/10	3. ^a	3. ^a
Prova tuberculínica pós vacinal	2. ^a 19/10	2. ^a 26/10	27/10	03/11
Leitura da prova tuberculínica Pós vacinal	6. ^a 16/10 5. ^a 26/10	6. ^a 23/10 5. ^a 29/10	6. ^a 30/10	6. ^a 06/10

T A B E L A 2

CALENDÁRIO DE ATIVIDADES POR DIA DE TRABALHO

Semana	Segunda	Têrça	Quarta	Quinta	Sexta
Agosto 10-14	PT e BCG	PT e BCG		Leitura PT	Leitura PT
	E. Fimamor	E. Fimamor		E. Fimamor	E. Fimamor
	T. Manhã I	T. Manhã II		T. Manhã I	T. Manhã II
Agosto 17-21	PT e BCG	PT e BCG		Leitura PT	Leitura PT
	E. Fimamor	E. Fimamor		E. Fimamor	E. Fimamor
	T. Tarde I	T. Tarde II		T. Tarde I	T. Tarde II
Agosto 24-28	PT e BCG	Leitura BCG2	Leitura BCG2	Leitura PT	PT e BCG
	E. Rafaela	E. Fimamor	E. Fimamor	E. Rafaela	E. Rafaela
	T. Manhã	T. Manhã I	T. Manhã II	T. Manhã	T. Tarde
.....					
Outubro 19-23	Leitura BCG9	Leitura BCG9		Leitura PT	Leitura PT
	E. Fimamor	E. Fimamor		E. Fimamor	E. Fimamor
	T. Manhã II	T. Tarde I		T. Manhã II	T. Tarde I
Outubro 26-30	Leitura BCG9	Leitura BCG9	Feriado	Leitura PT	Leitura PT
	E. Fimamor	E. Rafaela		E. Fimamor	E. Rafaela
	T. Tarde II	T. Manhã		T. Tarde II	T. Manhã

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

A execução desta experiência piloto, na área de Pôrto Alegre, aplicando a vacina BCG intradérmica direta em crianças de escolas primárias, obedeceu em linhas gerais ao estabelecimento no protocolo de investigação.

Foram feitas pequenas modificações de natureza operacional pré-vias à execução do programa, tais como inversão nas atribuições dos técnicos de aplicação e leitura do BCG e Prova Tuberculínica e ajustes no calendário de atividades.

Por outro lado, por ocasião da leitura do teste tuberculínico inicial, feito simultaneamente com o BCG intradérmico em 855 escolares, verificou-se que o índice de prevalência da infecção tuberculosa estava muito aquém do esperado. Foram encontrados apenas 10,3% de reatores (10 mm. e mais de induração). Resolveu-se então incluir uma terceira escola primária no programa de vacinação. A escolha recaiu no G. E. Walt Disney, localizado na Vila Santa Isabel, município de Viamão, mas pertencente a mesma área geográfica dos dois primeiros. Neste foram vacinados mais 351 alunos, apresentando-se o índice tuberculínico em 10,9%.

Assim o número total de crianças de escolas primárias vacinadas com BCG intradérmico no decorrer do programa foi de 1.206. Destes, 1.083 eram tuberculino-negativos (induração de 0 a 9 mm) e 123 eram tuberculino-positivos (induração de 10 mm ou mais).

Completaram a experiência 888 alunos (73%), dos quais 92 eram tuberculino-positivos. (Ver tabelas Anexos)

CONCLUSÃO

Quanto aos objetivos da investigação verificou-se que

— A induração e a destruição tecidual pós-vacinal surgiu mais precocemente no grupo dos tuberculino-positivos do que nos tuberculino-negativos. Também o tamanho da lesão vacinal — tanto a induração como a ulceração — foi maior, inicialmente, naquele grupo. Entretanto, nas semanas subsequentes esta diferença deixou de ser significativa.

— A viragem tuberculínica pós-vacinal ocorreu na grande maioria dos não reatores com zero de induração inicial. Em apenas 3,9% destes casos a induração tuberculínica continuou em zero, decorridas 9 semanas da aplicação do BCG. Nos diferentes de zero no teste inicial, observou-se um aumento da induração tuberculínica pós-vacinal, tanto no grupo dos não reatores como no dos reatores.

— De modo geral houve boa aceitação da vacina BCG intradérmica, tanto por parte dos pais como por parte das crianças. As

reclamações feitas pelos familiares em relação às lesões vacinais foram insignificantes. Certamente deve-se isto ao fato de não ter havido complicações locais de maior expressão e de não ter surgido nenhuma das temidas fistulas de glânglios satélites.

As adenopatias dolorosas, principalmente axilares homolaterais, referidas por diversas crianças e verificadas por ocasião da 2.^a semana pós-vacinal, regrediram em pouco tempo sem causar problema.

RESUMO

O presente estudo sôbre a praticabilidade da vacinação BCG intradérmica, em escolares, sem teste tuberculínico prévio, permite concluir pela exequibilidade da vacinação BCG intradérmica DIRETA, em área estudada, uma vez que a aceitação da vacina pelo público foi boa e, por outro lado, mesmo nas crianças já infectadas não se verificaram problemas adicionais.

ANEXO I

TABELA A

Número de alunos que participaram em cada etapa da experiência de vacinação BCG intradérmica direta.
Porto Alegre, 1970

Tempo desde a Vacinação	Exame Realizado	Número de alunos examinados		
		Total	Estado pre-vacinal	
			Não Reatores (0-9 mm)	Reatores (10 mm e +)
0	Vacina BCG + Prova tuberculínica	1.206		
72 horas	Leitura da prova tuberculínica	1.167	1.044	123
2 semanas	Leitura da lesão vacinal	1.127	1.009	118
5 semanas	Leitura da lesão vacinal	1.074	962	112
9 semanas	Leitura da lesão vacinal	979	876	103
	Aplicação da prova tuberculínica	963	865	103
	Leitura da prova tuberculínica	888	796	92

NA TABELA "A": Resume-se o volume total de trabalho realizado em cada uma das etapas da experiência, dividindo os participantes em reatores e não-reatores. Pós-se em 10 mm. o limite de separação entre os dois grupos. Os reatores fracos de 5 a 9 mm. foram incluídos entre os não-reatores. Considerando os fins da experiência, este critério parece ser o mais apropriado, uma vez que nos programas de vacinação BCG com prova tuberculínica prévia, somente se exclui da vacinação os reatores de 10 mm. ou mais.

TABELA B

DISTRIBUIÇÃO DOS TAMANHOS DAS REAÇÕES TUBERCULÍNICAS PRÉ E PÓS-VACINAIS, NA EXPERIÊNCIA DE VACINAÇÃO BCG INTRADÉRMICA DIRETA, PORTO ALEGRE — 1970

A. SENSIBILIDADE TUBERCULÍNICA INICIAL

	TOT.	0-	2-	4-	6-	8-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	22-	24-	26-	28-	30-
Número	888	538	200	41	12	5	5	12	21	11	13	17	8	4	0	0	1
Percent.	100,0	60,6	22,5	4,6	1,3	0,6	0,6	1,3	2,4	1,2	1,5	1,9	0,9	0,5			0,1

B. SENSIBILIDADE TUBERCULÍNICA INICIAL E PÓS-VACINAL NOS

NÃO-REACTORES (0-9 mm na prova inicial)

[illegible]

Sensibilidade pós-vacinal														
Número	796	21	28	42	53	65	88	139	134	113	63	35	13	2
Percent.	100,0	2,6	3,5	5,3	6,7	8,2	11,0	17,5	16,8	14,2	7,9	4,4	1,6	0,3

C. SENSIBILIDADE TUBERCULÍNICA INICIAL E PÓS-VACINAL NOS
REACTORES

(10 mm e + na prova inicial)

TOT.	0-	2-	4-	6-	8-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	22-	24-	26-	28-	30-
------	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Sensibilidade Inicial																
Número	92	/	/	/	/	5	12	21	11	13	17	8	4	0	0	1
Percent.	100,0	/	/	/	/	5,4	13,0	22,8	11,9	14,1	18,5	8,7	4,4	-	-	1,1

Sensibilidade pós-vacinal																
Número	92						3	8	11	14	33	16	3	1	3	
Percent.	100,0						3,3	8,7	11,9	15,2	35,9	17,4	3,3	1,1	3,3	

NA TABELA "B": Mostra a correlação entre a sensibilidade tuberculínica inicial e pós-vacinal. Na seção "A" desta tabela registra-se a sensibilidade inicial de todos os participantes. Na seção "B" os dados correspondentes dos que tiveram de 0 a 9 mm. na prova tuberculínica inicial e na seção "C" os dos reatores de 10 ou mais mm.

A N E X O I I I

T A B E L A C

DISTRIBUIÇÃO DOS TAMANHOS DA INDURAÇÃO DAS LESÕES VACINAIS NA 2.^a, 5.^a e 9.^a SEMANA DEPOIS DA VACINAÇÃO BCG INTRADÉRMICA DIRETA — PORTO ALEGRE — 1970

A. Não REATORES (0 - 9 mm)

	TOT.	0-	2-	4-	6-	8-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	22-	24-	26-
Segunda semana															
Número	796	2	106	300	128	74	98	55	20	5	3	5			
Percent.	100,0	0,3	13,3	37,7	16,0	9,3	12,3	6,9	2,5	0,6	0,4	0,6			
Quinta semana															
Número	796		3	52	223	302	169	31	12	2	1	1			
Percent.	100,0		0,4	6,5	28,0	37,9	21,2	3,9	1,5	0,3	0,1	0,1			
Nonna semana															
Número	796		8	212	390	139	37	8	2						
Percent.	100,0		1,0	26,6	49,0	17,5	4,6	1,0	0,2						

B. REATORES (10 mm e mais)

	TOT.	0-	2-	4-	6-	8-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	22-	24-	30-
Segunda semana															
Número	92			3	4	4	22	29	19	6	2	1	1		1
Percent.	100,0			3,3	4,4	4,4	23,9	31,5	20,6	6,5	2,2	1,1	1,1		1,1
Quinta semana															
Número	92			2	16	35	27	5	5		1	1			
Percent.	100,0			2,2	17,4	38,0	29,4	5,4	5,4		1,1	1,1			
Nona semana															
Número	92		1	11	39	21	16	3		1					
Percent.	100,0		1,1	11,9	42,4	22,8	17,4	3,3		1,1					

NA TABELA "C": Colocam-se os dados em cifras absolutas e percentuais das três medições da induração da lesão vacinal: da 2.^a, 5.^a e 9.^a semana depois da vacinação, agrupados de 2 em 2mm. A seção "A" da tabela se destina para os inicialmente "não-reatores" e a seção "B", para os inicialmente "reatores".

A N E X O IV

TABELA "D"

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES VACINAIS NA 2.^a, 5.^a E 9.^a SEMANA DE VACINAÇÃO BCG INTRADERMICA DIRETA, EM "NÃO-REATORES" E "REATORES". PORTO ALEGRE — 1970

	NÃO REATORES			REATORES		
	SEGUNDA SEMANA	QUINTA SEMANA	NONA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	QUINTA SEMANA	NONA SEMANA
TOTAL DE LEITURAS	1.009	962	876	118	112	103
<u>Induração vacinal</u>						
Total com 1 e + mm.	1.008	962	876	118	112	103
Percentagem	99,9%	100%	100%	100%	100%	100%
Média aritmética em mm. (incluindo os 0)	6,58	8,38	6,58	12,11	8,33	7,53
Desvio standard						
Percentagem com induração de 10 e + mm.	21,70	26,81	5,59	84,74	36,60	19,41

<u>Destruição de tecido</u>						
Total com l e + mm.	405	886	701	100	111	81
Percentagem	40,13	92,09	80,02	84,74	99,10	78,64
Média aritmética em mm. (incluindo os 0)	1,14	3,81	3,42	4,38	4,57	3,97
Desvio standard						
Média aritmética em mm. (excluindo os 0)	2,82	4,12	4,28	5,17	4,61	5,04

TABELA "D": Resume os dados assinalados nas tabelas "D" e "E" por meio das médias aritméticas e dos desvios standards. Isto permite comparar facilmente "não-reatores" e "reatores" nas três etapas de observação.

A N E X O V

TABELA "E"

DISTRIBUIÇÃO DOS TAMANHOS DA DESTRUIÇÃO DE TECIDO NAS LESÕES VACINAIS NA 2.^a, 5.^a e 9.^a SEMANA APÓS A VACINAÇÃO BCG INTRADERMICA DIRETA PORTO ALEGRE — 1970

A) NÃO REATORES (0 - 9 mm.)													
SEGUNDA SEMANA													
TOT.	0-	2-	4-	6-	8-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	24-	26-
Número	796	594	65	86	35	11	4	1					
Percent	100,0	74,6	8,2	10,8	4,4	1,4	0,5	0,1					
QUINTA SEMANA													
Número	796	80	226	377	96	13	3				1		
Percent	100,0	10,0	28,4	47,4	12,1	1,6	0,4				0,1		
NONA SEMANA													
Número	796	170	174	351	84	14	3						
Percent	100,0	21,4	21,9	44,1	10,5	1,8	0,4						

	TOT.	0-	2-	4-	6-	10-	12-	14-	16-	18-	20-	22-	24-	26
SEMANA														
Número	92	14	10	31	30	5	2		1					
Percent.	100,0	15,2	10,9	33,7	32,6	5,4	2,2							
QUINTA S														
Número	92	2		49	19	3	1							
Percent.	100,0	2,2	19,6	53,3	20,6	3,3	1,1							
Número	92	21	11	32	20	7	1							
Percent.	100,0	22,8	11,9	34,8	21,7	7,6	1,1							

ANEXO VI

TABELA F

Média aritmética da induração e da destruição de tecido na 2.^a, 5.^a e 9.^a semana depois da aplicação da vacina BCG intradérmica direta. Classificação em 4 grupos de acôrdo com a sensibilidade tuberculínica inicial. — Pôrto Alegre — 1970

Sensibilidade Tuberculínica I n i c i a l	I n d u r a ç ã o		
	Segunda Semana	Quinta Semana	Nona Semana
0 — 4	6,45	8,36	6,55
5 — 9	9,81	9,11	7,03
10 — 14	11,13	8,78	6,48
15 e mais	12,43	8,19	7,10

	Destruição do Tecido		
0 — 4	1,08	3,78	3,42
5 — 9	2,40	4,39	3,39
10 — 14	3,77	4,30	3,72
15 e mais	4,60	4,66	4,05

6. POLUIÇÃO DO AR DAS SALAS DE OPERAÇÃO

Anaita de Oliveira Costa *

Yvone Jambeiro Gentil *

INTRODUÇÃO

Como contribuição ao XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, apresentamos o resultado de uma investigação realizada no Centro de Material Cirúrgico, do Hospital Prof. Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia, sobre CONTRÔLE BACTERIOLÓGICO nas salas de operações.

O Hospital, onde este trabalho foi desenvolvido, consta de 130 leitos cirúrgicos, distribuídos nas seguintes especialidades:

- C. GERAL
- O. R. L.
- NEUROLOGIA
- C. PLÁSTICA
- ORTOPIEDIA
- UROLOGIA
- GINECOLOGIA
- OFTALMOLOGIA

As salas de operações em número de 7 (sete), funcionam em regime de trabalho no turno matinal, com uma produção em torno de 260 cirurgias mensais.

Fazendo o CONTRÔLE BACTERIOLÓGICO de rotina nas salas de operações, foi observado que sempre havia um aumento crescente de colônias de "Staphylococcus aureus" e "albus" entre outros microrganismos de menor importância, à medida que os trabalhos cirúrgicos se desenvolviam. Esta amostragem pareceu-nos bastante representativa, evidenciando que, as condições das salas, para as cirurgias subsequentes, não eram as mesmas encontradas nas cirurgias iniciais ou sejam as do 1.º horário.

* Enfermeiras da E.E.U.F.Ba.

INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de procurar esclarecer esta diversidade de condições biológicas e ambientais, encontradas nas salas de operações, seguimos dois (2) procedimentos:

1.º PROCEDIMENTO

Trabalhamos com cinco (5) salas de operações cujas dimensões variaram entre 6 m x 5,40 m e 5 m x 4,40 m, onde foram realizadas cirurgias nos diversos horários.

2.º PROCEDIMENTO

Observamos 66 pacientes divididos em três (3) grupos:

Grupo-A — Pacientes operados no primeiro horário.

Grupo-B — Pacientes operados nos horários subsequentes.

Grupo-C — Pacientes operados nos horários subsequentes, cujas salas de operações receberam tratamento com a substância previamente selecionada.

TÉCNICA EMPREGADA

Utilizamos Placas de Petri com meio de cultura Agar-sangue, colocadas à altura da mesa cirúrgica, durante 30' na seguinte sequência:

1.ª Placa — Durante a montagem da sala de operação para a cirurgia inicial, com as presenças da auxiliar circulante e do paciente.

2.ª Placa — Ato cirúrgico iniciado, com a equipe cirúrgica presente (8 pessoas).

3.ª Placa — Montagem da mesma sala para a cirurgia subsequente, com a presença apenas da auxiliar circulante.

Esta técnica foi repetida nas salas selecionadas apresentando resultados similares.

Para completar nossos estudos procuramos observar outros fatores que tinham grande influência na movimentação do ar das salas de operações tais como:

Movimentação das portas

Número elevado de pessoas presentes no ato cirúrgico

TÉCNICA EMPREGADA

Usamos Placas de Petri com o mesmo meio de cultura durante 10' nas seguintes localizações

- 1.^a Placa — Adjacente à porta da Sala de Cirurgia
- 2.^a Placa — Extremidade da Sala de Cirurgia onde não existia porta.

TÉCNICA REPETIDA EM 4 SALAS

Em salas de operação com dimensões diferentes foram colocadas 4 Placas de Petri, que eram renovadas sucessivamente à medida que aumentava o número de pessoas na S.O.

Cada grupo de 4 placas, teve a duração de 10' e estavam localizadas nas extremidades da área considerada assética.

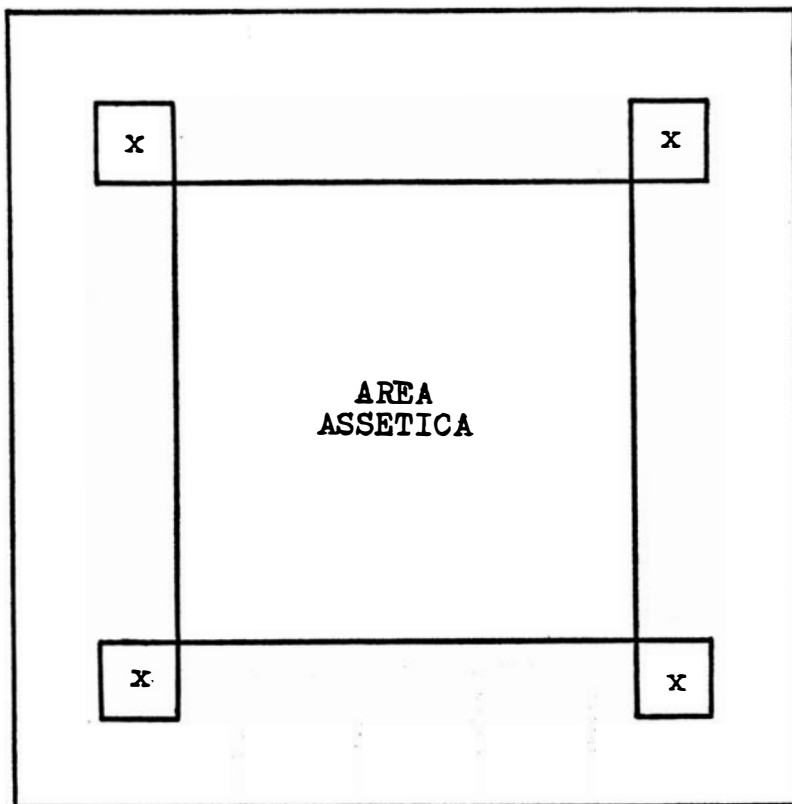


GRÁFICO N.º 1

Colônias de “Staphylococcus Aureus e Albus” relacionadas com o n.º de pessoas presentes na S.O.

5 m x 40 m

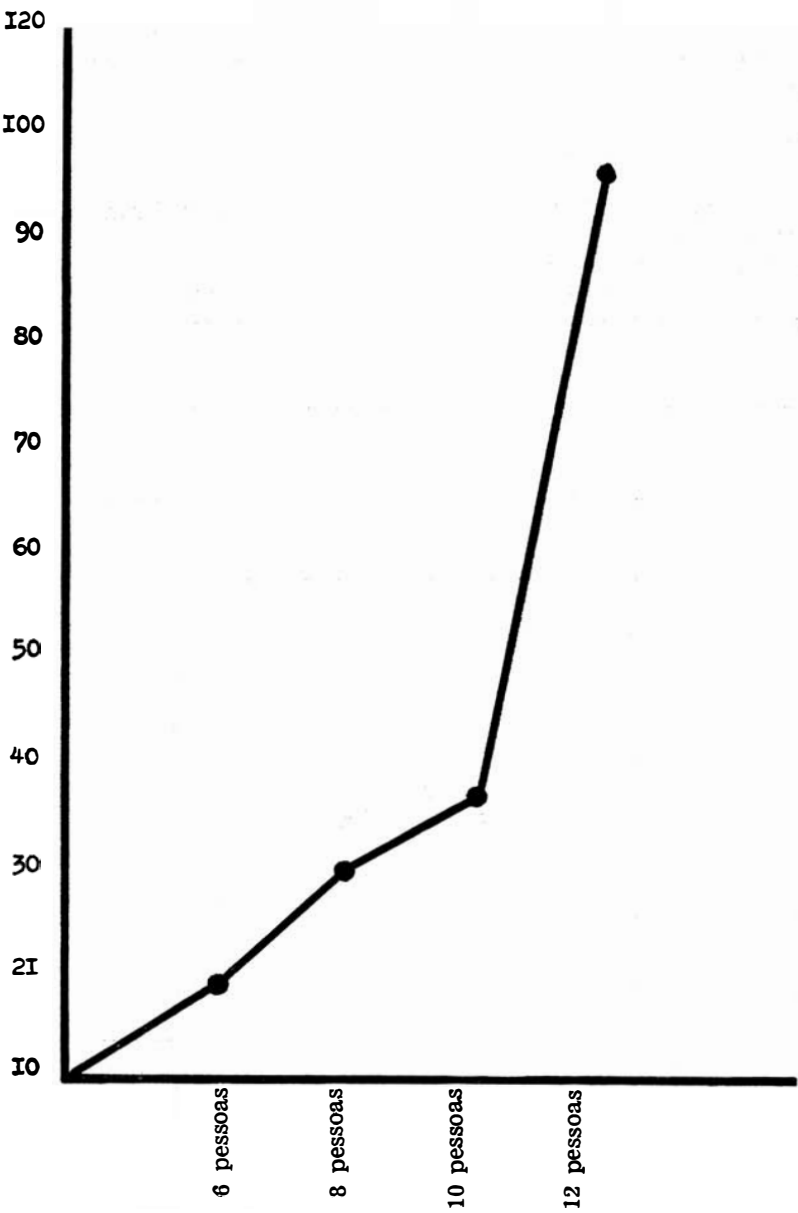
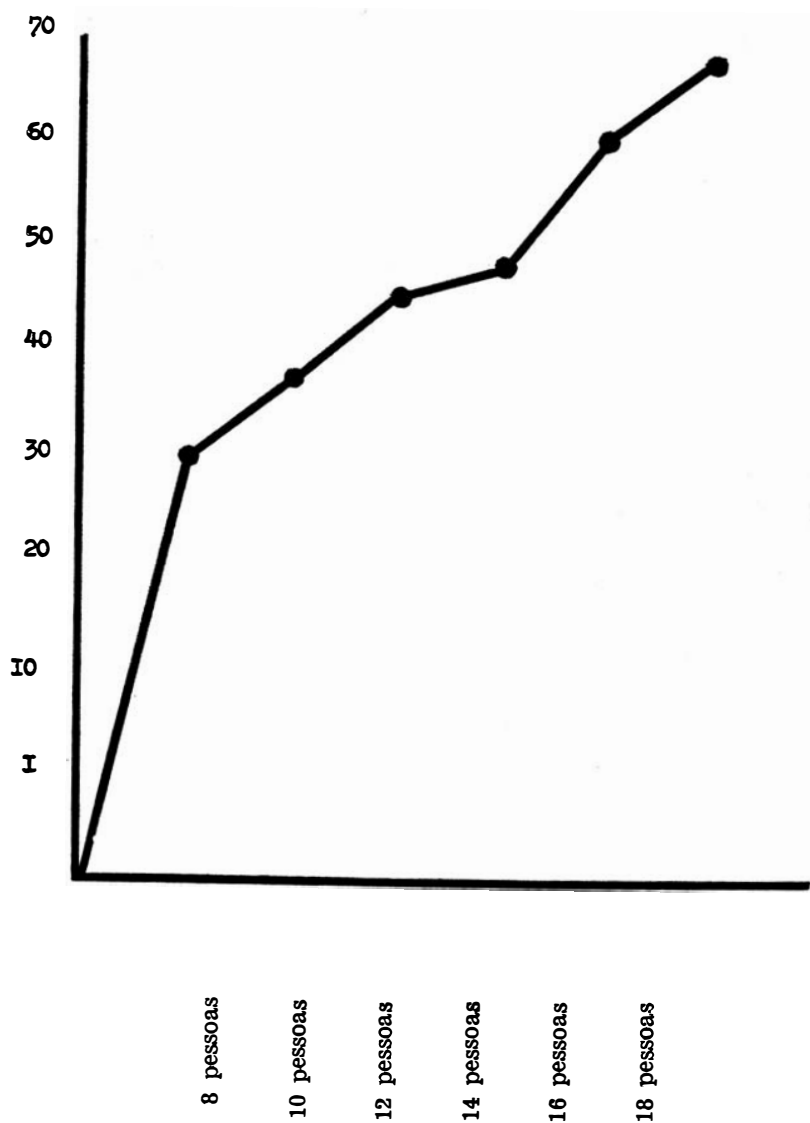


GRÁFICO N.º 2

Colônias de "Staphylococcus Aureus e Albus" relacionadas com o n.º de pessoas presentes na S.O.

S.O. — 6 m x 5.40 m



Tomados como base os resultados apresentados nos gráficos 1, 2, evidencia-se que, quanto maior a turbulência do ar nas S.O., maior o número de microorganismos circulantes; fizemos um levantamento de 50 pacientes submetidos às cirurgias de 1.º e 2.º horários.

Os pacientes observados foram de cirurgia eletiva, proporcionais em tipos e tempos cirúrgicos. Dêste confronto registramos que 88% dos pacientes operados, no 2.º horário, apresentaram hipertermia de 37º C acima, durante vários dias, o que resultou uma média de permanência pós-operatória de 11 dias, contra 6,5 dias nos pacientes operados no 1.º horário.

COMENTÁRIO

A maioria dos pacientes operados apresenta elevação de temperatura corporal entre 0,5º a 1,5º C nas primeiras 24 a 72 horas, resultantes das alterações metabólicas, decorrentes do ato cirúrgico, reações às drogas ministradas, transfusões etc. Quando a hipertermia continua ou aparece a partir do 4.º ou 6.º dia, traduz o aparecimento de um quadro inflamatório que não debelado, pode chegar a uma complicação maior, ou seja infecção pós-operatória.

Lembramos que, a hipertermia pós-operatória, pode também decorrer de uma infecção urinária, respiratória ou outras, o que não foi o caso dos pacientes estudados.

RESULTADOS

De posse dos dados obtidos nos testes bacteriológicos realizados, propusemo-nos a estudar medidas que oferecessem condições de segurança à realização das cirurgias subsequentes.

Na impossibilidade de esterilizar as salas de operações, procuramos selecionar um desinfetante que tivesse ação sobre os germes identificados, levando em consideração fatores que, direta ou indiretamente, interferissem no processo do extermínio dos microorganismos.

A substância selecionada foi um derivado do Fenol de ação eficaz sobre os *Staphylococcus* numa concentração a 3%:

BENZIL — CLOROFENOL TERCIÁRIO — BUTILFENOL

DESINFECÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO COM CLOROFENOL

Enumeraremos alguns pontos que foram considerados básicos no tratamento da sala de operação para as cirurgias subsequentes:

DESMONTAGEM DA S.O.

Executada de maneira a evitar movimentos bruscos que causassem turbulência do ar, prevenindo assim, a dispersão de bactérias no ambiente.

ROUPA SUJA

Manipulada com cuidado, colocada em sacos e enviada à lavanderia, evitando a permanência da mesma nas anti-salas, pela facilidade que a roupa úmida tem de fornecer matéria nutritiva para a multiplicação das bactérias.

P I S O

Feita a limpeza cuidadosamente, com o pano umidecido com a solução desinfetante a 3%.

O esfregão usado para limpeza foi mudado para cada S.O., já que a massa espessa do tecido impede o contato do desinfetante com todas as suas fibras, devido à neutralização pela poeira, sangue e outros resíduos.

O ideal seria a limpeza por meio de aspiração úmida, mas, na maioria dos nossos hospitais, a realidade é esta que enfocamos, ou seja, o uso de pano no chão.

APARELHO DE AR CONDICIONADO

Funcionando satisfatoriamente, com os filtros convenientemente tratados.

PAREDES E MOBILIÁRIO

Limpeza úmida com o mesmo desinfetante em igual concentração.

MONTAGEM DA S.O.

Feita, segundo a técnica padrão.

NÚMERO DE PESSOAS PRESENTES

Observado dentro dos padrões antes estabelecidos:

S.O. — 6m x 5,40m	10 pessoas
S.O. — 5m x 4,40m	8 pessoas

Lembramos que a equipe estava devidamente uniformizada, com roupa privativa do Centro de Material Cirúrgico.

Resultados apresentados nos gráficos nos. 3, 4, e 5.

GRÁFICO N.º 3

Colônias de "Staphylococcus Aureus e Albus" na S.O. numa sequência de ocupação para os trabalhos cirúrgicos, usando o Benzil-Clorofenol-Terciário Butilfenol

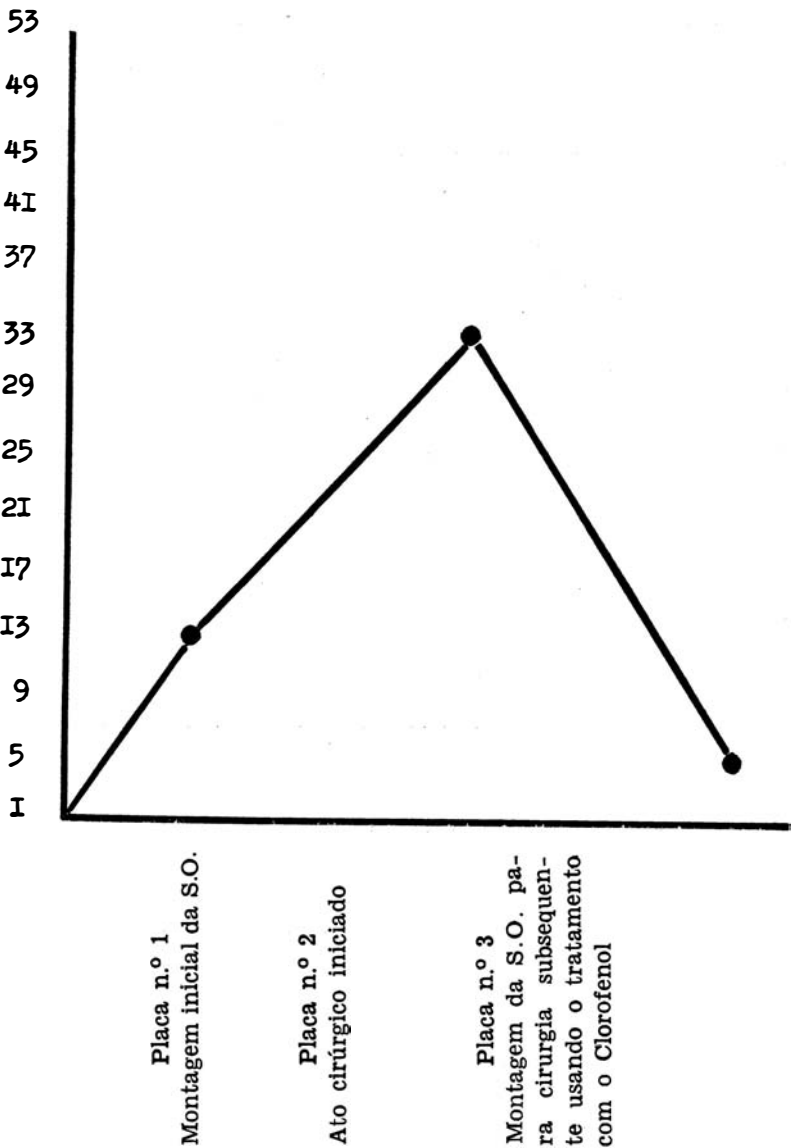


GRÁFICO N.º 4

Colônias de "Staphylococcus Aureus e Albus" na S.O.
numa sequência de ocupação para os trabalhos cirúr-
gicos, usando o Benzil-Clorofenol-Terciário Butilfenol

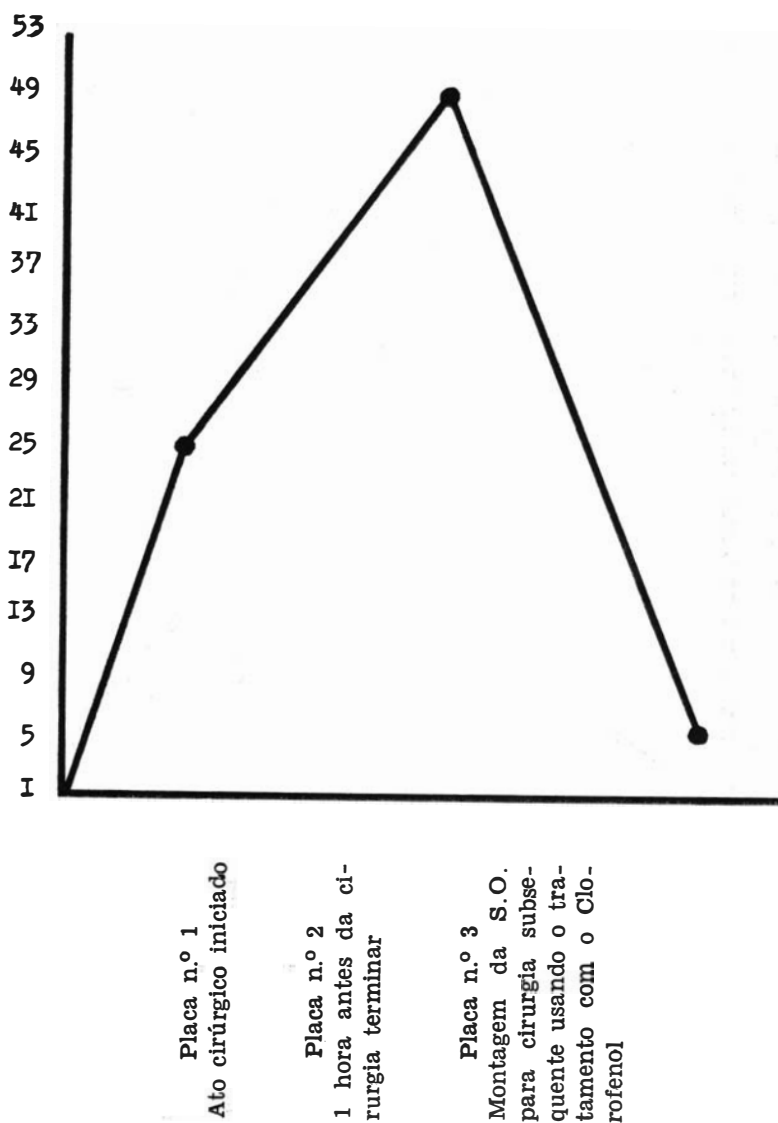
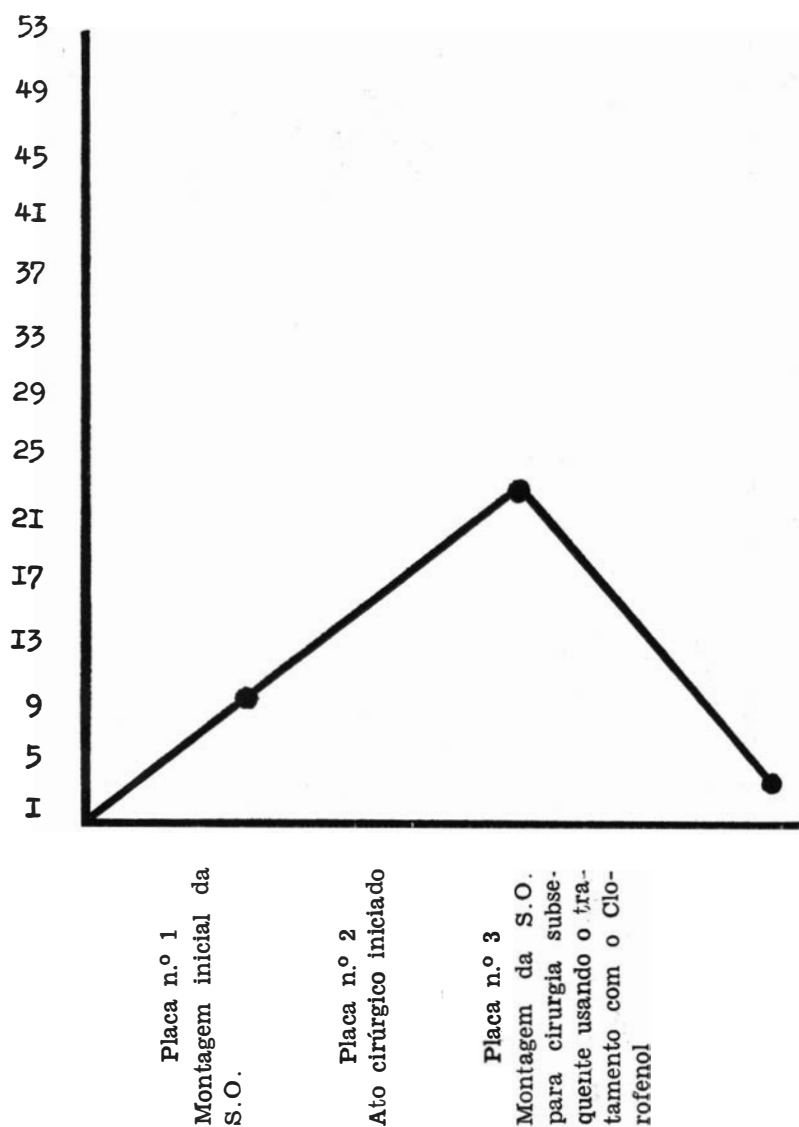


GRÁFICO N.º 5

Colônias de "Staphylococcus Aureus e Albus" na S.O.
na sequência de ocupação para os trabalhos cirúr-
gicos, usando o Benzil-Clorofenol-Terciário Butilfenol



A técnica empregada foi a mesma do gráfico n.º 1.

Também foram observados 16 pacientes submetidos à cirurgia de horário subsequente ao 1.º, cujas salas sofreram tratamento pelo desinfetante de princípio ativo:

— **BENZIL — CLOROFENOL**
— **TERCIÁRIO — BUTILFENOL**

Os pacientes estudados, apresentaram uma média de permanência pós-operatória de 5,3 dias.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DESINFETANTES

A atividade antimicrobiana é propriedade de muitas substâncias. Umas são bacterianas, germicidas, viricidas ou fungicidas, destroem os microorganismos.

Outras são bacteriostáticas ou inibidoras do crescimento.

Tem sido de há muito matéria controvertida e continua até à atualidade, isto porque, a linha de demarcação entre os efeitos letais ou inibidores do crescimento não é precisa, já que uma substância bactericida pode tornar-se bacteriostática, se é pequeno o período de exposição ou baixa a concentração.

FATORES QUE INTERFEREM NA DESINFECÇÃO

O fenômeno da morte bacteriana envolve um complexo de fatores que afeta a velocidade das reações, desde quando a destruição bacteriana é, em parte, pelo menos, uma reação química.

1 — A concentração do desinfetante e o número de bactérias presentes é de capital importância no procedimento da desinfecção, contudo, para que haja uma concentração efetiva é indispensável a presença de umidade que vá permitir o íntimo contato do desinfetante com os microorganismos.

2 — A presença de matéria orgânica estranha, interfere sobremodo, sendo que, algumas substâncias químicas são mais afetadas nas suas propriedades bacterianas do que outras.

3 — O tempo de exposição necessário para a destruição das bactérias, não só depende dos fatores acima relacionados, como do tipo de bactéria existente. Esta especificidade tem que ser observada, por estar diretamente ligada à especificidade do desinfetante.

4 — O pH dos compostos químicos também influencia na ação antimicrobiana. No meio neutro a velocidade da destruição é diminuída, tornando-se maior se o meio é ácido ou alcalino.

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTIMICROBIANA

A determinação da potência dos germicidas, tem sido assunto de constantes estudos por parte dos microbiologistas.

Vários têm sido os tipos de testes empregados, sendo o Coeficiente Fenólico o mais utilizado; e apesar de já ter sofrido modificações, desde 1903, quando foi pela primeira vez usado, ainda não é considerado de validade ideal.

Ele indica a proporção em que a potência do agente bactericida e o agente desconhecido são comparados à do Fenol.

SELEÇÃO DE UM BACTERICIDA

A seleção de uma substância germicida deve obedecer a uma série de prerrogativas previamente determinadas e que satisfaça às exigências de Enfermagem.

- 1 — O princípio ativo do produto deve ser objeto de estudo quanto ao maior ou menor poder bactericida.
- 2 — Bactericida de largo espectro ou se tem especificidade antimicrobiana.
- 3 — Toxicidade ou poder irritante, relacionado à intensidade do uso.
- 4 — Modo de ação e tempo de exposição.
- 5 — Poder de penetração e impregnação em saliências e reentrâncias.
- 6 — Importância de outras substâncias que ao princípio ativo foram anexadas.
- 7 — Ação inativada na presença de sabões e matéria orgânica.
- 8 — Estabilidade relacionada ao tempo necessário de ação.
- 9 — Manuseio passível de contaminação quando exige a lavagem do material com soro fisiológico ou outros, dado o poder de corrosividade do produto.
- 10 — Necessidade de diluições que impliquem no uso de água destilada ou soro fisiológico, que dificulte o uso ou encareça o produto.
- 11 — Perda de tempo com uso de técnica complicada.

São microorganismos patogênicos, fortemente Gram positivos, porém, se observam algumas formas Gram-negativas. Não formam esporos.

São representados pela variedade "aureus" "Staph pyogenes", variedade "aureus-Micrococcus piogenes" que são responsáveis pelos processos supurativos.

A variedade "albus" é patológica em menor intensidade.

A mucosa nasal é a principal fonte de disseminação dos "Staphylococcus aureus", podendo também ser encontrado na pele, principalmente no dorso da mão e no braço.

São eles portanto, transmitidos pelo ar ou por contato, assumindo assim particular importância nas salas de operação.

O "Staphylococcus" resiste ao calor e a determinados agentes químicos, com mais intensidade que as formas vegetativas da maior parte das bactérias e pode permanecer infectante por tempo prolongado.

Partindo da premissa de que nem todos os desinfetantes têm ação sobre este microrganismo, é necessária uma escolha cuidadosa e consciente do desinfetante a ser usado, desde quando se estima em 65% o índice de pessoas portadoras de "Staphylococcus".

CONSIDERAÇÕES SOBRE FATORES QUE INFLUENCIAM NAS INFECÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

Vários são os fatores que determinam a contaminação da ferida operatória, não estando entretanto, todos, na dependência e controle da Enfermagem.

- 1 — Focos de infecção e preparo inadequado do próprio paciente.
- 2 — Mal adestramento da equipe cirúrgica nas técnicas assépticas.
- 3 — Erros na técnica operatória.
- 4 — Ineficiência do pessoal de Enfermagem em conservar asséptico o material esterilizado.
- 5 — Instrumental e material que sofre esterilização em aparelhos inadequados ou com sequência de esterilização mal conduzida.
- 6 — Falta de controle bacteriológico nos aparelhos de esterilização.
- 7 — Não existência de uniforme privativo para uso no Centro de material cirúrgico.
- 8 — Número elevado de pessoas nas salas de operação durante o ato cirúrgico.
- 9 — Focos de infecção da equipe cirúrgica e de enfermagem.
- 10 — Turbulência do ar nas salas de operação, que dissemina as bactérias depositadas no solo.

Dentre as fontes de infecção, sumariamente aqui descritas, constitui a essência deste trabalho:

TURBULÊNCIA DO AR

O chão é sem dúvida, um grande reservatório de bactérias, sobretudo aquelas de qualidades nutritivas, encontradas no ambiente cirúrgico.

As bactérias expelidas durante a respiração, tosse ou conversação na Sala de Cirurgia, depositam-se no solo e são lançadas no ar pela atividade dos que aí se encontram.

Não têm grande significado as bactérias provenientes do nasofaringe dos indivíduos sãos, mas, naqueles com trato respiratório inflamado, os germes crescem, multiplicam-se, tornando êstes indivíduos disseminadores ativos.

As máscaras normalmente encontradas na maioria dos Centros de Material Cirúrgico são de pouca eficácia, seja pela sua colocação inadequada (deixando o nariz descoberto seja pela confecção em tecido impróprio que impeça a respiração (muito grosso) ou facilite a passagem dos germes através ela (muito fino).

CONSIDERAÇÕES SÔBRE SALA DE OPERAÇÃO

DIMENSÕES E FORMAS

Existe uma série de opiniões neste sentido sendo a retangular mais aceita, ocupando uma área de 6m x 5,60m aproximadamente, que permite uma área de ocupação central em torno de 3m x 3m que se convencionou chamar de assética.

PORTAS

Várias são as controvérsias em relação aos tipos e instalações, sendo algumas de correr, outras de vai-e-vem, modernamente as providas de células foto elétricas, contudo, ressalta-se o valor da localização: não sendo próxima à área considerada assética, e a não existência de mais de uma porta, propiciando correntes de ar, que favorecem o deslocamento das bactérias, ou sendo utilizada como trânsito para o pessoal que, naturalmente, circula pelas salas, em serviço ou como observador.

P I S O

O revestimento do chão, deve ser cuidadoso, ressaltando-se:

- Sua durabilidade
- Não existência de ralos

- Lages largas
- Poucos rejuntamentos
- Lisos e claros
- Resistência à ação dos agentes químicos

PAREDES

Revestidas até à altura do teto, com material lavável, durável, de cores claras para evitar a reverberação de luz, com cantos arredondados e que ofereçam grande facilidade de desinfecção.

MOBILIÁRIO

Deve consistir nas salas de operação, no estritamente necessário. As mesas devem ser de material inoxidável, com lastro único, de linhas simples e funcionais, o que permite melhor a técnica de desinfecção.

Desnecessário se torna afirmar que, aspiração e 0ª devem ser centralizados, evitando o acúmulo de aparelhos na sala de operação, tornando a área de circulação livre e, profilaticamente, afastando os perigos que a presença dos torpedos de 0ª podem propiciar.

VENTILAÇÃO

Através de ar condicionado, entre 24º a 26º C de temperatura como média recomendada. Além de assegurar conforto à equipe cirúrgica, reduz a quantidade de bactérias veiculadas no ar e a umidade preserva a desidratação das vísceras expostas.

Se a instalação é feita por unidade por sala, deve localizar-se na parte lateral mais alta da parede, evitando que, o fluxo do ar, incida diretamente no campo operatório.

Os filtros devem ser tratados semanalmente com solução desinfetante.

RECOMENDAÇÕES

1 — Que a Enfermeira do Centro de Material Cirúrgico, faça testes biológicos periodicamente no ar das salas de operação.

2 — que pesquise "Staphylococcus" no nasofaringe das pessoas que atuam nas salas de cirurgia.

3 —que faça levantamento periódico das infecções pós operatórias, para determinar o índice de infecção.

4 — que selecione criteriosamente os desinfetantes a serem usados.

- 5 —que estabeleça rotinas de desinfecção das salas de operações, para as cirurgias sépticas e assépticas.
- 6 — que tenha autoridade específica sem quebra da linha hierárquica de entendimento.
- 7 — que determine as barreiras administrativas do Serviço.
- 8 — que saiba opinar no planejamento da estrutura física de um Centro de Material Cirúrgico.
- 9 — que conduza acertadamente o fluxo-grama do Serviço.
- 10 — que esteja atualizada em conhecimento científico, relacionado à sua especialidade.

BIBLIOGRAFIA

- BURROWS, WILLIAM — Tratado de Microbiologia — caps. 4, 5 e 6, pag. 87 a 217 — Editora Interamericana S. A. Decimonovena edicion 1969.
- RUBRO, S Y. J. F., GARDNER, A — Review of Sterilization and Disinfections as Applied to Medical-Lloyd. Luke Ltda., London, 1965.
- HUMPREY, A. E. — Air sterilization Adv. Appl. Microbiol, 2:302 — 311, 1960.
- NEUFERT, ERNEST — Arte de projetar em Arquitetura pag: 393 a 399 Editora Gustavo Gilli do Brasil, S. A. 2.^a edição.
- GUZZELLI, F. H. — Aire condicionado en el centro cirúrgico R. P. H 16 (1): 8-16 — janeiro de 1968.
- GOODMAN, GILMAN — As bases Farmacológicas da Terapêutica. Capítulo 50 pag. 928 a 958. Editora Guanabara 3.^a edição 1967.
- BIER, OTTO — Bacteriologia e Imunologia, Capítulo V e VI pag. 57 a 78 Cap. XVIII pag. 347 a 375 — Edições Melhoramentos — Décima primeira edição, 1963.
- ADELBERG, DOUDOROFF, STANIER — Mundo dos Micróbios. Cap. 1 pag. 1 a 28; Cap. 26, pag. 572 a 585; Cap. 29, pag. 623 a 629. Editora Edgard Blucher, Ltda. 1969.
- CALZARETTO, JOSÉ — La Enfermera en el Quirófano. Cap. terceiro, pg. 65 a 70; Cap. Quarto, pg. 71 a 116; Cap. Quinto, pg. 117 a 154; Cap. Décimo Terceiro, pg. 401 a 441; Cap. Décimo noveno, pg. 541 a 554. — 2.^a edicion — 1967 — Editora - Gráfica Francisco Colombo. Buenos Aires.

CONCURSOS REALIZADOS NA SEMANA DA ENFERMAGEM

1. AS EMOÇÕES DA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM FACE AO SEU AJUSTAMENTO PROFISSIONAL **

Adélia dos Anjos Leite *

INTRODUÇÃO

A penetração da ciência em setores cada vez mais amplos da vida e a revolução técnica decorrente das aplicações científicas trouxeram a necessidade de especialistas cientificamente preparados para o manejo eficiente dos novos conhecimentos introduzidos na vida moderna. O desenvolvimento científico aplicado ao campo da saúde foi exigindo, cada vez mais, das suas categorias ocupacionais, um aprendizado mais específico e em concordância com o avanço tecnológico. Também a enfermagem sofreu o impacto de todas essas transformações. "Cuidar do doente, atividade difusa atribuível a qualquer ser humano e tradicionalmente ligada a papéis femininos (mãe, irmãs de caridade), foi se tornando mais e mais específica e se diferenciando como atividade ocupacional. O que se passa a exigir das enfermeiras nas novas dimensões do papel é que sejam eficientes, e que atinjam níveis de competência técnico-científica estabelecidos. O reconhecimento objetivo dessas exigências está na educação formal cada vez mais longa requerida pela ocupação, sendo que o nível de "profissionalização" foi atingido, afinal, quando a escolaridade exigida chegou ao nível de escola superior". (FERREIRA-SANTOS, 1968).

Tendo-se analisado a posição da enfermagem na atualidade como profissão de nível superior, faremos, a seguir, algumas considerações sobre as emoções.

* Estudante do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP.

** Trabalho classificado em 1.º lugar no Concurso Semana Enfermagem 1971 Prêmio Marina de Andrade Rezende.

A célebre frase "as emoções são melhor sentidas do que explicadas" justifica-se mais uma vez. Alguns autores conceituam emoções como "reações de agrado ou de desagrado, associadas a motivos"; outros, como Munn, as definem como "distúrbios agudos do indivíduo como um todo, de origem psicológica, envolvendo comportamento, experiência consciente e atividade visceral"; outros, enfim, as definem como "reações que acompanham a satisfação ou a frustração de algo desejado".

As emoções desempenham papel importante na vida do indivíduo, podendo levá-lo a ajustamentos adequados ou a problemas e conflitos. Nosso comportamento é, sobretudo, guiado pelas emoções e pelo colorido emocional com que enfrentamos as situações. A estabilidade emocional é a forma pela qual o indivíduo mantém um nível mais ou menos uniforme de sensibilização às emoções.

Após estas considerações iniciais, passaremos à exposição das emoções que uma estudante de enfermagem experimenta, através dos vários anos do curso, na sua adaptação à profissão.

1) A ALUNA E SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Ao ingressar numa escola de enfermagem, cada candidata traz consigo um equipamento físico e cultural diferente. Diferem umas das outras em inteligência, nível educacional e traços pessoais. Apesar de todas estas diferenças terão de adaptar-se a um novo meio, em que velhos hábitos e atitudes terão de ser eliminados e criados outros novos. Esta rutura de hábitos já enraizados, com grande frequência, dá lugar a certa tensão mental, e nos indivíduos que ainda não atingiram certo grau de maturidade e equilíbrio, pode ser causa de desordens psíquicas mais ou menos sérias se não contam com ajuda e orientação adequadas.

Já é fato comprovado pelas faculdades que as alunas recém-aidas das escolas secundárias não estão bem preparadas para se defrontarem com a nova situação que a vida universitária apresenta. As exigências escolares e sociais geralmente produzem, de início, desconcerto e frustração. Além das tarefas escolares, já por si nada fáceis, as futuras enfermeiras têm que defrontar-se diariamente com a dura realidade da doença e da morte. As ilusões superficiais, e mesmo os falsos ideais, formados em torno da profissão sofrem um rude golpe e se desmoronam; a estudante se vê obrigada a estabelecer e desenvolver novos objetivos, mais em concordância com a realidade. Uma estudante emocionalmente imatura e instável pode sofrer sérios transtornos durante as primeiras experiências no hospital, chegando mesmo a julgar-se incompetente

e inadequada para a profissão, devido à grande ansiedade que experimenta.

Para se ter melhor visão do que sente a estudante nas suas experiências iniciais numa enfermaria, transcrevemos um trecho de Malferrari: "De um certo modo, a enfermaria me fôra uma decepção. Quem durante muito tempo construiu um castelo maravilhoso de sonhos róseos, que era o meu castelo de enfermagem, imaginando a mais pura das perfeições a vida da enfermeira, e de repente entra em contato com a dura realidade dos fatos, sente um choque tremendo. Com efeito, o trabalho da enfermeira não era, como eu imaginava, um sonho róseo e colorido. Velar o sono leve, entrecortado de suspiros de um paciente, empurrar a cadeirinha de rodas de um convalescente até o terraço... ou carregar nos braços um lindo bebêzinho chorão. Não era aquele sonho o que eu sonhava, não. O sonho realidade era muitas vezes triste e feio, era a vida no seu aspecto mais cru e repugnante. Era tocar uma ferida asquerosa e de mau cheiro; era colocar, retirar e lavar a comadre; era dar uma lavagem intestinal; era ouvir queixas e reclamações, às vezes injustas; era, tivesse nojo ou não, fazer os trabalhos mais repugnantes, como limpar cubas cheias de catarro; era andar pelos corredores com comadres sujas e trouxas de roupa usada, encontrando muitas vezes no caminho médicos e estudantes de medicina. Sim, a vida da aluna de enfermagem não era nada fácil, era até bem penosa". Mais adiante estão registradas impressões frente à morte de um paciente: "Gostava de seu Camilo, e chorei, chorei amargamente, quando ele morreu, o primeiro paciente que me morria nas mãos. Solucei desesperada, quis abandonar tudo, nunca mais ver sofrimento em minha vida, deixar para sempre a enfermagem, pois assim jamais tornaria a passar por aquela angústia tremenda de ver alguém morrer em minhas mãos. Mas ouvi nesse momento ao lado um gemido de dor e enxugando rapidamente os olhos voltei-me para atender seu Atilio. A morte ainda não abandonara aquele local, mas, apesar de tudo, a vida continuava. Havia uma angústia profunda em meu coração, mas eu abandonei aquele que acabara de morrer e voltei-me para cuidar do vivo que precisava de mim. E assim dezenas e dezenas de doentes passaram por minhas mãos naqueles anos de curso. A muitos eu vi morrer, a outros sarar".

Além dos problemas originados no contato com os pacientes e suas condições peculiares, existem outras dificuldades que surgem das relações com os setores administrativos da escola e do hospital, como também com suas próprias companheiras. Frequentemente, os problemas relacionados com os pacientes resultam insatisfatórios comparados com aqueles que surgem do relacionamento

com a direção, médicos, enfermeiras e funcionários do hospital, além das professoras e instrutoras.

A forma peculiar de ajustamento às condições encontradas dependerá em grande parte da estrutura da personalidade da estudante. Uma aluna com marcadas tendências introvertidas se concentrará no trabalho escolar, teórico, e reduzirá ao mínimo possível sua prática e atividade nas enfermarias. Neste caso, se a estudante não superar esta atitude e não enfrentar decididamente suas obrigações hospitalares, adaptando-se a elas, nunca chegará a ser uma enfermeira eficiente; apenas o conhecimento teórico não faz uma boa profissional. Por outro lado, a estudante de tendências extrovertidas provavelmente reagirá desenvolvendo uma intensa atividade nas enfermarias, geralmente mal orientada, trazendo desgaste físico e emocional, e como resultado se desinteressando pelos estudos.

As estudantes vão para a faculdade com certos projetos e objetivos a alcançar. Mas são inevitáveis os conflitos entre os seus desejos e os diversos fatores e limitações do ambiente. No campo profissional, como no escolar, certos complexos emocionais e alguns mecanismos de defesa afetam mais o rendimento profissional, no sentido positivo ou negativo, do que, muitas vezes, as próprias aptidões ou a ausência delas. Seu ajustamento e satisfação emocional estarão grandemente afetados por seu interesse e identificação com a profissão. Nos casos de real vocação, as alunas desenvolverão uma série de reações que as habilitarão a superar as barreiras e a se entrosarem às solicitações do curso. Elas devem aprender a sublimar suas energias através de canais socialmente úteis. A sublimação há de ser uma parte do treinamento da enfermeira. Se não conseguir adaptar-se mediante a sublimação, não é provável que consiga êxito em seu trabalho.

Para limitar os casos de formas não desejáveis de comportamento, as estudantes deveriam ter facilidades recreativas e sociais, que nem sempre encontram. A enfermagem requer dos que a ela se dedicam muito maior esforço físico e emocional do que qualquer outra carreira. Algumas escolas planejam um horário compacto, completamente tomado por aulas formais e experiência clínica. Em algumas dessas escolas o horário é rígido, com concentração de matérias e de estágios. Não se pode deixar de chamar a atenção para o fato do esforço que isto impõe à saúde da aluna e pela falta de oportunidades para o seu desenvolvimento noutros setores. Por esta razão, um programa social e recreativo bem organizado é imprescindível. Se a estudante deve aprender a cumprir seus deveres e completar seus estudos no mais alto nível, ela precisa também ter suas horas de lazer, durante as quais possa descansar, fazer exer-

cícios físicos e ter oportunidade de travar novas relações. Os esportes deveriam merecer maior atenção do que recebem, como forma saudável para descarregar as tensões resultantes do trabalho diário.

Muitas estudantes, quase a maioria, conseguem adaptar-se sem a ajuda direta e formal de outras pessoas. As qualificações escolares, as informações e sugestões das instrutoras dos estágios e as observações casuais de colegas, servem para ressaltar os aspectos positivos e negativos da sua conduta. A inadaptação tem sido considerada como um desequilíbrio entre o ativo e o passivo do indivíduo. Esta inadaptação quase nunca se deve à ação de uma só causa; na maioria das vezes, os fatores implicados são muitos e bastante variados. Todas as experiências passadas que tenham influído de alguma maneira no desenvolvimento dos traços de sua personalidade contribuem de maneira decisiva para uma boa ou má adaptação. O primordial para uma boa adaptação é o conhecimento franco e profundo de si mesmo. Quando uma estudante sente, através de sua própria observação, como também pelas advertências alheias, que seu comportamento não reflete um grau de adaptação satisfatório deveria contar com a ajuda de pessoas especializadas que a orientassem a enfrentar melhor, e considerar como inevitável e normal, no sentido de que acontece a todas, o impacto causado pelas situações hospitalares, principalmente nos primeiros estágios. Infelizmente, este tipo de orientação quase não existe no nosso meio.

2) A ESTUDANTE E O PESSOAL HOSPITALAR

“Quanto aos médicos, desejam das enfermeiras enfermagem científica e que garanta a total segurança dos pacientes; que estes estejam preparados para condições ótimas de ensino e que as enfermeiras colaborem nos seus trabalhos de pesquisa”. FERREIRA-SANTOS, 1968). A expectativa do papel no relacionamento médico-enfermeira é dúbia. Por um lado reconhecem na enfermeira pessoal cientificamente preparado e capacitado, do qual esperam iniciativa e independência nos procedimentos de enfermagem. Ao mesmo tempo, por conotações do passado, esperam submissão, respeito e disciplina. As enfermeiras se ressentem, principalmente, de não serem tratadas pelos médicos como profissionais e colaboradoras do mesmo nível. Rebelam-se contra comportamentos dos médicos que requeiram submissão por parte delas. Em suma, não aceitam mais a posição tradicionalista de auxiliar obediente dos médicos. Esta situação pouco clara do relacionamento médico-enfermeira se presta a muitos atritos entre eles. E se esta é a situação com referência

a enfermeiras já formadas, bem pior é o quadro que enfrenta a estudante de enfermagem.

A aluna de enfermagem, principalmente nos seus primeiros estágios, se vê muitas vezes alvo da zombaria das atendedoras do hospital, por não ter habilidade na execução de técnicas. Costumam dizer: "Tanto estudo não sei para que... nós que não estudamos temos mais jeito para fazer as coisas..." Ela só consegue melhor relacionamento com elas à medida que vai dominando as várias técnicas e adquirindo maior traquejo nas rotinas hospitalares.

É do paciente que a enfermeira, e também a estudante, espera reconhecimento do valor do seu trabalho. Através do relacionamento enfermeira-paciente, espera sentir a importância da profissão. "Enquanto na situação de alunas, inúmeros são os testemunhos quanto a relacionamentos gratificadores neste sentido: o paciente que elogia, que solicita os cuidados da "sua enfermeira", porque é dela que gosta; que lamenta quando as alunas terminam o estágio e se afastam das enfermarias". (FERREIRA-SANTOS, 1968). As enfermeiras geralmente estão no posto de chefia, e poucos cuidados diretos podem dar aos pacientes. É através da estudante que eles irão conhecer o tipo de atividades executadas por uma profissional de curso superior, havendo a desvantagem de que a aluna é insegura na execução das técnicas, não por falta de conhecimento, mas por não ter ainda a destreza que só se adquire com a prática. É dando cuidados diretos aos pacientes que a aluna de enfermagem se sente recompensada dentro da profissão. Ver, mesmo de modo não muito sequente, devido à dispersão do estágio, que um paciente melhora de aspecto e vai recuperando a saúde com os seus cuidados, traz uma sensação de realização e doação que só ela pode avaliar. E se a execução das técnicas não é assim tão perfeita, outros aspectos poderão ser compensados. Como a estudante não está ainda envolvida totalmente pela rotina e burocracia hospitalares, tem maiores chances de considerar o paciente mais como ser humano do que como um indivíduo ocupando um leito de hospital. E muito pode ela fazer neste sentido, principalmente ouvindo o paciente quando este fala de seus problemas particulares, de maneira especial os familiares e os de ajustamento às novas condições trazidas pela doença. Ela só precisa tomar precauções para não se deixar envolver emocionalmente.

3) A ENFERMEIRA NA SOCIEDADE

Fora e dentro do hospital, a estudante encontra séria dificuldade em ver reconhecida a importância da enfermagem como faculdade e, conseqüentemente, como profissão de nível superior.

“Entre os obstáculos sócio-culturais encontrados ao desenvolvimento da enfermagem salienta-se o constituído pelo preconceito existente contra a mesma, com raízes em épocas remotas, em que a profissão era praticada, em sua maioria, por elementos leigos e de baixos padrões morais, sociais e culturais”. (SOUZA, 1967). Essa barreira impede que muitas jovens com aptidões naturais para a prática de enfermagem se dediquem à mesma e coloca aquelas que estão se preparando para enfermeiras em situações às vezes decepcionantes, pois não vêem seu trabalho reconhecido. “Para o nosso público, enfermeira é aquela que, à falta de outra profissão melhor, põe uma touca, cuida de doentes e recebe gorjetas; ele não conhece outra, pois mais de 50% da enfermagem no Brasil é exercida por pessoal assim” (SOUZA, 1967).

No trabalho de ALCANTARA (1966), encontram-se alguns estereótipos sobre a profissão, obtidos através de um questionário aplicado na população local (Ribeirão Preto) antes da instalação da Escola de Enfermagem, quando não havia ainda enfermeira diplomada na cidade. Primeiramente, a enfermagem foi classificada como atividade feminina. Como características psíquicas da enfermeira, o autor encontrou: meiguice, carinho, paciência, piedade, abnegação, caridade e alguns atributos que identificam o trabalho de enfermagem ao papel materno. Quanto à natureza, ele foi identificado como trabalho missionário de religiosas, heróico e de sacrifício. A posição de dependência feminina em relação aos papéis masculinos está presente nos estereótipos de subordinação da profissão aos papéis dos médicos: obediência, submissão.

Em trabalhos de colegas de Ribeirão Preto, encontrou o mesmo autor referências a juízos de valor sobre os aspectos imorais da profissão: profissão mal vista, que pode “corromper os sentimentos e qualidades morais, pelo conceito de baixa moralidade que domina a profissão”. Estudando o prestígio da enfermagem em relação a trinta ocupações, o autor conclui que é semelhante ao do professor primário ((11.º), ocupando o 12.º lugar na lista geral de classificação (Os 10 primeiros colocados foram: médicos, engenheiros, advogado, dentista, grande comerciante, agrônomos, padre, farmacêutico, fazeiro, jornalista).

A situação da enfermeira na sociedade à qual pertence é definida por esses valores e expectativas de papel referente a profissão. Notam-se bem as contradições, pois se espera, ao mesmo tempo, característico de “altruismo, abnegação, meiguice e carinho”, ao lado de comportamento “imoral”.

4) SITUAÇÃO DE ENSINO DA ENFERMAGEM

Durante seu curso, as futuras enfermeiras aprendem a executar tôdas as tarefas de enfermagem, mas aprendem também que precisam se preparar para a administração, em face da realidade brasileira de escassez de enfermeiras. Entretanto, as situações de ensino são artificiais, pois as instrutoras da Escola não têm responsabilidade pelas enfermarias, e os pacientes, na maioria das vezes, são tomados apenas para demonstração e aprendizado de técnicas, sendo que as alunas estão desligadas do "continuum" do tratamento. No 1.º ano do curso, as estudantes têm cursos sobre o ser humano em seus aspectos físico, psíquico e social, para que saibam tratar o paciente como um todo integrado. No entanto, quando em estágio, o que vêem a enfermeira da clínica fazer é principalmente trabalho de escrituração, e não dar cuidados diretos aos pacientes. Pretende-se a intelectualização da enfermagem, mas para isso é necessário que o conhecimento teórico-científico seja incorporado às várias atividades para que se coloque em evidência a diferença entre os cuidados ministrados por pessoal bem preparado e por aquele que tem apenas treinamento em serviço.

É necessário também considerar que a permanência em cada estágio, nas diferentes clínicas, é muito curta, e a estudante vai passando de um para outro sem poder deter-se o suficiente para uma observação especial. Os conhecimentos são ministrados através de informações telegráficas, há escassez de tempo para aprofundar-se nos assuntos. Os anos de estudo são insuficientes para o aprendizado técnico e para permitir um amadurecimento psicológico satisfatório, tão necessário para a formação profissional responsável. A estudante terminará o curso de enfermagem com noções gerais. O verdadeiro amadurecimento profissional virá com a especialização, se possível, e com o desempenho da profissão.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Conceituou-se a enfermagem moderna na atualidade. De acordo com este conceito, procurou-se mostrar a estudante de enfermagem se integrando dentro da profissão. Suas primeiras experiências nas enfermarias, o contato com a doença e com a morte; no relacionamento com o pessoal hospitalar (médicos, enfermeiras, funcionários, pacientes), os principais obstáculos que precisam ser superados; a posição da enfermeira na sociedade; a falta de entrosamento entre aquilo que é aprendido teoricamente e o que se vê na prática, ou seja, a dispersão dos cuidados proporcionados aos pacientes, que não oferecem visão global da situação dos mesmos; a insuficiência dos

anos de estudo para um perfeito amadurecimento e ajustamento dentro da profissão.

Como toda escola profissional, a escola de enfermagem deve desenvolver programas mais ligados às reais necessidades dos futuros profissionais, tentando diminuir a distância entre os ensinamentos recebidos pelas alunas, durante o treinamento escolar, e as solicitações com que, depois de formadas, se defrontarão na vida prática. FERREIRA-SANTOS (1968) diz: "As escolas de enfermagem brasileiras tem se baseado, na sua organização, em experiências estranhas ao nosso meio. Nada se realizou como resultado de investigação científica e sistemática sobre o que se espera das enfermeiras brasileiras, quais suas atribuições, que tipo de preparo devem ter de acordo com o ambiente que vão encontrar", a validade de certas técnicas de enfermagem copiadas de outros países, em nosso meio.

Deve, portanto, haver integração escola-situação de trabalho, para que o adestramento de novas enfermeiras se faça considerando a situação real de trabalho e porque "corrigindo-se as indeterminações para o papel e para a prática profissional se poderá definir de maneira uniforme as responsabilidades das enfermeiras". Com isto, se terão melhores condições para a formação da enfermeira, facilitando seu ajustamento profissional, e aumentando o número de candidatas para o curso.

BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA, G. de — **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira.** Tese. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1966.
- AMADO, G. — A enfermagem moderna. *Revista Paulista de Hospitais* 17 (3): 8-13 março 1969.
- FERNANDES, D. A. B. — Duração e conteúdo do curso de Graduação de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 16 (4): 208-212 agosto 1968.
- FERREIRA-SANTOS, C. A. — **A enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital escola brasileiro.** Tese de doutoramento. Trabalho realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1968.
- HILLEBOO, H. E. — Saúde física e mental das estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 16 (6): 433-445, dez., 1963.
- MALFERRARI, L. B. — **Olhinhos d'água.** São Paulo, Ed. Melhoramentos.
- MELLO, C. G. — A enfermeira como profissão na atual conjuntura social. *Revista Paulista de Hospitais*, 11 (6): 25-26, jun. 1963.
- MOURA, D. S. P. — A profissão de enfermeira. *Revista Paulista de Hospitais*, 8 (2): 21-22 fev. 1960.
- SANTOS, O. B. — **Psicologia aplicada à orientação e seleção profissional.** São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1963.
- SEMINÁRIO sobre integração de ensino e serviço de enfermagem em hospitais universitários, realizado em Salvador, Bahia, 1969. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem e OMS.

- SHEEHY, M. M.; HARMON, F. L. — *Psicologia para enfermeras*. Madrid, Ediciones Rialp S. A. 1963.
- SOUZA, M. D. — Situação atual da enfermagem no Brasil. *Revista Paulista de Hospitais*, 15 (6): 18-24 jun. 1967.

2. CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA NO CONTROLE DA CONTAMINAÇÃO HOSPITALAR **

*Maria Aparecida Pierini **

I — INTRODUÇÃO

A literatura sobre infecção hospitalar vem se avolumando nos últimos dez anos, como decorrência do vulto que o problema vem assumindo. Martin (1969) propôs a criação, nos Estados Unidos da América do Norte de um Registro Nacional de Bacteriemias, estabelecendo como provável o número de 250.000 septicemias, com 50.000 óbitos anuais, conseqüentes à infecções hospitalares. Admite a provável proporção, de 10 casos de bacteriemia para 1000 admissões hospitalares, sendo 60% dos casos determinados por agentes bacterianos gram-negativos. Os dados estudados por Martin referem-se ao ano de 1968.

A situação mundial na atualidade, observando-se a origem geográfica múltipla e diversa das publicações (Pequignot & Col, 1968; Du Pont & Spink, 1969; Vic Dupont et alli 1967, e outros) é dependente, quanto à etiologia, de dois tipos principais de microorganismos, ambos bacterianos, predominantemente e quantitativamente: os estafilococos patogênicos plasma coagulam-se positivos e os germes, gram-negativos, a saber, as enterobactérias e a *Pseudomonas aeruginosa*.

Passou-se o tempo em que o *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield era responsável por grande número de infecções hospitalares (Williams, Blowers, Garrot e Shooter 1966) encontrando-se sua ação patogênica altamente limitada pelas técnicas de assepsia, pelos modernos antissépticos e desinfetantes e, pelos antimicrobianos empregados na terapêutica humana.

* Enfermeira-Chefe — C. Cirúrgico H. C. FMUSP.

** Prêmio Clélia de Pontes — 1.º lugar.

Mesmo o Estafilococo, para o qual se voltou a maior parte das atenções nas décadas de 1940 e 1960, já não é, segundo múltiplas verificações, o agente etiológico mais frequente.

Considerando-se as infecções hospitalares causadas por organismos gram-negativos verifica-se o número crescente da morbidade e mortalidade. Os germes referidos com maior frequência nas observações são: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* s.p. aparecendo ainda a *Escherichia Coli*, *Proteus* e, em menor escala, a *Serratia marscescens*.

Difícil situar o problema na América do Sul ou especialmente no Brasil por falta de publicações à respeito do assunto. Adianta-se porém, que num trabalho de Contrôlo de Infecção, que está sendo feito há 6 meses, no Hospital das Clínicas, em São Paulo, as condições parecem coincidir com a literatura mundial visto que a colonização de germes gram-negativos, em especial a *Pseudomonas aeruginosa*, têm aparecido nas vias aéreas superiores, provavelmente associada ao uso de equipamento de assistência respiratória nas traqueostomias e suas próteses metálicas; nas superfícies cutâneas queimadas, ou como agente etiológico de infecções graves para pacientes queimados; nas incisões pós-operatórias. O ambiente também apresenta alta colonização nos ralos, paredes, piso, etc.

A ausência de dados estatísticos nacionais, leva-nos a conclusões relacionadas apenas nos dados apresentados diretamente no nosso campo de trabalho.

II — SITUAÇÃO DO PROBLEMA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O aparecimento de um surto endêmico, infeccioso, no pós-operatório de cirurgia cardíaca, que culminou com a morte de cinco pacientes em novembro de 1970, levou a Administração do Hospital a se preocupar em criar medidas permanentes para o controle de infecções hospitalares. Essas medidas teriam que ser ditadas por pessoas que conhecessem ou se interessassem pelo problema.

Baseados em programações estrangeiras feitas por Comissões de Contrôlo de Infecções Hospitalares Inglesas e Americanas, foi criado um Grupo de Trabalho para Contrôlo de Infecções (G.T.C.I.), com o objetivo principal de tentar amenizar o problema na atualidade e controlar no futuro as infecções do Hospital das Clínicas.

1. Componentes do G.T.C.I. — Atribuições Específicas

A — Diretor do Corpo Clínico — Presidente
Compete ao Presidente:

- supervisão dos trabalhos
 - contacto com a Administração e o Corpo Clínico do Hospital para o estabelecimento de normas de conduta.
- B — Assessor Técnico da Superintendência**
Compete ao A. Téc. Superintendência:
- responder pelos aspectos administrativos do Contrô de Infecção.
- C — Médico Assistente do Departamento de Medicina Tropical — Coordenador**
Compete ao Coordenador:
- coordenação dos trabalhos do G.T.C.I.
 - investigação epidemiológica de infecções hospitalares.
 - estabelecimento de medidas de prevenção e controle de casos de infecção.
 - colaborar com a Administração e o Corpo Clínico do Hospital, para estabelecimento de normas de conduta.
 - estabelecimento de sistema de divulgação científica.
 - visitas periódicas nos diversos setores do Hospital.
- D — Bacteriologista**
Compete ao Bacteriologista:
- cobertura laboratorial na investigação das infecções hospitalares, no controle da contaminação ambiental, na vigilância de técnicas e procedimentos de assepsia.
 - contacto com o Laboratório Central do Hospital.
 - visitas periódicas nos diversos setores do Hospital.
- E — Médico Sanitarista**
Compete ao Médico Sanitarista:
- planejamento das atividades que serão submetidas à apreciação do G.T.C.I.
 - acompanhar tratamento estatístico dos dados registrados pelo G.T.C.I.
 - investigação epidemiológica de infecções hospitalares.
 - estabelecimento de medidas de prevenção e controle de casos de infecção.
 - visitas periódicas nos diversos setores do Hospital.
- F — Enfermeira**
Compete à Enfermeira:
- vigilância sobre o sistema de registro, atuando junto ao Serviço de Enfermagem.
 - vigilância sobre técnicas e procedimentos de assepsia.
 - coordenação do programa educacional.
 - visitas periódicas aos diversos setores do Hospital.

G — Secretária

Compete à Secretária:

- responsabilizar-se pela parte burocrática do G.T.C.I.

H — Auxiliar de Enfermagem

Compete ao Auxiliar de Enfermagem:

- preparo do material para colheita de material de pacientes, infectados.
- colheita do material de pacientes infectados.
- encaminhamento do material ao laboratório.

2. Funções do G.T.C.I.

1. Estabelecer e manter um sistema de registro de infecções apresentadas por funcionários e pacientes dentro do Hospital. As referentes aos pacientes, incluem as presentes na admissão, as hospitalares e as que se manifestam após a alta.
2. Investigação epidemiológica das infecções hospitalares com proposições de medidas de prevenção e controle.
3. Pesquisa sobre infecções hospitalares.
4. Vigilância sobre as técnicas e procedimentos de assepsia, em todos os setores do Hospital, visando a proteção dos funcionários e pacientes.
5. Vigilância sobre estrutura física e atividade do Hospital, relacionadas com o grau de probabilidade de infecção.
6. Trabalho conjunto com a Administração, para o estabelecimento de medidas de controle de infecção associada ao Hospital, que envolvam estrutura e rotina.
7. Coordenação com o Serviço de Saúde dos Funcionários.
8. Formação de centro bibliográfico sobre infecções hospitalares.

III — PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DO G.T.C.I.**1. Reconhecimento da Situação e Avaliação dos Deficits:****A — Reconhecimento da situação no 1.º mês de atividades:**

- a) Visitas à todas as dependências do Hospital para verificação de problemas mais evidentes que poderiam estar relacionados com o problema da infecção hospitalar.
- b) Elaboração de relatório dessas visitas com medidas urgentes e futuras a serem tomadas.
- c) Encaminhamento do mesmo relatório a cada catedrático do Serviço, para que tomasse ciência dos proble-

mas relacionados com sua área de chefia e para que nos mandassem sugestões do que deveria ser feito para solução dos deficits apresentados.

- d) Através do Serviço de Enfermagem, elaboração de relatórios feitos por cada enfermeira-chefe, citando os prováveis deficits de sua área de serviço, que poderiam estar relacionados com o problema da infecção.
- e) Comparação dos três relatórios e elaboração de um relatório final a ser enviado ao Superintendente e ao Conselho de Administração do Hospital, para aprovação e tomada de medidas necessárias.

B — Deficits Observados:

1. De Estrutura:

1.1 Planta física inadequada devido:

- a) modificações dos objetivos do Hospital quanto à fundação e objetivos da atualidade, com superpopulação de pacientes.
- b) instalação de serviços especializados em áreas improvisadas.
- c) substituição de áreas importantes do ponto de vista infecção hospitalar. como: reserva de quarto para isolamento, sala de utilidades e sala de preparo de material para o Serviço Enfermagem, por áreas burocráticas ou de atendimento ao paciente.
- d) enfermarias com área física planejada para mais de três pacientes.

1.2 Ambulatórios dentro do Hospital e Serviços Médicos Auxiliares mal localizados, acarretando:

1.2.1 Trânsito aumentado com superpopulação hospitalar.

1.2.2 Número insuficiente de elevadores, área pequena para lavanderia, falta de incinerador, acarretando:

1.2.2.1 Má técnica de trabalho.

2. Da falta de Conservação e Manutenção, em relação à:

2.1 Rêde de Água e Esgoto.

2.2 Banheiros.

2.3 Pisos, Paredes e Teto.

3. De técnica de trabalho do pessoal médico, de enfermagem e limpeza relacionados à:

3.1 Falta de conscientização de técnica asséptica.

3.2 Defeitos estruturais.

- 3.3 Superpopulação.
- 3.4 Deficit de pessoal (serventes, atendentes e auxiliares de enfermagem).
- 3.5 Falta de material.
- 3.6 Sistema de ventilação inadequado.

IV — TENTATIVA DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

Todos os deficits foram discutidos em reuniões com o Conselho de Administração e Superintendência e, na Atualidade, alguns dos problemas já estão sendo parcialmente resolvidos, dentro das possibilidades físicas e monetárias do Hospital, como:

1. a superpopulação será resolvida com a mudança de alguns serviços especializados para áreas fora do Hospital, em prédios que já estão em construção ou que já estão com o projeto pronto para construção, como:
 - prédio da administração.
 - prédio de ambulatórios.
 - prédio do Instituto da Criança
 - prédio do Instituto do Coração.Com estas mudanças, teremos possibilidades de sanar outros problemas, deixando as áreas livres para a instalação adequada de alguns serviços especializados que estão em locais improvisados e também diminuir o trânsito atual, que é muito deficiente.
2. a lavanderia já tem um maquinário moderno, comprado, que deverá ser instalado brevemente numa área mais espaçosa, permitindo um bom trabalho técnico.
3. a rede de água já tem projeto pronto para reforma. Poço arteziano já está sendo construído e o projeto para instalação do incinerador está sendo estudado.
4. dois monta-cargas já estão quase prontos para resolução do problema dos elevadores.
5. o Serviço de Conservação e Reparos se responsabilizou pelos defeitos de pisos, paredes e tetos mais necessitados de reparos, como retirada da argamassa e pintura dos locais onde o bolor era evidente (em todas as culturas de bolor feitas pelo G.T.C.I., havia E. Coli).
6. junto com o engenheiro do Hospital, foi projetado um banheiro padrão que será instalado com as futuras reformas das enfermarias. Este banheiro permite que sejam internados homens e mulheres, numa mesma área, possibilitando a separação, por

diagnóstico, de campos "Limpos" e casos "potencialmente sujos", principalmente em enfermarias cirúrgicas (AI Davison e col. 1971).

7. para sua técnica de trabalho, relacionada à falta de conscientização asséptica, que o G.T.C.I., considera como fator principal das nossas infecções, estão sendo planejados e executados programas educacionais para todo staff hospitalar.
8. o sistema de ventilação ainda está sendo estudado pelo G.T.C.I., e o engenheiro responsável, mas podemos antecipar que condicionadores de ar de parede só são adequados para escritórios. Em salas cirúrgicas, enfermarias, unidade de cuidado intensivo, podem agir como veículo de contaminação. O ideal é o sistema de ventilação central para cada Serviço. (Baird, — G. . ., 1969, Saudo F. A., 1968).

V — MÉTODOS DE CONTRÔLE DE INFECÇÕES

Em 3 de maio de 1971, o G.T.C.I., iniciou a fase experimental da introdução da ficha de ocorrência de infecção, na rotina hospitalar.

A — Objetivo:

- testar o funcionamento do processo de comunicação de infecção ao G.T.C.I., e o conteúdo da ficha de ocorrência. Para isso, foram escolhidas três Clínicas que representam os diferentes tipos de enfermarias do Hospital: cirúrgica, médica e pediátrica.

B — Duração da fase experimental:

- 2 meses

C — Elementos de contribuição para o sistema de controle de infecção na enfermaria:

- enfermeira.
- médico responsável pelo paciente.
- elemento de ligação que funciona como representante do G.T.C.I.

D — Rotina de Registro:

1 — ficha de ocorrência de infecção:

- 1.1 a 1.^a parte é usada para qualquer tipo de infecção, ou seja, presente na admissão ou adquirida no Hospital, que está sendo preenchida pela enfermeira, sob

orientação do médico responsável e enviada ao G.T.C.I., no dia da ocorrência, onde é registrada. A cópia fica no prontuário do paciente.

- 1.2 a 2.^a parte é usada somente para o caso de infecções adquiridas no Hospital. É preenchida pelo médico responsável, sem a qual o paciente não terá alta.

2 — sinalização ambiental:

- 2.1 No leito do paciente infectado há uma sinalização, que é colocada ou retirada pelo médico responsável, conforme o paciente apresente infecção ou esteja curado dela. A finalidade da sinalização é facilitar a elaboração do relatório diário sobre pacientes com infecção, que é feito pela enfermeira. Este relatório nos permite ter diariamente o índice das infecções da enfermaria, com o qual poderemos tomar medidas de prevenção e controle e também nos permitirá a elaboração de um registro diário das infecções vigentes.

3 — Parte Laboratorial:

- 3.1 nos casos de infecções hospitalares, os materiais estão sendo colhidos pelo auxiliar de enfermagem, cultivados com recursos próprios do G.T.C.I.
- 3.2 nos casos de infecções presentes na admissão, segue-se a rotina hospitalar de colheita e encaminhamento ao Laboratório Central.
- 3.3 os casos comunicados no domingo, são colhidos materiais na segunda feira, pela manhã.

4 — Critério de Infecção

Cada enfermeira recebeu um critério de infecção elaborado pelo G.T.C.I., que também poderá sofrer modificações na fase experimental. Consideram-se casos infectados:

- 4.1 pacientes com febre (modificado para a cirurgia por ser considerado normal pico febril nos dois primeiros dias pós-cirúrgicos).
- 4.2 pacientes com feridas cirúrgicas apresentando supuração ou secreção infectada (critério do médico assistente).
- 4.3 lesões de pele contaminadas, isto é, apresentando secreções infectadas (critério do médico assistente).
- 4.4 pacientes com diarreia.
- 4.5 pacientes com infecção urinária reconhecida.
- 4.6 pacientes com drenos cavitários, eliminando secreções infectadas (critério do médico assistente).

- 4.7 pacientes com supurações internas incluindo infecções de qualquer topografia, por exemplo: meningite, abscesso subfrênico, etc.
- 4.8 pacientes colostomizados.
- 4.9 infecções de mucosas externas (conjuntiva, boca, vagina, etc.)

O critério para considerar infecção como sendo hospitalar é de que haja um intervalo de 48 horas entre a internação e o aparecimento dos sintomas de infecção e de todos os casos, onde a infecção surja após a intervenção cirúrgica ou endoscopia, ou de cateterização no Hospital.

- 5 — Em colaboração com o sistema de registro estão entrando em vigor:

- 5.1 medidas padrões de limpeza e assepsia.
- 5.2 medidas padrões de prevenção e controle de casos de infecções (isolamento, cuidados no trato, cuidados preventivos para contactantes, etc.).
- 5.3 programa de controle de contaminação ambiental.
- 5.4 visitas periódicas do G.T.C.I.
- 5.5 controle de infecções entre os funcionários.
- 5.6 programa educacional (médicos e demais funcionários).

Após os dois meses de estudo, a programação atingirá todos os Serviços do Hospital, com amplificação dos objetivos e possibilitando estudos epidemiológicos, já que todo sistema irá para mecanização do Hospital, para registro estudado. O índice de infecção diária nos permitirá, a interdição de enfermaria onde a incidência ultrapasse 20%, pondo em risco, surtos endêmicos e epidêmicos de infecções naquela área. Internacionalmente o índice de 10 a 12% de infecções é considerado faixa de normalidade.

VI — CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA

A enfermeira é elemento vital na prática do controle de infecção hospitalar e deve saber adotar, dentro de suas atribuições diárias, mais uma função que é a de prevenção e contenção de infecções. O que se observa em muitos serviços é que, sem entrar no mérito da questão, as técnicas primordiais de limpeza hospitalar estão sendo colocadas num segundo plano quando deveriam ser desenvolvidas num plano prioritário, visto terem relação direta com a contaminação ambiental relacionando-se suas deficiências aos as-

pectos da planta física deficitária, da superpopulação de pacientes, do trânsito contínuo e exagerado de público e pessoal mesmo nas unidades que recebem pacientes mais susceptíveis às infecções tais como as Unidades Especializadas em Cuidado Intensivo, em Transplantes, em Recuperação, etc.

Não é difícil para a enfermeira, dar atribuições ao seu pessoal de limpeza, educá-los se necessário, e supervisionar o seu serviço. Toda enfermeira sabe que em enfermarias, de qualquer tipo, não se deve varrer o chão, não se deve usar pano seco para a limpeza do piso, não se deve usar enceradeiras, que a limpeza deve ser feita com água e sabão, que a água dos baldes deve ser trocada continuamente e que as janelas, lustres e paredes precisam de atenção especial pelo menos uma vez ao mês; que o pó depositado, ao levantar-se no ar, numa limpeza mal feita, pode depositar-se nas feridas abertas, provocando infecções nos pacientes mais susceptíveis; que este mesmo pó, onde normalmente habitam *Estafilococos* e *B. de Tuberculose*, pode ocasionar sérias infecções pulmonares em adultos e em especial em recém-nascidos e prematuros.

É preciso parar um pouco e pensar nas consequências desta situação. Não podemos nos acomodar com a falta de preparo dos serventes, que executam o trabalho deficiente por falta de pessoal, material, reeducação e supervisão. Nós podemos, pelo menos, nos aproximar daqueles que trabalham na nossa área e exigir deles uma técnica mais adequada de trabalho.

Mas, estamos nos esquecendo também dos princípios básicos aprendidos na escola. Estamos esquecendo da tradicional limpeza de unidade, que deve ser feita na substituição de um paciente por outro, de supervisionar o acondicionamento do lixo, que deve ser em sacos plásticos ou sacos de papel impermeável; da limpeza semanal, que deve ser feita no equipamento mesmo quando este está sendo usado; da limpeza diária neste mesmo equipamento, quando está em uso; da esterilização ou desinfecção de um aparelho de ventilação, quando da passagem de um para outro paciente; da limpeza e desinfecção de comadres e papagaios, visto não termos material para uso individualizado; da técnica correta de arrumação de camas, com a menor manipulação possível das roupas, para não levantar germes no ar; do acondicionamento adequado da roupa suja do paciente, sem arrastá-la por todo corredor da enfermaria, até colocá-la no depósito.

Estamos, ainda, nos esquecendo da lavagem das mãos, que é absolutamente essencial na prevenção e controle de infecções hospitalares; não há substituto para isso. Lavagem das mãos é um procedimento que deve ser praticado fielmente por todo staff hospitalar, sem exceção. Dentro do Hospital, este procedimento re-

presenta o método mais efetivo para prevenir a transferência de germens para o paciente, de um paciente para o outro, do paciente ao pessoal hospitalar ou de uma para outra parte do corpo do paciente.

Os exemplos citados nos mostram somente a falta de conscientização de assepsia que deve estar presente ao nosso ritmo normal de trabalho. A enfermeira deve estar "suficientemente ocupada" e não "muito ocupada", para que possa preocupar-se com os aspectos essenciais de controle e prevenção de infecções.

No sistema de registro de infecções, citado anteriormente, o papel da enfermeira é relevante. Na comunicação das infecções presentes, sejam na admissão ou adquiridas no Hospital, o primeiro reconhecimento, é feito por ela! É ela que dá seguimento para os casos através do relatório diário e também é através dela que conseguiremos técnicas e vigilância adequada, pois, é de seu interesse o conhecimento dos resultados de culturas, para uma adaptação de barreiras assépticas, através do isolamento, e de medidas profiláticas para o staff, quando necessário. Com a identificação do paciente, a apostila em seu leito como sinal infectado, permite a enfermeira ter uma visão mais cuidadosa do uso da técnica de curativo, quando essa estiver sendo feita; poderá observar com maior frequência, as técnicas usadas no cuidado direto ao paciente e poderá tomar providências com maior facilidade, para o controle do material usado para aquele determinado paciente. O que necessitamos é um sinal de alerta e de motivação inicial que leve a um interesse em mostrar que podemos ajuda a diminuir o índice de infecção da área de trabalho. No princípio a enfermeira da clínica terá junto de si, a enfermeira ou outro membro do G.T.C.I., trabalhando na vigilância da técnica asséptica usada e nas possíveis modificações que poderiam ser feitas na sua área de serviço, para diminuir o número de pacientes infectados e a possibilidade de infecção cruzada. Queremos, com isto, que a enfermeira se inteire e se interesse pela programação de controle de infecção e que futuramente possa atuar ativamente, recorrendo ao G.T.C.I., somente quando tiver algum problema que necessite de orientação específica.

A sua contribuição não deve ser e não será passiva. Ela atuará diretamente na descontaminação ambiental e, para isso, terá que ter técnicas adequadas de trabalho, voltando-se com vigor para aqueles pontos críticos de técnicas básicas que estão sendo relegados e substituídos, provavelmente, por outras atividades que podem ser importantes mas que não são mais importantes do que fazer com que os pacientes se infectem menos.

Em contacto com a enfermeira do G.T.C.I., a enfermeira da unidade estará sempre atualizada na prevenção e controle de infecções no que diz respeito à:

- Controle do meio ambiente:
 - contaminação aérea
 - contaminação da superfície
 - programas de amostragem microbiológicas
- Considerações de Arquitetura:
 - plantas físicas adequadas, o cuidado que deverá ser dado ao paciente e técnicas usadas neste cuidado.
 - material de limpeza
 - sistema de ventilação
- Procedimentos e Técnicas de Isolamento.
- Procedimentos e Técnicas de esterilização e desinfecção.
- Problemas específicos de áreas de serviços especializados como o Centro Cirúrgico, Unidade de Cuidado Intensivo,

Recuperação pós-operatória, Berçário, etc.

A enfermeira que faz parte de um Grupo de Trabalho de Controle de Infecções, é sempre apontada pelo Departamento de Enfermagem e deve ter interesse particular e habilidade para trabalhar nesta área. Ela tem que ter capacidade para dar soluções e não somente apresentar problemas de infecções.

Dentro do G.T.C.I., ela tem autorização para relatar todas as suas tarefas, como também, para fazer pesquisas, relatórios e avaliações, análise e interpretação, investigação epidemiológica, inspeção programas de evolução e recomendações, controle, educação e prevenção.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ela teve participação direta em todos os problemas e resoluções expostas neste trabalho. Atualmente ela trabalha diretamente na vigilância sobre o sistema de registro descrito, atendendo ainda, outros problemas de unidades que porventura apareçam. Teve também, participação direta em alguns trabalhos que já foram realizados. Alguns destes trabalhos foram:

- No início, várias amostras foram colhidas para cultura, na tentativa de controle ambiental. Uma delas nos chamou atenção e foi aquela que mostrava a quantidade de *Pseudomonas* sp, encontrados nos ralos de pias, do chão e lavabos do Centro Cirúrgico. A enfermeira orientada pelo G.T.C.I., com a colaboração do Chefe de Farmácia e Chefe de Limpeza, elaborou um programa para tentativa de desinfecção dos ralos, das pias, lavabos e pisos, como segue:

A — Objetivo

- diminuir a contaminação com:
- desinfecção usando-se hipoclorito de sódio*
- limpeza, desentupimento e desengorduramento dos ralos.

B — Material usado:

1. no desengorduramento
 - Água
 - Detergex
 - Regador de água
2. na desinfecção
 - Água
 - Hipoclorito de sódio 30%
 - Regador de água

C — Preparo do detergente:

- colocar 500 gramas (meio quilo) de Detergex para cada 10 litros de água quente.

D — Preparo do líquido hipoclorito de sódio:

- foi feito por pessoal designado e orientado pela Farmácia.

E — Desenvolvimento do Trabalho:

1. Equipe de Trabalho:
 - 1 supervisor
 - 1 encanador
 - 1 funcionário da farmácia
 - 6 serviçais
2. Material Consumido:
 - 10 litros de água quente com Detergex. 5% para cada ralo.
 - 10 litros de água + hipoclorito de sódio 30% para cada ralo.
3. Processo:

Desengordurar**, em sequência, os ralos das pias ou lavabos e ralos do chão com Detergex 5%, lentamente (com regador), atingindo toda superfície com movimentos rotatórios. Fazer a desinfecção com hipoclorito de sódio, usando o mesmo processo.

Desatarrachar, limpar, desengordurar todos os sifões das pias.

Desentupir os ralos, quando necessário.

* Desinfetante efetivo contra germens gram-negativos, de acordo com escalas internacionais.

** O desengorduramento e desinfecção foi feita em todos os ralos de pias, lavabos, pisos em todos os andares, de cima para baixo.

Culturas posteriores ao trabalho realizado mostrou que no Centro Cirúrgico, após processamento da desinfecção, apenas um dos quatro lavabos continuava com cultura positiva para *Pseudomonas* sp.

O trabalho executado, porém, não alcançou o seu primeiro objetivo porque:

- a) Hipoclorito de Sódio é um desinfetante de ação temporária e portanto deveria ter sido substituído por outro de ação residual, talvez um composto fenólico.
- b) O processamento de desinfecção deveria ser repetido pelo menos uma vez por mês e para isto não temos pessoal suficiente.

Quanto ao segundo objetivo, foi alcançado totalmente, visto que antes da desinfecção, o encanador limpava os ralos separadamente, e apenas quando solicitado retirando todo resíduo depositado e desentupindo com bomba injetora. Conseguimos eliminar após o término do tratamento geral o mau cheiro que alguns ralos exalavam.

Para tentar suprir a falha do primeiro objetivo, resolvemos usar para todo piso lavável do Hospital, uma fórmula especial de sabão líquido, que está sendo feita pelo Chefe de Farmácia, contendo um composto fenólico em porcentagem adequada para desinfecção. Com o escoamento do desinfetante para os ralos, espera-se conseguir diminuir o número do *Pseudomonas* sp, visto que a sua eliminação total é praticamente impossível, segundo a literatura mundial sobre o assunto que mostra existir aquele gram-negativo em ralos, em qualquer tipo de Hospital.

● Em colaboração com o Bacteriologista, foi feito um estudo da ação de alguns desinfetantes sobre germes gram-negativos. Para isto aproveitamos o grande número de *Pseudomonas* sp, que foram colhidas no trabalho anterior.

1. Ação de desinfetantes

— coeficientes determinados

a) Coeficiente fenólico:

— o poder germicida de uma substância particular comparada com fenol puro.

b) Coeficiente de inibição:

— a menor porcentagem de concentração do desinfetante que irá completamente inibir o crescimento no meio nutriente.

2. Métodos Usados

- a) O Coeficiente fenólico foi determinado pelo método The Rideal — Walker Test (modificado).

Material necessário:

- Fenol — solução de 5% de fenol puro (cristais) com um ponto de fusão 40° C

Nutrient Broth:

- Lab. Lemco 20 g
- Peptone 20 g
- Cloreto de sódio 10 g
- Água destilada 1000 ml

Ferver por 30 minutos, neutralizar usando fenolftaléina com Na OH 1N. Passar vapor fluente por 30 minutos para precipitar fosfatos, filtrar e ajustar o pH à 7,6. Entubar com cerca de 5 ml e esterilizar à 115° C por 15 minutos.

b) Coeficiente de inibição:

Preparar diluições do desinfetante em água destilada estéril. Colocar cerca de 1 ml em cada diluição do ágar nutriente (15 ml), misturar e despejar em uma placa de Petri. Inocular cada placa com uma suspensão viável de organismo. Incubar à 37° C por 48 horas e fazer a leitura.

Observações: Foi colocado 1 ml de cada diluição em 9 ml de ágar nutriente, para facilidade de cálculo.

Foi determinado o coeficiente de inibição de cada desinfetante em teste.

3. Desinfetantes usados:

- Hexaclorofeno
- Cloroxifenol
- Hipoclorito de sódio
- Formol
- Quaternário de amônia

4. Bactéria usada:

- Pseudomonas sp — com uma concentração de 1.200.000.000 por ml.

Observações: Só foi colocado em cada diluição 0,1 ml, portanto $1.200.000.000 \times 0,1 = 120.000.000$ germes por ml.

5. Leituras de 24 e 48 horas

HEXACLOROFENO

	24 horas	48 horas
1,0%	☐	☐
0,5%	☐	☐
0,25%	☐	☐
0,12%	☐	☐
0,06%	☐	☐
0,03%	☐	☐
0,007%	☐	☐
0,015%	☐	☐
0,031%	☐	☐
0,062%	☐	☐
Branco*		☐

HIPOCLORITO DE SÓDIO

	24 horas	48 horas
10%	☐	☐
5%	☐	☐
2,5%	☐	☐
1,25%	☐	☐
0,62%	☐	56 C
0,31%	☐	Infinitas
0,15%	Infinitas	—
0,07%	Infinitas	—
0,03%	Infinitas	—
Branco	☐	☐

CLOROXILENOL

	24 horas	48 horas
1,0%	☐	☐
0,50%	☐	☐
0,25%	☐	☐
0,125%	☐	☐
0,062%	☐	☐
0,031%	☐	☐
0,015%	☐	☐
0,007%	☐	☐
0,003%	☐	☐
Branco		☐

* Correspondente è contra — prova da pesquisa.

FORMOL

	24 horas	48 horas
4,0%	☐	☐
2,0%	☐	☐
1,0%	☐	☐
0,5%	☐	☐
0,25%	☐	☐
0,12%	☐	☐
0,06%	☐	☐
0,03%	☐	☐
0,01%	☐	☐
Branco	☐	☐

QUATERNÁRIO DE AMÔNIA

	24 horas	48 horas
1,0%	☐	☐
0,5%	☐	☐
0,25%	☐	☐
0,12%	☐	☐
0,06%	☐	☐
0,03%	Infinitas	—
0,01%	Infinitas	—
0,007%	Infinitas	—
0,003%	Infinitas	—
Branco	☐	☐

Portanto, o coeficiente de inibição considerado para cada um corresponde à:

- Hexaclorofeno = 0,062%
- Cloroxilenol = 0,003%
- Hipoclorito de sódio = 1,25%
- Formol = 0,01%
- Quaternário de amônia = 0,06%

6. Diluições feitas:

Foram preparados cinco diluições de fenol à 5% em água destilada, como a seguir:

a) 1	b) 1	c) 1	d) 1	e) 1,
—	—	—	—	—
95	100	110	105	115

Em uma estante de cinco fileiras, foram colocados na primeira fila as diluições e nas seguintes os meios de cultura. A 30 segundos de intervalo foram inoculados à diluição do desinfetante 0,1 ml de *Pseudomonas* sp à uma concentração de 120.000.000/ml.

Trinta segundos depois, com uma pipeta de 0,1 ml, foi inoculado o primeiro tubo de segunda fileira, isto é, do meio da cultura, logo foram pasados 2 1/2 minutos depois da sua inoculação.

Foram feitas as mesmas inoculações em todos os tubos, até completar toda a estante. Foram incubados à 37° C por 48 horas e anotados o seu crescimento.

Por exemplo, a diluição de 0,001% do desinfetante mostrou crescimento depois de 2 1/2 e 5 minutos, mas não depois de 7 1/2 e 10 minutos. Igualmente para a diluição de 1/100 do fenol mostrou crescimento depois de 2 1/2 e 5 minutos, mas não depois de 7 1/2 e 10 minutos.

7. Coeficiente fenólico	700	7,0
	100	

HEXACLOROFENO

tempo minutos	0,0006	0,0007	0,001	0,0015	0,003	
2 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 24 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
tempo minutos	0,0006	0,0007	0,001	0,0015	0,003	
2 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 48 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	

CLOROXILENOL

tempo minutos	0,0006	0,0007	0,001	0,0015	0,003	
2 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 24 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
tempo minutos	0,0006	0,0007	0,001	0,0015	0,003	
2 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 48 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	

HIPOCLORITO DE SÓDIO

tempo minutos	0,005	0,006	0,01	0,020	0,025	
2 1/2	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 24 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
tempo minutos	0,005	0,006	0,01	0,020	0,025	
2 1/2	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Leitura em 48 h.
5	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	
10	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	

QUATERNÁRIO DE AMÔNIA

tempo minutos	0,017	0,025	0,035	0,070	0,075	
2 1/2	+	+	+	Ø	Ø	Leitura em 24 h.
5	+	+	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	+	+	Ø	Ø	Ø	
10	+	Ø	Ø	Ø	Ø	
tempo minutos	0,017	0,025	0,035	0,070	0,075	
2 1/2	+	+	+	+	Ø	Leitura em 48 h.
5	+	+	Ø	Ø	Ø	
7 1/2	+	+	+	+	Ø	
10	+	Ø	+	Ø	Ø	

FORMOL

tempo minutos	0,0025	0,003	0,005	0,010	0,015	
2 1/2	+	+	+	+	+	Leitura em 24 h.
5	+	+	+	+	+	
7 1/2	+	+	+	+	Ø	
10	+	+	Ø	+	Ø	
tempo minutos	0,0025	0,003	0,005	0,010	0,015	
2 1/2	+	+	+	+	+	Leitura em 48 h.
5	+	+	+	+	+	
7 1/2	+	+	+	+	+	
10	+	+	+	+	+	

NOTA: Resultados obtidos com o The Rideal — Walker Testt (modificado).

8. Comentários

Considerando estudos ingleses e americanos, que mostram que certas cepas de microorganismos em ambiente hospitalar se tornam resistentes à alguns tipos de antibióticos e desinfetantes não seria coerente fazermos uma padronização de técnica de desinfecção, com o uso de apenas um desinfetante. Porém, com os desenhos complexos do nosso equipamento, instruções precisas sobre método de desinfecção devem ser dadas, para a segurança, tanto dos pacientes quanto dos funcionários.

Os resultados obtidos na pesquisa de ação de cinco desinfetantes sobre germens gram-negativos, que é a preocupação atual, mais presente, permite a escolha para o uso e troca, quando eventualmente o desinfetante não estiver dando resultados satisfatórios. Resolve, ainda, situações que não raro acontecem da falta do produto no Hospital, por razões monetárias ou de grande consumo.

Salientamos que, a recomendação do uso de certos tipos de desinfetantes, não deve ser feita baseada apenas em resultados de pesquisas apresentadas na literatura de propaganda do produto, ou por tabelas internacionais. A enfermeira deve possuir seus dados próprios para utilização eficiente e consciente de sua técnica de trabalho.

● **Problemas de Esterilização**

Técnicas de esterilização por vapor úmido (autoclave), calor seco (estufas), e gás (óxido de etileno), irradiação, já são bastante co-

nhecidas. As autoclaves e estufas já são bastante difundidas no Brasil. Os outros tipos dependem de fator monetário e pessoal especializado. Alguns deficits de esterilização são evidentes no nosso Hospital com a existência de certos tipos de materiais que seriam mais adequadamente esterilizados por óxidos de etileno. O G.T.C.I., com auxílio de enfermagem, se empenhou na compra de um esterilizador a gás e o pedido, atualmente, já está em andamento.

A pesquisa de formaldeído com o esterilizante a 50° C durante duas horas *, nos ajudou a resolver e modificar algumas técnicas de esterilização para materiais que não resistem a temperaturas elevadas.

Porém, tivemos ainda alguns problemas nesses poucos meses de trabalho, com a esterilização dos cateteres usados na Hemodinâmica, para o cateterismo cardíaco. Antes da existência do G. T. C. I., aqueles cateteres estavam sendo apenas desinfetados, em oxianureto de mercúrio.

Na época, junto com a enfermeira-chefe, repetimos os testes de resistência do material em autoclaves (os cateteres endurecem, impossibilitando o exame) e desistimos da esterilização por formaldeído a 50° C, com os resultados de culturas positivas que tivemos em alguns testes, na ação interna sobre cateteres longos e finos, por falta de penetração de vapor.

Adotamos portanto, a esterilização com glutaraldeído* por período de 3 horas. Também este produto nos tem trazido problemas pois amolecem os cateteres dificultando os exames e estragando-os com maior facilidade.

Experiência de outros hospitais nos mostraram que os cateteres resistem satisfatoriamente à esterilização com formaldeído + álcool, durante 20 minutos. Mas como nenhum dos serviços visitados, nos apresentou qualquer pesquisa que nos confirmasse a sua real efetividade, resolvemos pesquisar a ação esporídica do produto, que ainda não está completa, para futura renovação da técnica de esterilização daqueles cateteres.

● Melhoria de Técnicas de Procedimentos de Assepsia

Num outro estudo para melhoria de técnica de procedimentos de assepsia, chegamos a conclusão que devemos eliminar fatores de contaminação, tanto quanto possível, relacionado ao material hospitalar. Introduções de materiais descartáveis, estão sendo feitas, lentamente, dentro do orçamento monetário do Hospital, como:

* Realizada por Sônia Salzano, professora de E.E.U.S.P., em 1969, sem publicação.

1. fios cirúrgicos nas novas embalagens.
2. introdução de pacotes individuais de gase e pasta para todos os Serviços do Hospital.
3. não reaproveitamento das sondas de aspiração.

Outros materiais estão sendo ainda estudados ,para serem introduzidos (como seringas, agulhas, gôrrô, máscaras, botas, campos cirúrgicos, etc.).

Quero apenas ressaltar, a importância do item 2, porque interfere diretamente na técnica de curativo, que na atualidade deixa muito a desejar, sendo considerado pelo G.T.C.I., um dos fatores prioritários de contaminação. Para que melhores condições de trabalho fôssem oferecidas, resolvemos abolir o uso de tambores para gase e pasta, levando em consideração que:

- seu uso na atualidade é obsoleto
- são caros
- agem como veículo de contaminação: estão velhos, feios, não fecham direito as aberturas laterais por onde se processa a entrada do vapor na esterilização, contaminando as gases ou pastas, logo após saída da autoclave, não fecham direito as tampas, etc.

4. — o uso de técnica - inadequado: é comum verificarmos alguns elementos da equipe hospitalar, abrindo os tambores e pegando gase com as mãos, quando o uso da pinça esterilizada é obrigatório.

5. — o número de tambores é insuficiente para suprir as necessidades dos nossos serviços; fator observado num levantamento de necessidades reais e condições da atualidade feita pela enfermeira do G.T.C.I.

6. — o uso do pacote individual de gase e pasta, nos permite abolir o uso de pinça nos carrinhos de curativos que quase sempre são relegadas na sua esterilização por acúmulo de serviço ou esquecimento.

● Coordenação do Programa Educacional

1. Junto com os outros membros do G.T.C.I. participação direta da enfermeira foi solicitada nas reuniões com 5.º e sextanista de Medicina, Residentes de 1.º e 2.º ano, ressaltando:

- a) aspectos epidemiológicos de infecção hospitalar.
- b) funções e atribuições dos membros do G.T.C.I.

* Esporidica comprovado por pesquisa feita por Enfermeiras do Hospital.

- c) conscientização de técnica asséptica.
- d) programação do sistema de Registro de Infecções.

2. Junto aos funcionários: com a colaboração e cooperando com o Serviço de Educação do Hospital, já foi realizado um ensino de atualização de técnicas de limpeza como segue:

A — Finalidades

- Controlar e diminuir infecção no H.C.
- Orientar pessoal de limpeza
- Padronizar técnicas de trabalho

B — Meios de Execução

- Palestras
- Projeção de Filme
- Demonstração de técnica e sua devolução.

C — Pessoal de Execução

- Enfermeira da Educação em Serviço
- Enfermeira do G.T.C.I.

D — Interessados

- Serviço de Zeladoria

E — Programação

a) Introdução:

- Finalidades do Curso
- Hospital como meio de contágio de moléstia infecto-contagiosa
- Valor do Contrôlo de Saúde dos Funcionários
- Importância da limpeza na prevenção de moléstia infecto-contagiosa
- Necessidade de material adequado e orientação do pessoal na execução de técnicas de limpeza
- Conceito de doença saúde, higiene e contaminação
- Noção sobre Microbiologia
 - Micróbios — divisão
 - Meios de contágio
 - Comunicantes e Portadores

b) Técnicas de Limpeza de:

- Piso
- Paredes
- Janelas
- Vitraux
- Rodapés

- Lustres
- Peças Sanitárias
- Tipos de Limpeza

Manutenção e Conservação do Material de Limpeza

- c) Recolhimento de Lixo
- d) Contrôl e Eliminação de:
 - Odôres
 - Môscas
 - Baratas
 - Ratos

3. Para o futuro está sendo programado:

a) Curso sobre Infecção Hospitalar que será oficializado, planejado e ministrado pelos membros do G.T.C.I., a todo staff hospitalar interessado.

b) Curso sobre assepsia em Centro Cirúrgico, já em planejamento, que será ministrado aos médicos cirurgiões, pelos assistentes das cadeiras e ao pessoal de enfermagem pela enfermeira do G.T.C.I., com a colaboração das enfermeiras do Centro Cirúrgico.

c) Extensão do programa de atualização de técnica planejado pela enfermeira do G.T.C.I., com a colaboração dos Serviços atingidos, como Nutrição e Dietética, Lavanderia e Enfermagem.

VII — CONCLUSÃO

Sendo a única profissão que se aproxima do doente 24 horas por dia, a enfermagem não será apenas, automaticamente envolvida no Contrôl de Infecção, mas é a melhor fonte hospitalar, para garantir a contínua e inabalável prática de assepsia.

Ela é provavelmente a maior interessada nos aspectos práticos do Contrôl de Infecção, mais do que qualquer outro profissional dentro do Hospital.

Além disso, este Serviço não faz apenas a maior parte do trabalho de rotina envolvido, mas é também procurado quando algo de especial deve ser feito. Presume-se que as enfermeiras saibam executar todas as funções necessárias para prevenção ou Contrôl de Infecção, que sirvam como fonte de informação autêntica sobre o Contrôl de Infecção e que desempenhem também algumas funções de supervisão e informação.

Muitas tarefas e responsabilidade que a enfermeira executa ou assume, constituem um pesado fardo e às vezes uma imposição. Mas é necessário cuidado, planejamento e programação, para transmitir a outros funções não concernentes à enfermagem. No con-

trôle de Infecção, isto deve ser feito com muito cuidado, uma vez que os germens estão prontos para se infiltrar, no momento que as defesas assépticas são relaxadas.

O Contrôle de Infecção, para ser efetivo, pede uma continua e firme prática de assepsia médica. Assim, quando se chega a aplicação prática de medidas de contrôle essenciais ao cuidado do paciente, não há substituição para uma boa enfermagem. As enfermeiras possuem a prática, conhecimento, autoridade e a dedicação necessária para que o serviço seja bem feito.

Considerando-se que a segurança e o conforto do paciente são basicamente os modeladores do desenvolvimento do trabalho da enfermeira e de sua equipe, a atuação da Enfermeira do Grupo de Trabalho do Contrôle de Infecções, não deve ser medida apenas quanto ao desenvolvimento de uma atividade específica, devendo-se medi-la quanto ao reflexo que sua ação exerce na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem que é prestada.

VIII — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, L. C. & HIMMELSBACH, C. K. — The Nurse; first line of defense against infections. *Hospitals* 41:84 — passim. 1 oct, 1967.
- BAIRD, G. — Air Moviment Control for treatment and isolation rooms. *J. Hyg. (Cambridge)* 67: 225-232. 1969.
- DAVIS, N. C. et al — The infection control system — (Austrália). *Lancet* (ii) 1321, 1963.
- DU PONT, H. L. & SPINK, W. W. — Infection due to Gram-Negative organisms; an analysis of 860 patients with bacteremia at the University of Mennesota Medical Center, 1958, 1966. *Medicine (Baltimore)*, 48: 307, 32, 1969.
- GARDNER, A. M. N. et al — The infection control system (U. K.) *Lancet* (ii) 1321 1963.
- GEORGE F. — Reddish, Ph. D., Sc. D. (Hon); *Antiseptics, Desinfectants, Fungicides, and Chemical and Physical Sterilization*, Philadelphia, 1964.
- JOHN S. SNOW, M. D. — Cleansing and Sterilization of Anesthesia Equipment; May, 1968.
- LYON, PAULINE. — The Infection Control Nurse. *Can Nurse* 64 (i): 44, 1968.
- MARTINS, C. M. — A National bacteremia Registry, *J. Infection. Dis.* 120: 495-496, 1969.
- PEQUIGNOT, H. BÉGNÉ, P. GUERRE, J. NÉVOT, P. & PORTOS, L. L. — La pathologie infectieuse dans un service de médecine générale. *Sem. Hôp. Paris* 44: 2587-2599, 1968.
- SAUDO, F. A. — Asepsis not comfort, is goal of hospital air conditioning. *Mod. Hosp.* 110: 139 passim 1968.
- SEEDOR, M. M. — Introduction to Asepsis, a Programmed Unit. in *Fundamentals of Nursing*, New York. Teachers College Press, Columbia University, 1967.

VIC DUPONT, MONSALLIER, J. F. DUVAL, F. AMSTUTZ, Ph. CON-
LAND J. P. EMILE, J. & VACTION, F. — Infections iatrogènes hos-
pitalières. Presse Med. 75: 1875, 1878, 1967.

WILLIAMS, R. E. O. BLOWERS, R. GARROD, L. P. & SHOOTER, R. A.
— Hospital Infection. Causes and prevention, 2nd edition. London,
Lloyd and Luke, 1966.

3. CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA NO CONTRÔLE DA CONTAMINAÇÃO HOSPITALAR**

*Maria Perlin Milioli **

São inúmeras as possibilidades de infecção dentro do Hospital. Este nosso estudo se limitará às infecções cruzadas no ambiente hospitalar. Por isso não vamos considerar tôdas as doenças infecciosas, causadoras de infecções cruzadas, mas tão somente a infecção estafilocócica, causada por germes sob o nome genérico de *Staphylococcus aureus*, coagulase positiva.

Em 1965, quando assumimos a Chefia de Enfermagem do Hospital Ernesto Dornelles da Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, preocupamo-nos em estudar e verificar os produtos químicos usados em nossas técnicas e rotinas. Lendo uma revista científica, encontramos um artigo, cujo autor fazia uma explanação sobre o uso do Hexaclorofeno em Berçário sob a forma de talco.

Como os produtos usados em nossas técnicas e rotinas não estavam satisfazendo, como veremos a seguir, passamos a pesquisar, com o auxílio do Laboratório de Patologia do Hospital, um produto líquido contendo Hexaclorofeno que pudesse ser usado largamente nas unidades de internação bem como em outras áreas.

Passamos então a estudar os produtos usados e as vantagens do Hexaclorofeno na desinfecção do instrumental das unidades de internação, considerando o tempo exposição, o produto e os baci-
los esporulados, conforme o teste apresentado no quadro I que se segue.

* Diretora da Escola de Auxiliar de Enfermagem da Cruz Vermelha
filial do R. S. — Porto Alegre.

** Prêmio Clélea de Pontes — 2.º lugar.

QUADRO I

Poder bactericida do Tergentolate, Espadol e Lysoform frente ao *Estafilococo* dourado e bacilo esporulado, após 48 hs. de incubação.

Maior diluição que impediu o crescimento do Microorganismo**Estafilococo dourado**

Tempo		5'	10'	20'	30'	60'	120'
Espadol		1/10	1/10	1/50	1/50	1/50	1/100
— Tergentolate	*	1/50	1/50	1/50	1/50	1/200	1/500
— Lysoform	**	+	+	+	+	1/10	1/200

Bacilo esporulado

Espadol		+	+	+	+	+	+
Tergentolate		1/10	1/10	1/50	1/50	1/50	1/100
Lysoform		+	+	+	+	+	1/10

Considerando este quadro, temos a diluição de cada produto, o tempo de exposição e o poder bactericida. Com estes dados nos foi possível adotar aquele que oferecia maior garantia, menor despesa e uma boa dinâmica de serviço.

Após este estudo, passamos a usar tergentolate a 2% durante 20', para todo o instrumental, vasilhame e louças das unidades de internação, usados por pacientes com infecção estafilocócica, bem como para desinfecção concorrente das áreas por pacientes infectados.

Todo o paciente que apresentasse infecção, mesmo antes do exame cultural de Laboratório, era isolado em sua unidade e passava-se a considerá-lo veículo de infecção cruzada, merecendo de todo o pessoal a atenção especial, evitando assim a disseminação da infecção.

* — Produto a base de Hexaclorofeno

** — Germe não destruído

DESINFECÇÃO DO AMBIENTE E COBERTORES

O formol era usado da maneira tradicional, embora seu poder bactericida fôsse eficiente. Os problemas surgiam em relação ao fator tempo, que trazia ao hospital prejuízos pois a área desinfetada era interdita de 12 à 24 horas.

Com um percentual alto de ocupação, fazia-se necessária uma vigilância constante do Serviço de Enfermagem para que a área habitada por portador de infecção, pouco notória, não fôsse "ignorada" para poder atender a demanda do serviço. Haja visto, o que representa para o hospital uma sala de cirurgia interdita 12 ou mais horas.

Considerando todos estes fatores passamos a pesquisar a maneira de vaporizar o Hexaclorofeno, falo no nome químico, pois hoje temos vários produtos comerciais a base de hexaclorofeno, contudo o teste foi feito com Tergentolate do Laboratório Steg, hoje Searle-Steg.

Não existindo um dispositivo "Spray" para vaporizar o Tergentolate, usamos o aspirador de pó Walita, destinado somente a esta finalidade. Passamos então a vaporizar quantidades de Tergentolate com cubagem das áreas, com controle do tempo de exposição e consequente controle laboratorial, chegando a um resultado e a técnica que passamos a descrever:

— Após a alta do paciente com infecção estafilocócica foi feito um esfregaço em placas de agar-sangue do piso e cobertores, (em outros testes fêz-se das paredes, camas e móveis).

— Lacração com fita adesiva das janelas.

— Exposição dos cobertores.

— Vaporização de 7,5 ml de Tergentolate por metro cúbico, (nossa área de 33 m³, usamos 246 ml, arredondando-se para 250 ml).

— Lacração da porta externa.

— Tempo de exposição (três horas);

— Após a desinfecção, fêz-se novo esfregaço do piso e dos cobertores, cujo resultado é o quadro a seguir:

QUADRO II**Resultado do teste com Tergentolate**

	Antes da desinfecção	Após a desinfecção
	n.º de Colônias	n.º de Colônias
Piso	Incontáveis	4 (quatro)
Cobertores	Incontáveis	2 (duas)

Tratando-se da desinfecção de ambiente o número de colônias, após a desinfecção é aceitável.

Com êstes resultados obtidos passamos a usar o Tergentolate nas salas de cirurgias, salas de parto, berçário, salas de curativos, com vários testes para uma garantia absoluta da técnica empregada. Uma vez feita a cubagem das áreas, a quantidade passou a ser fixa, tornando-se uma rotina fácil de ser executada.

A área do berçário foi grandemente beneficiada, pois o produto é inócuo quase inodoro e de aplicação rápida. Bastava apenas prolongar a permanência do bebê com a mãe a hora da mamada, para que se fizesse a desinfecção concorrente do berçário.

Após êstes estudos, onde o Laboratorista teve uma participação muito grande, foi criada uma Comissão de Infecção Hospitalar, no próprio hospital, fazendo parte, um Médico, uma Enfermeira, um Laboratorista e um elemento da Administração. Comissão esta que perdura até a presente data.

Os resultados obtidos foram divulgados pelo próprio fabricante, a quem fornecemos todos os elementos. Seu emprêgo consagrou-se principalmente na desinfecção de ambiente pelas vantagens já descritas.

Cumpre-nos agradecer ao Dr. Newton Neves da Silva — DD. Diretor do Instituto de Pesquisas Biológicas do Estado do Rio Grande do Sul, pela valiosa colaboração a nós dispensada, quando da realização de nossos testes.

O levantamento sistemático das condições bacteriológicas de um hospital, deve ser uma rotina de Serviços Médicos e de Enfermagem.

Legislação

1. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

GABINETE DO MINISTRO

Decreto n.º 68.908 — de 13 de julho de 1971

Dispõe sôbre Concurso Vestibular para admissão aos cursos superiores de graduação

O presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III e V da Constituição e regulamentando o disposto nos artigos 17, letra a, e 21 da lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968 e no artigo 4.º do Decreto-lei n.º 464, de 11 de fevereiro de 1969, decreta.

Art. 1.º — A admissão aos cursos superiores de graduação será feita mediante classificação, em Concurso Vestibular, dos candidatos que tenha escolarização completa de nível colegial, ou equivalente.

Art. 2.º — O concurso vestibular far-se-á rigorosamente pelo processo classificatório, com o aproveitamento dos candidatos até o limite das vagas fixadas no edital, excluindo-se o candidato com resultado nulo em qualquer das provas.

Parágrafo único — A classificação dos candidatos far-se-á na ordem decrescente dos resultados obtidos no Concurso Vestibular, levando-se em conta a sua formação de grau médio e sua aptidão para prosseguimento de estudos em grau superior.

Art. 3.º — O Concurso Vestibular será aberto por meio de Edital em que além de outros elementos julgados necessários, se divulgarão as normas estatutárias ou regimentais que o regulem e se anunciarão as vagas abertas para o correspondente período letivo, em toda a instituição ou em cada área do 1.º ciclo ou ainda quando fôr o caso, em curso único mantido por estabelecimento isolado.

Art. 4.º — A inscrição no Concurso Vestibular será concedida à vista da prova de escolarização de grau médio e dos demais documentos exigidos bem como de pagamento da taxa respectiva.

§ 1.º — A prova de escolarização de grau médio, a juízo da instituição responsável, poderá ser apresentada até a data fixada

para matrícula considerando-se nula para todos os efeitos a classificação do candidato quando assim não ocorrer.

§ 2.º — A Comissão de Encargos Educacionais instituída junto ao Conselho Federal de Educação na forma do Decreto-lei n.º 532, de 16 de abril de 1969, é atribuída competência para regulamentar o valor das taxas de inscrição ao Concurso Vestibular.

§ 3.º — Encerradas as inscrições, bem como após a realização dos vestibulares, as instituições deverão comunicar ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura todos os dados relativos ao concurso vestibular.

Art. 5.º — Nas instituições oficiais, o Concurso Vestibular realizar-se-á, para todo o Território Nacional, ou para as diferentes regiões, em data a ser fixada pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura.

Parágrafo único — A fim de atender às instituições que tendo dividido em dois períodos o ano letivo regular, esposam a prática de dois vestibulares anuais, também será fixada para todo Território Nacional, a data de realização do concurso vestibular para o segundo período letivo.

Art. 6.º — As provas do Concurso Vestibular deverão limitar-se em conteúdo as disciplinas obrigatórias do ensino de grau médio, acrescidas eventualmente de uma língua estrangeira moderna, e revestir complexidade que não ultrapasse o nível de uma escolarização regular desse grau.

§ 1.º — As provas do Concurso Vestibular serão organizadas com utilização de técnicas que assegurem a partir dos conhecimentos exigidos, uma verificação de aptidão para estudos superiores, sem vinculação a cursos ou ciclos de formação profissional.

§ 2.º — As provas do Concurso Vestibular serão idênticas para toda a instituição ou para o grupo de instituições nela interessadas, admitindo-se prefixação de perfis e outras formas de ponderação por universidade, federação de escolas ou estabelecimento isolado e por áreas em que se desdobre o 1.º Ciclo.

Art. 7.º — A elaboração, a aplicação e o julgamento das provas, assim como a classificação dos candidatos, serão centralizados em órgão próprio da instituição ou do grupo de instituições para que se realize o concurso.

Parágrafo único — O Ministério da Educação e Cultura por intermédio do seu Departamento de Assuntos Universitários, atuará junto às instituições públicas e privadas de ensino superior visando à sua associação, na mesma localidade ou em localidades diferentes, para realização conjunto do Concurso Vestibular, num processo gradual de unificação que deverá alcançar regiões cada vez mais amplas do País.

Art. 8.º — O planejamento e a execução do Concurso Vestibular, na forma do artigo anterior, poderão ser deferidos a organizações especializadas, públicas ou privadas, pertencentes às próprias instituições ou estranhos a elas.

Parágrafo único — As organizações especializadas a que se refere este artigo deverão funcionar em caráter permanente, promovendo análises críticas dos resultados obtidos em vestibulares anteriores, bem como desenvolvendo estudo e adotando providências com vistas a um constante aperfeiçoamento do Concurso em sua concepção, em seu conteúdo e na forma de sua execução.

Art. 9.º — Os resultados do concurso vestibular são válidos, apenas, para o período letivo imediatamente subsequente à sua realização, não sendo necessária a guarda da documentação dos candidatos por prazo superior ao do referido período letivo.

Art. 10 — Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 13 de julho de 1971; 150.º da Independência e 33.º da República.

Emílio G. Médici
Jarbas G. Passarinho

2. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

GABINETE DO MINISTRO

Portaria n.º 524, BSB de 27 de agosto de 1971

O Ministro de Estado da Educação e Cultura, no uso de suas atribuições e com base no Decreto n.º 68.908 de 13 de julho de 1971, considerando a necessidade de regulamentar os dispositivos constantes do referido diploma legal, visando à fixação da sistemática a ser seguida pelas instituições de ensino superior do país, na realização dos concursos vestibulares em 1972, resolve:

Art. 1.º — Os concursos vestibulares obedecerão às disposições do Decreto n.º 68.908 de 13 de julho de 1971, que serão aplicadas com observância das normas complementares baixadas pela presente Portaria.

Art. 2.º — A classificação em concurso vestibular dará acesso:

- a) a 1.º ciclo de Universidade ou Federações de Escolas ou a áreas em que se divida esse 1.º ciclo;

- b) a 1.º ciclo de estabelecimentos isolados de organização pluricurricular;
- c) curso único mantido por estabelecimento isolado.

Art. 3.º — As provas dos concursos vestibulares limitar-se-ão ao conteúdo obrigatório do ensino de grau médio, abrangendo conhecimentos de Português, Geografia, História, Matemática e Ciências (Biologia, Física, Química e História Natural).

§ 1.º — Na organização do concurso vestibular, os conhecimentos a que se refere, este artigo, poderão ser agrupados em um número menor de provas.

§ 2.º — Na elaboração de provas que agrupem dois ou mais setores de conhecimentos, far-se-á uma distribuição equitativa dos vários setores abrangidos.

§ 3.º — As provas do concurso vestibular poderão ser diversificadas por áreas de conhecimento em que, eventualmente, se divida o 1.º ciclo de graduação.

Art. 4.º — A língua estrangeira moderna, eventualmente incluída no concurso vestibular, nos termos do Art. 6.º do Decreto n.º 68.908, poderá ser objeto de oferta única ou de opção do candidato dentre duas ou mais oferecidas pela instituição.

Parágrafo único — Na hipótese deste artigo, deverá ser obrigatoriamente incluída, sem prejuízo de outras ofertas, a língua estrangeira moderna estudada com mais frequência no ensino médio local ou regional.

Art. 5.º — As provas do concurso vestibular serão elaboradas com prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos, predominando a verificação da capacidade de raciocínio, de pensamento crítico, de compreensão e de análise e síntese, sobre conteúdos factuais que envolvam simples memorização.

Parágrafo único — Na hipótese de verificação direta de aptidões, o conteúdo das provas não deverá ser referido a determinado curso ou ciclo de formação profissional, vedado o recurso a baterias de testes de divulgação generalizada.

Art. 6.º — No caso de opções para cursos de Desenho, Artes Plásticas, Canto, Música e Educação Física, admitir-se-á, excepcionalmente, uma verificação complementar de aptidão específica.

Parágrafo único — A verificação complementar, referida neste artigo, não influirá na classificação geral dos candidatos nem prejudicará quaisquer outras opções pleiteadas, quando dela resulte contra-indicação para quaisquer dos cursos previstos.

Art. 7.º — Em hipótese alguma será admitida a exigência, no concurso vestibular, de outras provas além das citadas nos artigos e parágrafos precedentes.

Parágrafo único — Fica vedada a proposição de prova cujo conteúdo ultrapasse o nível de complexidade inerente a uma escolarização regular do grau médio.

Art. 8.º — As provas do concurso vestibular deverão ser elaboradas sob a forma de questões objetivas que, tanto quanto possível, eliminem a margem de subjetividade do julgamento e assegurem o rigor da classificação.

Art. 9.º — Nos termos do Art. 6.º § 2.º do Decreto n.º 68.908, fica estabelecido que, independentemente de denominações e programas, o concurso vestibular poderá:

- a) ter provas comuns se idênticas em seu conteúdo, sujeitas ou não a ponderação, para toda uma instituição ou conjunto de instituições;
- b) ter provas comuns e idênticas em seu conteúdo, para toda a instituição ou conjunto de instituições, admitindo-se ponderações diferentes para áreas de 1.º ciclo ou curso único, segundo o plano de cada instituição;
- c) ter provas comuns e idênticas em seu conteúdo, para cada área de 1.º ciclo existente na instituição ou conjunto de instituições;
- d) ter algumas provas comuns e idênticas em seu conteúdo, para toda instituição ou conjunto de instituições, e, provas específicas para cada área de 1.º ciclo.

Art. 10 — Para efeito da aplicação do disposto no Art. 9.º do Decreto n.º 68.908, poderão as instituições, a fim de atender a entrada de candidatos nos dois períodos letivos regulares, oferecer as vagas correspondentes àqueles períodos, no 1.º Concurso Vestibular, desde que, no Edital, esclareçam a que período se referem as vagas.

Art. 11 — Não será matriculado o candidato classificado no concurso vestibular, que deixe de apresentar a prova de escolarização de grau médio, no prazo fixado pela instituição, o qual não poderá exceder o último dia da matrícula.

Art. 12 — No 1.º concurso vestibular de 1972, em todo o país, as instituições federais, estaduais e municipais de ensino superior, farão realizar a prova inicial no mesmo dia e hora, que serão fixados pelo Departamento de Assuntos Universitários, até 31 de agosto do corrente ano.

Art. 13 — Na hipótese do Art. 5.º parágrafo único do Decreto n.º 68.908, o Departamento de Assuntos Universitários fixará, até 31

de março do corrente ano, dia e hora em que, em todo o país, se realizará o 2.º concurso vestibular das instituições federais, estaduais e municipais.

Art. 14 — Para efeitos da aplicação do que estabelece o art. 4.º § 3.º do Decreto n.º 68.908, tôdas as instituições de ensino superior do país, oficiais e particulares, deverão apresentar ao Departamento de Assuntos Universitários, até 30 dias após o encerramento da matrícula dos candidatos classificados, relatório sôbre os concursos realizados, que deverá conter, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

- a) Número de vagas oferecidas pela instituição no concurso vestibular por área do 1.º ciclo ou curso;
- b) Número de candidatos inscritos no concurso vestibular, por área de 1.º ciclo ou curso;
- c) Número de candidatos classificados no concurso, por área de 1.º ciclo ou curso;
- d) Número de candidatos matriculados na instituição, por área de 1.º ciclo ou curso;
- e) Relação nominal completa dos candidatos inscritos, na qual, além do nome completo do postulante, se informará o número de seu documento de identidade, o nome do estabelecimento que o expediu e bem assim indicação da pré-opção da carreira de sua preferência.
- f) Dificuldades e problemas enfrentados na realização dos concursos vestibulares.

Parágrafo único — No caso de estarem as instituições agrupadas a organismo regional unificador de vestibulares, caberá a tal organismo a apresentação do relatório citado neste artigo, no tocante aos concursos vestibulares das áreas por êle coordenados.

Art. 15 — Sem prejuízo das normas a serem baixadas pela Comissão de Encargos Educacionais do Conselho Federal de Educação, no tocante à fixação das taxas de inscrição aos concursos vestibulares, é vedada a cobrança aos candidatos de mais de uma taxa de inscrição, qualquer que seja o número de opções pleiteadas ou instituições pretendidas.

Art. 16 — Os casos omissos e as situações de emergência que se configurem para o cumprimento da presente Portaria, serão resolvidos pelo Diretor do Departamento de Assuntos Universitários.

Art. 17 — Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

3. PARECER N.º 140-71 C.F.E.

ASSUNTO: A Comissão Especial sugere projeto de portaria que dispõe sobre revalidação de diplomas e certificados expedidos por estabelecimentos de ensino superior estrangeiros.

APROVADO em 4/3/71

O Presidente do Conselho Federal de Educação, tendo em vista o que dispõe o artigo 51 da lei n.º 5.540, de 28/1/68 e o que decidiu o Conselho Federal em sessão de 4 de março de 1971, aprovando o Parecer n.º 140-71, da Comissão Especial instituída pela Portaria n.º 2/69.

RESOLVE:

Art. 1.º — Os diplomas e certificados expedidos por estabelecimento de ensino superior estrangeiro podem ser revalidados, para efeito de serem declarados equivalentes aos conferidos por instituição brasileira de ensino superior e, quando fôr o caso, de serem apuradas as condições de capacidade profissional de seus portadores.

§ único — A revalidação é obrigatória quando se trate de diploma que deva ser registrado no órgão competente ou que habilite ao exercício profissional no País.

Art. 2.º — São suscetíveis de revalidação os diplomas e certificados que encontrem correspondente entre os títulos conferidos por instituições brasileiras de ensino superior, entendida essa correspondência em sentido amplo, para abranger os títulos relativos a estudos realizados não apenas em áreas idênticas, mas também nas que sejam congêneres, similares ou afins.

Art. 3.º — A dispensa de revalidação nos casos de convênio entre o nosso e o País onde foram expedidos diplomas e certificados não implica a do registro, quando êsse fôr exigível na forma da legislação em vigor.

Art. 4.º — São competentes para processar e julgar as revalidações as universidades oficiais ou particulares que ministrarem cursos idênticos ou correspondentes aos referidos nos títulos estrangeiros, aplicada a correspondência dos cursos a regra contida no art. 2.º **in fine** da presente Portaria.

Art. 5.º — Salvo motivo relevante, a ser fundamentado perante o Conselho Federal de Educação não poderão as universidades recusar-se a processar os pedidos de revalidação que lhes sejam apresentados.

Art. 6.º — O processo de revalidação se instaurará à vista de requerimento do interessado, instruído com o diploma ou certifica-

do a ser revalidado, prova de duração do curso e do currículo cumprido pelo candidato, além de outros elementos que, a juízo das universidades, sejam tidos como indispensáveis.

§ 1.º — Aos refugiados de guerra que não possam exhibir seus diplomas ou certificados, é permitido demonstrar-lhes a existência utilizando-se dos vários meios de prova em direito permitidos, para o fim de obter-lhes a revalidação.

§ 2.º — Deverá, ainda, o interessado demonstrar que o curso superior mencionado no diploma ou certificado foi realizado, no mínimo, após a conclusão de curso de nível médio.

§ 3.º — A exigência a que se refere o parágrafo anterior não implica a necessidade de ser revalidado, também, o diploma de curso médio concluído pelo interessado.

Art. 7.º — O diploma ou certificado, assim como a documentação que os acompanhar, deverão ser autenticados em consulado brasileiro com sede no País onde funcionar o estabelecimento de ensino que o expedir.

Parágrafo único — O diploma ou certificado e a respectiva documentação, quando dirigidos em língua estrangeira, serão acompanhados, quando necessário da tradução oficial devidamente formalizada.

Art. 8.º — O processo de revalidação deverá começar pelo exame do título e da documentação que instruir o requerimento, podendo o mesmo ser indeferido de plano à vista do resultado desse exame.

Art. 9.º — Quando surgirem dúvidas sobre a real equivalência dos títulos estrangeiros aos correspondentes nacionais, deverá ser o candidato submetido a exames e provas destinados a comprovação dessa equivalência.

§ 1.º — Os exames e provas de que trata o artigo versarão sobre as matérias incluídas nos currículos brasileiros e serão feitos utilizando a língua Portuguesa.

§ 2.º — Quando a comparação dos títulos e os resultados dos exames e provas demonstrarem o não preenchimento das condições exigidas para revalidação, deverá o candidato realizar estudos complementares na própria universidade ou em outro onde se ministre curso correspondente.

§ 3.º — Em qualquer caso, exigir-se-á que o candidato haja cumprido ou venha a cumprir os mínimos prescritos para os cursos brasileiros correspondentes.

§ 4.º — Conforme a natureza do título, poderão ser exigidos estágios práticos demonstrativos da capacidade profissional do candidato.

Art. 10 — Poderão as universidades convidar, para tomarem parte nos processos de revalidação de títulos estrangeiros, professores de outros estabelecimentos de ensino superior ou membros qualificados dos órgãos de fiscalização profissional.

Art. 11 — O portador do diploma ou certificado revalidando custeará, em qualquer caso, as despesas ocasionadas pelo processo de revalidação.

Art. 12 — O diploma ou certificado revalidado deverá ser apostilado, devendo o termo de apostila ser assinado pelo Reitor da Universidade onde se processou a revalidação.

VOTO EM SEPARADO ao Processo 687/70

Estamos de acôrdo com o ante-projeto de Portaria, ora em estudo, porém, julgamos necessário que, nos casos previstos no parágrafo único do artigo 1.º, seja obrigatório o exame, ao nível de curso médio, das disciplinas História, Geografia, e Organização Social e Política Brasileira, pelos motivos que passamos a expor:

1. Os portadores de diplomas e/ou certificados expedidos por estabelecimentos de ensino superior estrangeiros, que desejam habilitar-se para o exercício profissional no Brasil são, via de regra, estrangeiros que imigram de suas pátrias de origem, e vem competir com os profissionais brasileiros. Não se trata, portanto, de criar obces aos técnicos de alta qualificação, ou a professores universitários em missões específicas para êstes, convênios e acôrdo garantem tratamento especial.

2. A revalidação, para êsses imigrantes, terá efeitos definitivos e permanentes. O portador de diploma e/ou certificado revalidado estará habilitado ao exercício profissional, em igualdade de condições com o egresso de nossos estabelecimentos de ensino superior e, do mesmo modo que êste, situar-se-á numa posição de preeminência na escala social, integrando aquela faixa pouco numerosa dos que possuem estudos superiores do País.

3. Como profissional e como indivíduo preeminente, deve o portador de diploma e/ou certificado revalidado não apenas atender às suas conveniências pessoais, mas servir à sociedade e à Nação que o acolhe, e na qual deve integrar-se, para ser útil.

4. Como se efetuará essa integração? Claro está que pela vivência e pela assimilação de valores, para as que são elementos imprescindíveis o conhecimento da Língua Vernácula, da História da Geografia e da Organização Social e Política brasileira.

No ante-Projeto de Portaria, foi incluída a exigência de exame na Língua Portuguesa mas não nos parece suficiente. Se o domínio é necessário, também o são o da História, da Geografia e da Orga-

nização Social Brasileira. A História, para assimilação das raízes e o do processo de formação nacional; a Geografia, como veículo de conhecimento do espaço físico e da toponímia; a organização social e política brasileira, como orientação para integração que é não apenas desejável, como necessária, ao novo componente da sociedade brasileira.

Até por motivos de ordem pedagógica o de ensinar a compreender o Brasil e os brasileiros e quem os busca acreditamos que este Conselho deve aceitar a tese que ora expusemos.

É óbvio que os brasileiros, ou estrangeiros que desejam revalidar seus diplomas e/ou certificados estrangeiros, desde que demonstrem já haver estudado aquelas disciplinas, será dispensada a prestação dos exames preconizados.

Este o nosso Parecer.

As.) Lena Castello Branco Ferreira Costa

Raymundo Moniz de Aragão

Mariano da Rocha

Martins Filho

Nair Fortes Abu-Merhy

José Milano

T. D. de Souza Santos

Embora tenha participado da Comissão Especial que elaborou o texto da Portaria, estou convencido de que a demonstração do conhecimento da nossa História e da nossa Geografia não deve ser prescindido a quem pretenda exercer a profissão no Brasil. Daí o motivo de subscrever o presente voto em separado.

Vandick da Nóbrega

Edson Raymundo Pinheiro de Souza Franco

Tarcisio Meirelles Padilha

Vicente Sobrinho Porto

NOTICIÁRIO

1. I.C.N.

As históricas paredes de Trinity College, em Dublin, abrigaram a já noticiada reunião do Conselho de Representantes Nacionais em julho p.p., onde 90 delegadas, de 53 países membros, reuniram-se para discutir o futuro de sua organização internacional.

Objetivos, Estruturas e Funções do ICN estavam em pauta e venceram vivos debates, baseados em trabalho previamente encomendado a uma firma especializada. Com muita prudência, no entanto, concluíram que assunto, de tal relevância, deveria ser decidido somente depois de consultas em níveis nacionais e em caráter de urgência.

Outras resoluções aprovadas dizem respeito aos seguintes assuntos: fusão das publicações do ICN, organização de uma comissão para estudar o documento acima mencionado, estudo de emendas à Constituição, possível descentralização do ICN, finanças e incremento do número de países membros.

O Programa Social contou com a presença de altas autoridades, e a tônica dos discursos revelava uma grande preocupação pelo futuro do ICN. T'ôda a diretoria foi recebida, posteriormente, pelo Presidente, pelo Primeiro Ministro e pelo Ministro da Saúde.

Ainda no programa Social, durante as solenidades da "Noite Internacional", foram entregues os prêmios às três estudantes vencedoras do primeiro concurso promovido pelo ICN, que, a partir de então, tornou-se uma realidade para as estudantes de enfermagem daquele país. Os prêmios, em dinheiro, representam doações da Presidente, de sua antecessora e da 1.^a Diretora Executiva. Com a concessão desses prêmios, ficou estabelecida a realização de atividades similares no futuro.

2. EDIÇÃO DE NATAL

A Coordenação da RBEn, conforme divulgação em número anterior, desejou expedir uma edição extraordinária de Natal. No entanto, por motivo superior, ainda este ano, não foi possível tal realização. Aguardamos entretanto que esta idéia seja concretizada no próximo Natal, para o que esperamos sugestão e colaboração de todos os leitores.

3. NOTA DE FALECIMENTO

† Notificamos com imenso pesar o falecimento da querida enfermeira Olga Salinas Lacorte, pioneira da Enfermagem, pertencente à Turma de Diplomandas de 1925, da Escola de Enfermagem Ana Neri — UFRJ, ocorrido na Guanabara, no dia 9 de Novembro do corrente ano.

Suas aulas, de extraordinário vigor, influenciaram centenas de jovens, aquelas mesmas que lhe foram levar “suas rosas vermelhas”. Não quis o destino que ela as recebesse no Jubileu da Escola a ser comemorado no ano de 1973.

As amigas que lhe acompanharam os últimos meses guardarão dela uma lembrança de coragem e uma impressão de paz diante do fim.

AO ETERNO VULTO

Não te conheci, mas sofri
com tua morte;
Sofri porque foste um ser
Superior e não um ser comum.
Mas sobe, meu anjo, pois lá
no céu há um lugar p'rá ti,
onde só existem flôres.

RAIMUNDA DO VALE SILVA

— Palavras escritas à d. Olga Salinas Lacorte por uma aluna do 1.º ano Técnico de Enfermagem — Escola Ana Neri — U.F.R.J.

4. ENDEREÇOS OFICIAIS DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM

Localização, direção e endereço — 1971

1 — Em funcionamento

Região	N.º	Est.	Cidade	Escola	Diretora	Endereço
NORTE	1	AM	Manaus	EE. de Manaus	Iraldes Alves Ferreira	R Terezina, 495 - CP 340
	2	PA	Belém	EE. "Magalhães Barata"	Ma. de Ribamar Lopes Aranha	Av. José Bonifácio, 327
	3	MA	São Luiz	FE. Fund. Univ. do Maranhão	Terezina Nogueira Frias	R. Rio Branco, 308
	4	CE	Fortaleza	EE. São Vicente de Paulo	Ma. Glória Ferreira Façanha	Av. do Imperador, 1367
	5	PB	João Pessoa	Depto. de Enfermagem da Fac. Mem	Márcia Marques de Araújo — chefe	Rua Pedro II, 231
	6	PB	João Pessoa	EE. "Santa Emília de Roda"	Ir. Ana Emília	Prça. Caldas Brandão s/n
	7	PE	Recife	FE, da Univ. Fed. de Pernambuco	Ma. do Rosário Souto	Av Prof. Moraes Rêgo, s/n
	8	PE	Recife	EE. "Nossa Senhora das Graças"	Nóbrega (vice)	— Cid. Univ.
					Ir. Neli Lima Soares	R. Henrique Dias, 208 —
	9	BA	Salvador	EE. da Univ. Fed. da Bahia	Aline Regis Galvão	Caixa Postal 2776
SDTE	10	BA	Salvador	FE. "Sagrada Família" — PUC	Maria Olinda da Silva	Parque Universit.-Canela
	11	RJ	Niterói	EE. da Univ. Federal Fluminense		R. Rio Negro, 15 — Monte Serrat
	12	GB	Rio de Jan.	EE. Ana Neri da Univ. Fed. Rio Jan.	Ma. Emília Almeida Porto	R. Marquês de Paraná, s/n
					Elvira De Felice Souza	— Caixa Postal 61
						R. Afonso Cavalcanti, 275
	13	GB	Rio de Jan.	EE. "Alfredo Pinto"	Lêda Pires	— Cidade Nova
	14	GB	Rio de Jan.	FE. da Univ. Estadual da Guanabara	R. Xavier Sigaud, s/n	R. Xavier Sigaud, s/n
					Nilza da Rocha Dias de Medeiros	Av. 28 de Setembro, 111 — Vila Isabel

(1) O Curso Auxiliar de Enfermagem "São Francisco de Assis"

Região	N.º	Est.	Cidade	Escola	Diretora	Endereço
	15	MG	B. Horizonte	EE. da Univ. Fed. de Minas Gerais	Isaltina Goulart de Azevedo — Av. Alfredo Balena, s/n — Caixa Postal 1556	
	16	MG	B. Horizonte	EE. "Hugo Werneck-Univ. Cat. M. G. Maria José da Silva — Rua Peçanha, 472 — CP 243	Santa Casa de Misericórdia	
SDTE	17	MG	Juiz de Fora	EE. "Hermantina Beraldo	Dulce Glória Batista de Oliveira — Av. Andradas, 170	
	18	MG	Itajubá	EE. "Wenceslau Brás"	Ir. Terezinha do Carmo Silva — Av. Cesário Alvim, 492 — Caixa Postal 22	
	19	SP	São Paulo	EE. da Univ. de São Paulo	Maria Rosa S. Pinheiro — Avenida Enéas C. Aguiar, 440 — Caixa Postal 5751	
	20	SP	São Paulo	E. Paulista de Enfermagem	Ir. Áurea Vieira da Cruz — R. Napoleão de Barros, 754 — Caixa Postal 8	
	21	SP	São Paulo	FE. "São José"	Ir. Ana Eulália Dias — R. Martinico Prado, 71	
	22	SP	São Paulo	F. Adventista de Enfermagem	Maria Kudzielicz — Km 23, Estrada Itapeirica da Serra	
	23	SP	Rib. Preto	EE. de Ribeirão Preto — USP	Glete de Alcântara — R. Bernardino de Campos, 1052 — Caixa Postal 832	
	24	SP	Sorocaba	EE. "Coração de Maria" — PUC	Jaci Ferreira da Silva — R. Cláudio Manuel da Costa, 57 — Caixa Postal 33	
SUL	25	PR	Curitiba	EE. "Madre Leonie" — Univ. Cat. PR. Cléa F. Couto Pereira — Av Visconde de Guarapuava, 3077 — Fone.: 24-8783		
	26	SC	Florianópolis	Depto. Enf. do Centro Bio-Médico da UFSC	Eloíza Pereira Nunes — Av. Rio Branco, 154	
	27	RS	Porto Alegre	EE. da Univ. Fed. do R. G. do Sul	Neya M. da Silva — Av. Protásio Alves, 297 — CP 2870	
	28	RS	Porto Alegre	FE. e Obstetrícia "Ma. Ana Moeller"	Maria Martha Reichert — Av. Independência, 9	
	29	RS	Santa Maria	FE. "Nossa Sra. Medianeira" da UFSM	Noemi Lunardi — Av. Presidente Vargas, 2377	
CO	30	GO	Goiânia	FE. "São Vicente de Paulo"	Ir. Josefa Dia Lima — 1.ª Avenida, 700 — Universitário — Caixa Postal 191	Setor Leste

2 — Em reorganização

N.º	Est.	Cidade	Escola	Diretora	Enderêço
1	GB	Rio de Janeiro	FE. "Luiza de Marillac" da PUC	Ir. Valdez N. Pinto	R. Dr. Santamini, 245 — Tijuca
2	SP	São Paulo	EE. "Dom Epaminondas" da PUC		R. Major Antonio Domingues, 244
3	RS	Caxias do Sul	FE. "Madre Justina Inês da Univ. Caxias do Sul	Ir. Rosália T. Pegoraro	R. Vinte de Setembro, 2311

3 — Fechadas

N.º	Est.	Cidade	Escola	Observações
1	GB	Rio de Janeiro	EE. da Cruz Vermelha Brasileira	Fechada, mas não extinta. Funciona o Curso de AE
2	MG	Uberaba	EE. Frei Eugênio	Funcionam os Cursos TE e AE
3	MG	Itaúna	FE. de Itaúna	Extinta
4	SP	São Paulo	EE. da Cruz Vermelha Brasileira	Funciona o curso de AE
5	SP	São Paulo	EE. "São Francisco de Assis"	Extinta
6	SP	São Paulo	EE. "Santa Catarina"	Funciona o curso de AE
7	SP	São Paulo	Fundação EE. "Job Lane" — 1971	Fechado os dois cursos EE e AE em 1971
8	SP	Santos	EE. de Santos	Funciona o curso AE
9	SP	Campinas	FE. "Madre Maria Theodora"	
10	GO	Anápolis	EE. Florence Nightingale	Funciona o curso de AE
11	GO	Rio Verde	EE. Cruzeiro do Sul	Transformado em ETE

ORGANIZAÇÃO DA ABEn

1. DIRETORIA:

Presidente	— Amalia Correa de Carvalho
1. ^a Vice-Presidente	— Maria Francisca Rangel de Jesus Barros
2. ^a Vice-Presidente	— Circe de Melo Ribeiro
1. ^a Secretária	— Ieda Barreira e Castro
2. ^a Secretária	— Isaura Lopes de Godoy
1. ^a Tesoureira	— Irmã Maria Thereza Natarnicola
2. ^a Tesoureira	— Alplaida Teixeira dos Anjos
Secretária Executiva	— Clarice Ferrarini
Coord. Com. Educação	— Maria Ivete Ribeiro de Oliveira
Coord. Com. Legislação	— Haydée Guanais Dourado
Coord. Com. Docum. e Estudos	— Anayde Corrêa de Carvalho
Coord. Com. RBEn	— Vilma de Carvalho
Coord. Com. Assistência	— Ursula Engel

2. PRESIDENTES DE SECÇÕES

AMAZONAS — Pres. Davina Daizy Riker
End.: Rua Terezina, 495 — Adrianópolis — Manaus-AM

PARÁ — Pres. Terezinha de Araújo Lobo
End.: Avenida José Bonifácio, 527 — Belém-PA

MARANHAO — Pres. Aldacy Rapôso Nascimento
Caixa Postal 560 — São Luiz-MA

PIAUÍ — Pres. Maria Vieira de Moraes
End.: Rua Olavo Bilac, 2295 — Terezina-PI

CEARÁ — Pres. Suzana Castelo Branco B. Castro
Avenida do Imperador, 1367 — Fortaleza-CE

R. GRANDE DO NORTE — Pres. Raimunda Medeiros
End.: Avenida Nilo Peçanha, 620 — Natal-RN

PARAÍBA — Pres. Margarida Rocha
End.: Escola de Enfermagem Sta. Emilia de Rodat — Praça Caldas Brandão s/n — PB

PERNAMBUCO — Pres. Ivanete Alves Nascimento
End.: Rua Conde da Boa Vista, 170 conj. 1201 — Recife-PE

ALAGOAS — Pres. Ivete Ferreira Santana
End.: Rua Cônego Machado, 918 — Caixa Postal 247 — Maceió-AL

SERGIPE — Pres. Terezinha Martucelli Salarini
End. Caixa Postal 91 — Aracaju-SE

BAHIA — Pres. Creuza de Souza Silva
End.: Av. Sete-Edifício Fundação Politécnica s/88/89 Bl. B-Salvador-BA

- MINAS GERAIS — Pres. Izaltina Goulart
End.: Rua Alagoas, 16 s/603 — Belo Horizonte-MG
- RIO DE JANEIRO — Pres. Ma. Wanda Oliveira
End.: Rua da Conceição, 137 s/910 — Niterói-RJ
- GUANABARA — Pres. Herdy de Almeida Vieira
End.: Av. Presidente Vargas, 590 s/1718 — Rio de Janeiro-GB
- SÃO PAULO — Pres. Lourdes Torres de Cerqueira
End.: Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 — S. Paulo-SP
- PARANÁ — Pres. Wilma Baliello
End.: Rua Visconde de Guarapuava, 3077 — Curitiba-PR
- SANTA CATARINA — Pres. Nelcy T. P. Coutinho
End.: R. Hermann Blumenau, 14 — Caixa Postal 645 — Florianópolis-SC
- RIO GRANDE DO SUL — Pres. Lila Wornicow
End.: Rua Venâncio Aires, 1117 — Porto Alegre-RS
- GOIÁS — Pres. Tael Pimenta Machado
End.: Rua C n.º 85 — Setor Comercial — Goiânia-GO
- MATO GROSSO — Pres. Ma. José Taques Saldanha
End.: Caixa Postal 184 — Cuiabá-MT
- DISTRITO FEDERAL — Pres. Ma. Francisca Rangel de Jesus Barros
End.: Caixa Postal 1149 — Brasília-DF

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

