

CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA NO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ANÁLISE DA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE PÚBLICA

Lêa Cecília Franck ^{we} Muxfeldt

CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA NO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ANÁLISE DA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE PÚBLICA

Lêa Cecília Franck ^{ME} Muxfeldt

*Dissertação de Mestrado
apresentada à Faculdade
de Saúde Pública, Depar-
tamento de Prática de
Saúde Pública, para ob-
tenção do título de Mes-
tre em Saúde Pública.*

Orientador: Dra. Ernestina Bastian

São Paulo

1978

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

A meu marido e meu
filho

Aos meus pais e irmãos

com gratidão,
pelo amor, carinho e compreensão
que têm me permitido
realizar este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Queremos expressar nosso apreço a todas as pessoas que, num ou noutro momento estiveram ao nosso lado, durante a realização deste trabalho.

Em especial, meus sinceros agradecimentos

- À Dra. Ernestina Bastian, verdadeira mestra cuja orientação segura sempre me estimulou a prosseguir e a acreditar, tanto no Serviço em que tenho trabalhado nestes últimos cinco anos quanto nesta monografia.

- Às Ex-Diretoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Neyra Machado Zorrilla, Professora Maria Helena Nery e à atual Diretora, Professora Vani C. Foraon, por acreditarem no Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do HCPA

desde os seus primeiros passos.

- Às Ex-Coordenadoras do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Professora Maria Helena Nery, Professora Vera Petersen, Professora Vani C. Foraon e à atual Coordenadora Professora Sandra Mendes pelo apoio e confiança, que até este momento nunca nos faltou.
- À administração do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que, durante esses anos, tem acreditado e confiado neste Serviço.
- Ao Sr. Dilmar José Baldissera, Chefe do SAME do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a sua equipe, pela receptividade e cooperação.
- À comissão de Prontuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por sua abertura para com todas as nossas propostas relacionadas aos Registros e Manuais de Enfermagem.
- Aos Médicos e Residentes, que compreenderam o alcance deste trabalho e encaminham seus pacientes ao Serviço de Enfermagem de Saúde Pública.
- Ao Professor João Antonio Caminha Neto, Professor de Estatística do Curso de Pós-Gradua-

ção de Enfermagem da UFRGS.

- À Sra. Ana Ladislava Tonelotto, bibliotecária da Escola de Enfermagem da UFRGS;

Finalmente, nosso agradecimento especial a todas as enfermeiras que, conosco têm atuado no decorrer destes anos de existência do Serviço.

Muitas estiveram algum tempo, e seu esforço e dedicação não foi esquecido; outras estão recém-iniciando; outras se encontram desde o início deste trabalho, fizeram parte do primeiro grupo que implantou o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todas têm algo em comum: são enfermeiras que acreditam que é possível, em nossa profissão, mudar as estruturas. Sem seu entusiasmo, seu ideal e sua colaboração este trabalho não teria sido realizado.

INDICE

RESUMO	xv
SUMMARY	xvii
1 - INTRODUÇÃO	19
2 - OBJETIVOS DO TRABALHO	24
3 - MATERIAL E MÉTODO	25
4 - ESTRUTURA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE ..	26
4.1 - Objetivos do HCPA	26
4.2 - Estrutura administrativa	29
5 - ESTRUTURA DA VICE-PRESIDÊNCIA PARA ASSUNTOS MÉDICOS.	30
6 - ESTRUTURA DO GRUPO DE ENFERMAGEM	32
6.1 - Objetivos	32
6.2 - Serviços	34
6.3 - Pessoal	36
6.3.1 - Constituição	36
6.3.2 - Estrutura técnico-administrativa	37
6.3.3 - Unidades estruturais	37
6.3.4 - Requisitos para os cargos de chefia	38
6.4 - Competências	39
7 - ESTRUTURA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA.	41

7.1 - Competências	42
7.2 - Objetivos	42
7.3 - Estrutura	43
7.4 - Estrutura técnico-administrativa	45
7.4.1 - Pessoal	45
7.4.2 - Categorias de pessoal	46
7.4.3 - Unidades estruturais	47
7.5 - Dimensionamento de pessoal	48
7.5.1 - Atribuições do pessoal	52
7.5.2 - Normas técnico-administrativas do pessoal da enfermagem	57
7.5.3 - Avaliação do desempenho do pessoal	63
7.6 - Normas técnico-administrativas para prestação de serviços à comunidade	65
7.6.1 - Assistência médico-sanitária a nível ambulatorial.	65
7.6.2 - Serviço de arquivo médico no ambulatório	71
7.6.3 - Organização do material	72
7.6.4 - Modelos de registros	73
7.6.5 - Uso, preparo e conservação	73
7.6.6 - Responsabilidade do pessoal de enfermagem	74
8 - PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA A NÍVEL AMBULATORIAL	76
8.1 - Programas a nível de assistência ambulatorial	77
8.2 - Atividades finais nos programas de enfermagem em saúde Pública	78
8.3 - Descrição das atividades	79
8.3.1 - Consulta de enfermagem	79
8.3.2 - Educação de grupo	85
8.3.3 - Exames laboratoriais	90
8.3.4 - Imunizações	92
8.4 - Registros	98
9 - ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DO ADULTO E PUERICULTURA	102
9.1 - Justificativa	102
9.2 - Resultados e discussão	108

10 - CONCLUSÕES	134
11 - BIBLIOGRAFIA	140

ÍNDICE DE ANEXOS

1	- Regimento dos Grupos da Área Médica	148
2	- Competências	156
3	- Ficha de avaliação do pessoal auxiliar	167
4	- Ficha de identificação do paciente	170
5	- Agenda de Consultas e Boletim Estatístico	172
6	- Consultas de enfermagem, por profissional, área e especialidade	174
7	- Relatório progressivo de agendas do ambulatório	176
8	- Atribuições da gerência de ambulatório	178
9	- Formulário de material permanente	182
10	- Plano de curso - Preparação psicoprofilática e mães	186
11	- Relatório das atividades do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública - Grupos	193
12	- Estatuto do Clube de Diabéticos de Porto Alegre	195
13	- Ficha de imunização do Serviço de Enfermagem do HCPA e ficha de imunização do paciente	214
14	- Registro orientadô para o problema, segundo o sistema de Meed	218

15 - Lista de problemas	231
16 - Consultas previstas, vendidas e não vendidas, por profissional, especialidade e área	233
17 - Grupos de cirurgia - Atenção de enfermagem a pacientes de cuidados mínimos - relatório de avaliação quantitativa	235
18 - Relatório de enfermagem da unidade de ginecologia e obstetrícia	237
19 - Ficha de Inscrição do Programa de Saúde do Adulto ..	249

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	- Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura e em Saúde do Adulto, segundo o ano de inscrição no HCPA, nos 3 anos considerados	108
Tabela 2	- Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo o sexo, no HCPA, nos 3 anos considerados	110
Tabela 3	- Primeiras consultas de Enfermagem em Saúde do Adulto, segundo o sexo, no HCPA, nos 3 anos considerados	111
Tabela 4	- Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo a idade, no HCPA, nos 3 anos considerados	112
Tabela 5	- Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo procedência, no HCPA, nos 3 anos considerados	113
Tabela 6	- Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo procedência, no HCPA, nos 3 anos considerados	114

Tabela 7 - Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo procedência, no HCPA, nos 3 anos considerados	114
Tabela 8 - Primeiras consultas de Enfermagem em Puericultura, segundo classificação salarial, no HCPA, nos 3 anos considerados	115
Tabela 9 - Primeiras consultas de Enfermagem em Saúde do Adulto, segundo classificação salarial, no HCPA, nos 3 anos considerados	118
Tabela 10 - Consultas de Enfermagem, primeiras, novas e reconsultas em Puericultura, no HCPA; nos 3 anos considerados	119
Tabela 11 - Consultas de Enfermagem, primeiras, novas e reconsultas, em Saúde do Adulto, no HCPA, nos 3 anos considerados	124
Tabela 12 - Consultas vendidas e não vendidas, no programa de Puericultura, no HCPA, nos 3 anos considerados	126
Tabela 13 - Consultas vendidas e não vendidas, no programa de Saúde do Adulto, no HCPA, nos 3 anos considerados	129
Tabela 14 - Faltosos à consulta de Enfermagem em Puericultura, segundo causas, no HCPA, nos 3 anos considerados	131
Tabela 15 - Faltosos à consulta de Enfermagem em Saúde do Adulto, segundo causas, no HCPA, nos 3 anos considerados	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do HCPA	29
Figura 2 - Organograma do Grupo de Enfermagem	34
Figura 3 - Organograma do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública no HCPA	44
Figura 4 - Pirâmide do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública	47
Figura 5 - Entrada do paciente no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, seu papel na assistência a nível ambulatorial	89

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Total de Enfermeiras, lotadas no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, segundo os programas	48
Quadro 2 - Total de Auxiliares de Enfermagem em Saúde Pública, distribuídas segundo as áreas de especialidade, no Ambulatório	49
Quadro 3 - Total de Atendentes de Enfermagem lotadas no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, distribuídas segundo as áreas de especialidade, no Ambulatório	51

RESUMO

O presente trabalho refere-se à organização do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, em um Hospital Geral.

Numa primeira etapa, é apresentada a estrutura do serviço e os programas de enfermagem existentes. Na segunda etapa do trabalho são selecionados dois programas, para estudo: o programa de Saúde do Adulto, no subprograma de Supervisão da Saúde de Pacientes Portadores de Danos Crônicos e o Programa de Saúde da Criança, no subprograma de Puericultura.

Procura-se, através de dados específicos do Serviço, analisar o comportamento da clientela nesses dois subprogramas.

Os resultados desta análise evidenciam que um Serviço de Enfermagem em Saúde Pública poderá ser mais dinâmico e preencher melhor suas finalidades, se for estruturado através de um Serviço a nível central, no caso, o Serviço de

Saúde Pública.

No estudo dos dois programas citados, evidenciou-se que, sendo o programa de Saúde do Adulto relativamente desconhecido nos ambulatórios, sua aceitação é bastante satisfatória.

Os dados deste estudo demonstram também que, embora o papel da enfermeira nos programas de Saúde da Criança esteja bem delineado e inclusive teoricamente aceito pela equipe multiprofissional e pela comunidade, na prática diária, muitas barreiras ainda existem para que este profissional possa tornar mais dinâmica sua atuação neste programa.

SUMMARY

This work refers to the Organization of a Public Health Nursing Service at a General Hospital. The Service Structure and the Nursing Programs are presented in a first stage.

In the second stage, two programs for study have been selected; the Adult Health Program, through its sub-program of Health Supervision of Chronic Disease Patients, and the Child Program, through its Sub-Program of Child Health Care.

In these two sub-programs, the author analyses the patients attendance behavior. The results of this analysis point out that a Public Health Nursing Service can be more dynamic and better accomplish its tasks if it is organized through a Central Level Service, that is, through Public Health Service.

In both programs, it has been evident that al-

though the Adult Health Program is relatively unknown in the out-patients units, its acceptance is satisfactory.

Data of this study also show that although the role which the nurse plays in the Child Health Programs is well delineated and theoretically accepted by the multi-professional team and by the community, barriers still exist in every day practice which prevent the nurse from making her work more dynamic in this kind of program.

1 - INTRODUÇÃO

Participar da organização e implantação de um Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, em um Hospital Geral, é ainda, para o profissional desta área, um verdadeiro desafio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

"O hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos se irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação bio-social".⁴⁰

Embora uma vasta bibliografia relate que o Hospital deve ser visto pela comunidade como um centro de promoção de saúde, e não somente o local onde se realiza tratamen-

to de doenças, não há ainda, principalmente nos serviços ambulatoriais, uma política determinada a concentrar maior atenção na promoção da saúde e prevenção da doença.

Da mesma forma, apesar das crescentes necessidades de saúde das comunidades, a formação do pessoal da área da saúde, em sua maior parte, continua tendo seu principal enfoque de assistência na pessoa do doente.

Referindo, novamente, a Organização Mundial de Saúde:

"as Escolas de Enfermagem, como as Escolas de Medicina, têm prestado atenção, preferentemente, ao cuidado dos enfermos nos Hospitais, em prejuízo da prevenção das enfermidades, da manutenção e do fomento da saúde."¹²

Atualmente, o Hospital tornou-se o meio onde todo profissional tem acentuada responsabilidade na execução de ações, de prevenção e promoção da saúde.

Particularmente para a enfermeira, é dentro do Hospital que novos papéis devem ser assumidos.

As mudanças fundamentais seriam relacionadas com uma maior diversificação da assistência de enfermagem, assumindo o profissional, de forma mais sistemática, a responsabilidade na prestação de serviços básicos, que compreendem: a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

"A enfermeira, atualmente, é preparada para identificar problemas nos indivíduos e em suas famílias, selecionar pacientes para diagnóstico e tratamento médico, agenciar pacientes para recursos da comunidade, fazer aconselhamento na saúde e supervisionar o cuidado a pessoas sadias e portadoras de danos crônicos".⁴⁷

Entretanto, em nosso meio, assim como o Hospital permanece pouco dinamizado nos aspectos de prevenção da doença e de promoção da saúde, a enfermeira continua fixada em papéis tradicionais dentro do Hospital.

Isto traz, como consequência, a sub-utilização do conhecimento e preparo do profissional, e uma atenção pouco dinâmica em relação aos problemas da comunidade.

Acreditamos que essa situação assumiu o aspecto de um verdadeiro círculo vicioso, o qual somente os enfermeiros como profissionais, poderão romper, devendo, para isso demonstrar todas as suas possibilidades e preparo ao aproximarem-se da clientela cuja saúde pode ser perfeitamente atendida e supervisionada por este profissional.

Esta monografia se propõe a expor a estrutura e o funcionamento de um Serviço criado com esta finalidade: dinamizar a assistência de enfermagem, dentro de um Hospital.

A equipe de enfermeiras, que participou do pla-

nejamento da Estrutura do Grupo de Enfermagem*, tendo em vista propor a assistência dinâmica e a modificação dos padrões tradicionais de enfermagem, apresentou as seguintes proposições:

- Adotar como base, para a estruturação dos serviços, o conceito do cuidado progressivo.
- Organizar um Serviço de Enfermagem em Saúde Pública com autoridade e responsabilidade igual aos demais serviços que seriam criados.

A introdução do conceito do cuidado progressivo é muito significativa para todos os serviços de enfermagem, mas, acreditamos que, para o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública foi de extrema importância, pois permite que o serviço, através de suas atividades finais, possa participar efetivamente da assistência ao paciente hospitalizado em termos de prepará-lo para o auto-cuidado.

Da mesma forma, a proposta de um serviço e não de um setor ou unidade, como muitas vezes acontece nos Hospitais, possibilitou que fossem criados programas, e que os mesmos pudessem ser executados com pessoal dimensionado e treinado pelo próprio serviço.

Embora o trabalho se refira a um Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, com abrangência de atividades tan-

*Terminologia adotada pelo Regulamento do HCPA.

to a nível de internação, como a nível ambulatorial, não se dedica igual atenção na descrição dos programas. Considerou-se conveniente salientar basicamente os programas desenvolvidos a nível ambulatorial. Isto porque existem poucos modelos de assistência de enfermagem nesta área, embora haja grande interesse por parte dos profissionais.

Acreditamos que, atualmente, muitos esforços na área de Saúde Pública Hospitalar, têm sido investidos.

Esperamos que, ao comunicar, através desta monografia, o trabalho que vem sendo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, possamos acrescentar mais uma contribuição ao que está sendo realizado e, portanto, participar do desenvolvimento que desejamos, muito em breve, passe a existir na assistência de enfermagem ambulatorial, em nosso País.

2 - OBJETIVOS DO TRABALHO

- 2.1 - Apresentar a estrutura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública nele existente.
- 2.2 - Analisar, a partir de registros de produção, o atendimento de enfermagem efetuado nos programas de saúde da criança e do adulto.

3 - MATERIAL E MÉTODO

Partindo do exame de documentos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tais como Regulamento, Regimento e Organogramas apresenta-se a Estrutura do Hospital e do Grupo de Enfermagem. A seguir, procura-se situar o Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, no plano geral do Grupo de Enfermagem do HCPA. Define-se a participação da enfermeira de Saúde Pública no Hospital, sendo enumerados os programas de enfermagem de Saúde Pública. Faz-se o levantamento e a análise da produção do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública de 3 (três) anos seguidos. Para isto, foram estudados todos os relatórios mensais emitidos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através do SAME, durante este período. Trata-se, portanto, da totalidade (universo) destes relatórios.

4 - ESTRUTURA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Segundo o Regulamento aprovado em 1973, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de sigla HCPA, é um hospital geral, de corpo clínico próprio, constituído sob a forma de empresa pública (art. 1º, Cap. 1, Regulamento HCPA, pág. 7).

A capacidade prevista para o Hospital é de 800 leitos, estando, porém, em ocupação, 300 deles, com os seguintes serviços em dimensionamento: Unidade de Internação Médico-Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização, e Ambulatório. Atuam também, os Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento; e Grupo de Apoio Assistencial.

4.1 - Objetivos do HCPA

Os objetivos do HCPA, propostos em Regulamento são:

- a) Administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar;

- b) servir de área hospitalar e de saúde pública para a Faculdade de Medicina da UFRGS;
- c) servir de área hospitalar e de saúde pública para a Escola de Enfermagem da UFRGS e cooperar na execução dos planos de ensino e treinamento das demais unidades da UFRGS;
- d) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas;
- e) prestar serviços à UFRGS, a outras instituições e à comunidade, propostos pela Administração Central e aprovados pelo Conselho Diretor (Art. 2º, Cap. 11, Regulamento, pág. 7).

De acordo com o organograma, expresso na Fig. 1, e segundo o Regulamento do Hospital, a estrutura é assim definida:

O Conselho Diretor é o órgão supremo possuindo função normativa, consultiva e deliberativa.

A Administração Central é o órgão incubido das funções de administração das atividades fins e de apoio do HCPA, observando as diretrizes aprovadas pelo Conselho Diretor (Art. 4º. Regulamento HCPA, pág. 9)

Compõem a Administração Central:

- o Presidente;
- o Vice-Presidente para Assuntos Médicos;
- o Vice-Presidente para Assuntos Administrativos.

Tanto a Vice-Presidência Administrativa como a Vice-Presidência Médica são estruturadas em Grupos e Serviços (terminologia adotada no HCPA) segundo expresso na Fig. 1.

4.2 - Estrutura Administrativa

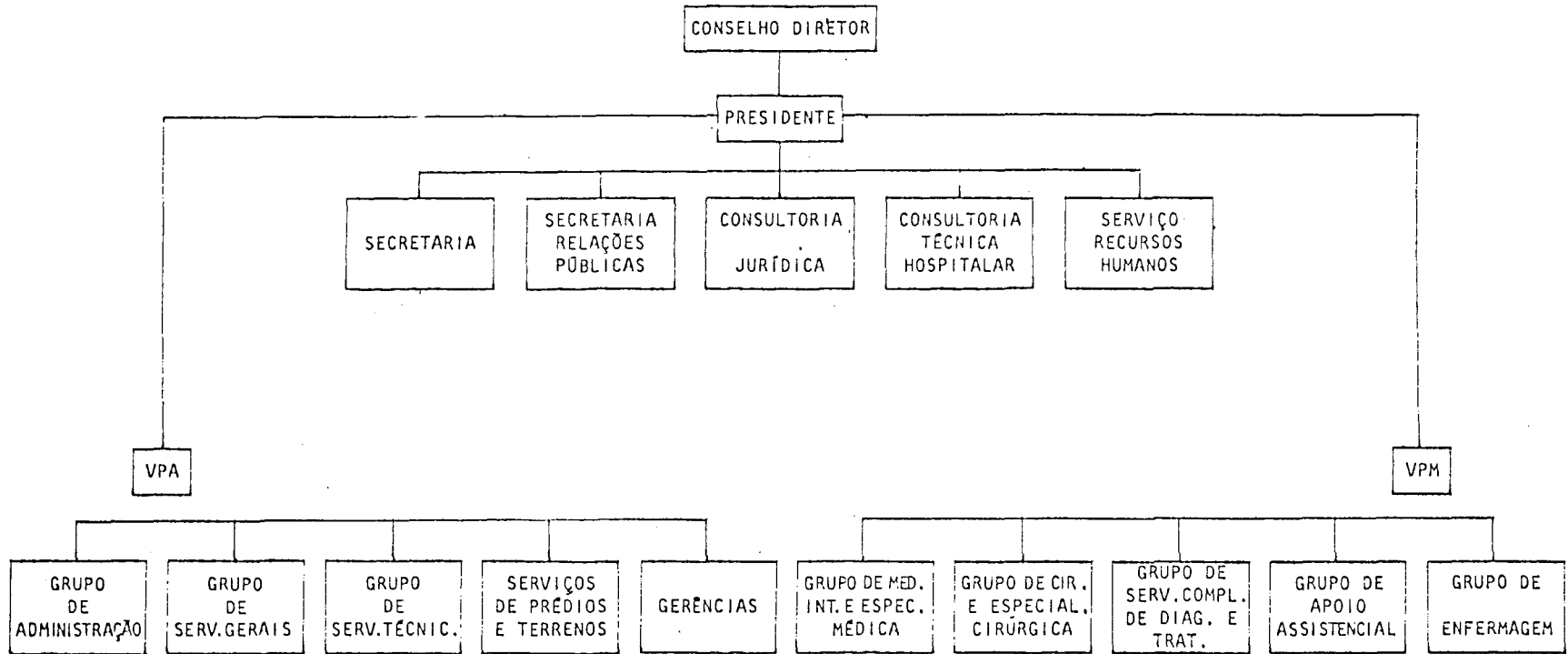


FIGURA 1 - ORGANOGAMA DO HCPA

5 - ESTRUTURA DA VICE-PRESIDÊNCIA PARA ASSUNTOS MÉDICOS (VPM)

Considerando que o Grupo de Enfermagem é diretamente subordinado à Vice-Presidência Médica, julgamos necessário fazer algumas considerações sobre esta área, já que é a área que deve realmente definir a política de assistência no HCPA.

Segundo o Regimento da Área Médica, documento aprovado em 1975 pela Administração Central, o HCPA é caracterizado como um Hospital "Centro de atenção médica, docente, de investigação científica e tecnológica e integrar-se no Sistema Nacional de Saúde (Regimento da Área Médica, Art. 1º, pág. 9).

Segundo o Regulamento, os Grupos pertencentes à Vice-Presidência para Assuntos Médicos, são os seguintes:

- I - Grupo de Medicina Interna e Especialidades Médicas;

- II - Grupo de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- III - Grupo de Serviços Complementares;
- IV - Grupo de Apoio Assistencial (Biblioteca, Serviço Social, Psicologia, Nutrição);
- V - Grupo de Enfermagem.

Segundo o Regulamento, está previsto que "os grupos terão sua constituição e competências estabelecidas no Regimento do Corpo Clínico e da Área Médica".

O Grupo de Enfermagem - que, como se observa no organograma (Fig. 1), constitui um dos cinco grupos da Área Médica - será descrito detalhadamente.

Dos demais grupos apresenta-se apenas, em anexo (Anexo 1) a organização estrutural.

6 - ESTRUTURA DO GRUPO DE ENFERMAGEM

6.1 - Objetivos

Segundo o que está proposto no Regimento da Área Médica, são os seguintes os objetivos do Grupo de Enfermagem do HCPA:

a) Organizar e manter atenção progressiva de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde em nível de internação, ambulatório e comunidade;

b) Colaborar, com o corpo clínico do hospital e demais profissionais, nos programas de assistência, ensino e pesquisa;

c) Colaborar com a E.E. (Escola de Enfermagem) e demais unidades da UFRGS, nos termos do Artigo 2º e seus parágrafos do Regulamento do Hospital;

Nota: Constituem os objetivos já relatados neste trabalho, no item 4.1.

d) Proporcionar condições para realização de estudos e pesquisas de Enfermagem.

6.2 - Serviços

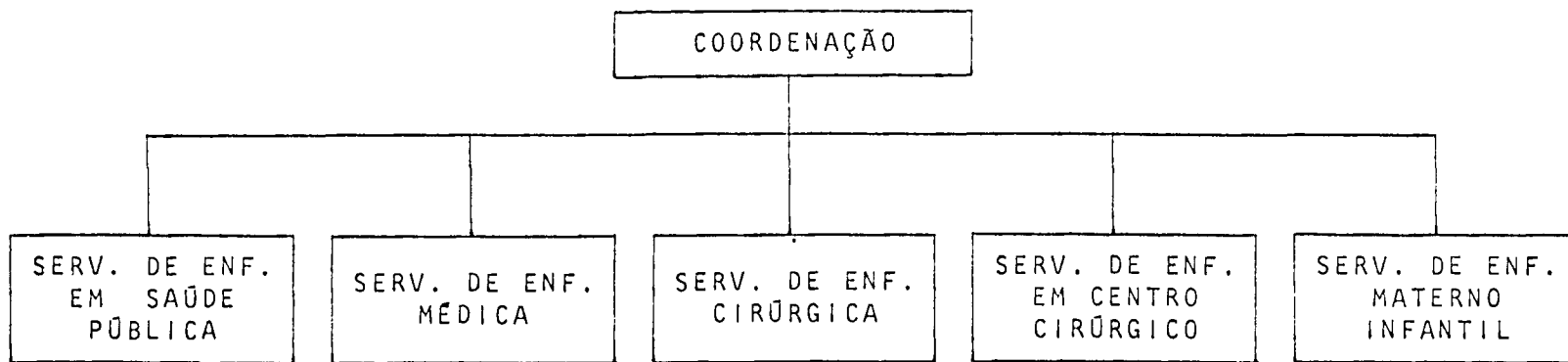


FIGURA 2 - ORGANOGAMA DO GRUPO DE ENFERMAGEM

Segundo o Organograma apresentado na Fig. 2, os serviços, que compõem o Grupo de Enfermagem são os seguintes:

- 1) Serviço de Enfermagem em Saúde Pública.
- 2) Serviço de Enfermagem Médica, com as seguintes unidades:
 - Unidade de Cuidados Intensivos;
 - Unidade de Cuidados Intermediários;
 - Unidade de Cuidados Mínimos.
- 3) Serviço de Enfermagem Cirúrgica:
 - Unidade de Cuidados Intermediários
 - Unidade de Cuidados Mínimos.
- 4) Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico:
 - Unidade de Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação;
 - Unidade de Centro de Material e Esterilização;
- 5) Serviço de Enfermagem Materno-Infantil:
 - Unidade de Centro Obstétrico;
 - Unidade de Internação Obstétrica;
 - Unidade de Neonatologia;
 - Unidade de Internação Pediátrica.

Como se observa, os serviços são organizados em Unidades. A exceção é o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. Ocorre que, na ocasião da proposta das unidades, conside-

rando a abrangência deste serviço e a necessidade de relacionamento com os demais serviços através de sua programação, decidiu-se que somente com a organização e estruturação do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública seria possível propor as unidades, que deveriam ser criadas.

Observa-se também que os Serviços de Enfermagem Médica e Cirúrgica estão organizados em unidades, segundo o conceito do cuidado progressivo. Devido às suas características próprias, o Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico não apresenta este tipo de estrutura.

Da mesma forma, no Serviço de Enfermagem Materno-Infantil, devido à integração da Obstetrícia com a Pediatria, as unidades não foram organizadas com a terminologia de cuidados progressivos. Entretanto, todas as unidades de internação serão organizadas em setores, prevendo-se o cuidado intensivo, o intermediário e mínimo. Este serviço ainda não foi implantado no hospital, por isso, fala-se em termos futuros.

6.3 - Pessoal

6.3.1 - Constituição

O grupo de Enfermagem constitui-se de:

- I - Enfermeiros - Integrantes do Corpo Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS;
- II - Enfermeiros - Contratados, admitidos pelo Regime previsto na Consolidação das leis do trabalho (CLT);

III - Técnico de Enfermagem;

IV - Auxiliar de Enfermagem;

V - Pessoal Auxiliar.

Considerando as características do Hospital, em que assistência, ensino e pesquisa estão relacionados, os professores da Escola de Enfermagem da Universidade (UFRGS) são incluídos no Grupo de Enfermagem, recebendo valores de contrapartida pelos Serviços prestados ao HCPA, fixados pela Administração Central, por proposta do Coordenador do Grupo de Enfermagem à VPM.

6.3.2 - Estrutura Técnico-Administrativa

Os cargos de chefia do Grupo de Enfermagem são:

- Coordenador;
- Assistente;
- Chefe de Serviço;
- Chefe de Unidade;

6.3.3 - Unidades Estruturais

- a) Unidade de Direção - Coordenador, Assistente e Chefes de Serviço.
- b) Unidade de Execução - Chefes de Unidade e pessoal auxiliar.

6.3.4 - Resquisitos para os cargos de chefia:

Coordenador de Grupo

De acordo com o Regimento da Área Médica, os Coordenadores de Grupos são propostos pela Vice-Presidência Médica (VPM), nomeados pelo Presidente, dentre os respectivos professores da FMPA (Faculdade de Medicina de Porto Alegre) e integrantes do Corpo do HCPA, categoria assistente, e da EE (Escola de Enfermagem) da UFRGS. (Reg. Área Médica, art. 16, p. 13).

Chefes de Serviços

Os Chefes de Serviço são propostos pela VPM, nomeados pelo Presidente, para período de 3 anos, dentre integrantes das respectivas especialidades do corpo clínico do Hospital, categoria assistente, e da Escola de Enfermagem da UFRGS, com possibilidade de recondução (Reg. Área Médica, art. 18, p. 15).

Chefes de Unidade

Devem ser integrantes do corpo clínico do Hospital, propostos pelos Chefes de Serviço à VPM e nomeados pelo Presidente. (Reg. Área Médica, art. 22, p. 17).

A indicação dos enfermeiros-chefes, Chefes de Serviço, Assistente e Chefe de Unidade é realizada pelo Coordenador do Grupo de Enfermagem, que faz a proposta à Vice-Presidência Médica (VPM), respeitados os requisitos exigidos.

6.4 - Competências*

No Regimento da Área Médica do HCPA adotou-se como norma que as competências dos Coordenadores dos Grupos, Chefes de Serviço e Chefes de Unidade são previstas no capítulo que trata dos Profissionais de Nível Universitário. (Cap. II, art. 17, 19, 20, Reg. Área Médica, p. 13)

O grupo de Enfermagem, adotou o previsto no Capítulo II do Regimento, e acrescentou as competências específicas da Enfermagem, considerando os objetivos da assistência propostos (Anexo 2).

Consideramos necessário salientar as competências do Assistente, no Grupo de Enfermagem. Segundo o previsto em Regimento, a atuação do Assistente é basicamente relacionada com treinamento e educação, em serviço, do pessoal de Enfermagem. Isto não isenta os Chefes de Serviço dessa responsabilidade, mas, cabe ao Assistente do Grupo, juntamente com os Chefes de Serviço, organizar e operacionalizar os programas de treinamento para o pessoal recentemente admitido, e realizar programas contínuos de educação em serviço, sendo elemento de grande importância na estrutura do Grupo de Enfermagem e, com o qual o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública mantém estreito relacionamento, para o dimensionamento, recrutamento e seleção de pessoal.

Relacionamos, de forma específica, as compe-

*Termo empregado pelo Regimento do HCPA.

tências do Assistente:

- promover treinamento em Serviço, por iniciativa própria ou por solicitação dos serviços de enfermagem, mediante aprovação do Coordenador do Grupo;
- encarregar-se da previsão das necessidades de pessoal para o Grupo de Enfermagem e encaminhá-la ao Coordenador do Grupo;
- Recrutar, selecionar e orientar o pessoal contratado do Grupo de Enfermagem, de acordo com os critérios estabelecidos neste Regimento;
- outras a serem determinadas.

As competências do Coordenador do Grupo de Enfermagem, Chefe de Serviço, Chefe de Unidade e Enfermeiro estão previstos no Regimento da Área Médica (Anexo 2).

As atribuições dos demais elementos integrantes das categorias funcionais do Grupo de Enfermagem são definidas através da Estrutura de cada Serviço de Enfermagem (Fig.2).

7 - ESTRUTURA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

Para apresentar a estrutura do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, é necessário situá-lo na estrutura geral do Hospital e, inclusive, referir a filosofia de assistência proposta pelo HCPA.

O Regimento da Área Médica, na seção referente à Assistência em Saúde Pública registra:

"O Hospital ocupar-se-á com a promoção da saúde e educação sanitária da comunidade através do Serviço de Saúde Pública.

O Serviço de Saúde Pública destina-se a promover a saúde através de programas específicos e integrados, elaborados pelos serviços e aprovados pela VPM e Administração Central, mediante convênios com entidades públicas ou privadas, no País ou no Exterior, ou por iniciativa e responsabilidade do Hospital, em função dos recursos humanos e financeiros disponíveis.

As atividades de Saúde Pública desenvolver-se-ão em todos os níveis de atendimento médico" (Cap. V, art. 172, 173, 174, Reg. Área Médica, p. 49).

O Serviço de Saúde Pública, a que se referem os itens citados, ainda não foi estruturado no Hospital.

O Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, mesmo sem a estruturação do serviço a nível central, foi organizado e estruturado no Grupo de Enfermagem, tendo por base os artigos acima citados e que constam do Regimento.

7.1 - Competências

O serviço se responsabiliza pelas atividades de enfermagem em Saúde Pública, elaborando seus próprios programas e garantindo sua participação naqueles propostos pelo Hospital através da prestação de ações de enfermagem de sua responsabilidade.

7.2 - Objetivos

Os objetivos que se propõe o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, são:

- participar do planejamento, organização e coordenação dos programas de saúde pública existentes no Hospital;
- planejar, promover e coordenar os programas de enfermagem, tendo em vista instruir o pa-

- ciente e sua família para o auto-cuidado;
- fornecer consulta e supervisão em assuntos de auto-cuidado;
 - fornecer campo propício ao ensino e aprendizado de enfermagem em saúde pública;
 - promover o desenvolvimento profissional através da pesquisa.

7.3 - Estrutura

O Serviço, para fins de programação, é estruturado nas seguintes unidades, conforme figura 3:

- a) Unidade Ambulatorial;
- b) Unidade de Internação;
- c) Unidade do Cuidado Domiciliar;
- d) Unidade de Reabilitação.

7.3.1 - Descrição das Unidades

Unidade Ambulatorial

Esta unidade consta de programas específicos, nos serviços do ambulatório, para o paciente que entrou no sistema de assistência, seja vindo diretamente da comunidade para consulta ou da unidade de Internação, após período de hospitalização.

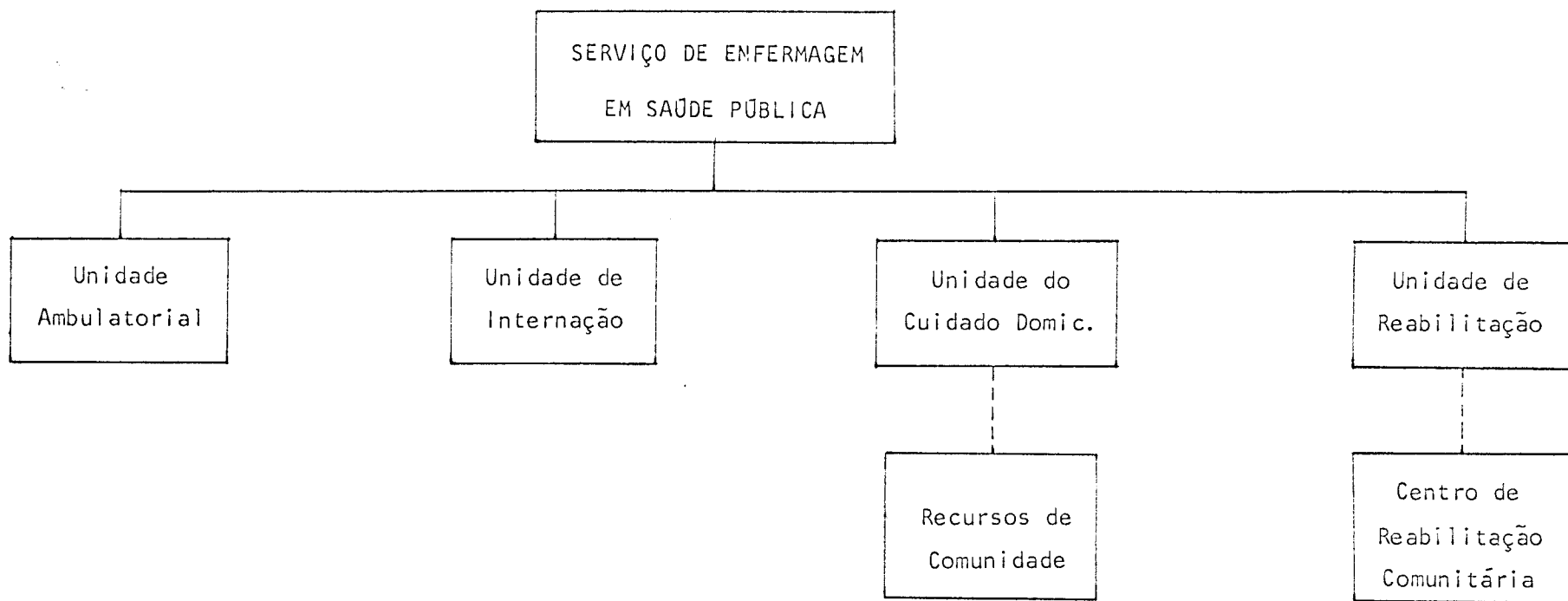


FIGURA 3 - ORGANOGAMA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA NO HCPA

Unidade de Internação

É a unidade responsável pelos programas de assistência, tendo em vista o preparo do paciente para o autocuidado e introdução nos programas de assistência a nível ambulatorial.

Unidade de Cuidado Domiciliar

Consta de programas de assistência a domicílio, especificamente através da visita domiciliária

Unidade de Reabilitação

É a unidade em que se prevê a organização de programas, tendo em vista, especificamente, ações a nível de prevenção terciária, segundo o conceito de Leavell e Clark "É mais do que interromper um processo de doença, é também a prevenção completa da incapacidade, depois que as mudanças psicológicas e anatômicas estejam mais ou menos estabilizadas. O objetivo positivo é conduzir o indivíduo afetado a um lugar útil na sociedade, utilizando ao máximo suas capacidades remanescentes".²⁶

7.4 - Estrutura Técnico-Administrativa

7.4.1 - Pessoal

O pessoal lotado no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública exerce atividades, predominantemente, nos programas a nível ambulatorial.

As enfermeiras* são contratadas para atuar no ambulatório e utilizam horas profissionais para assistência ao paciente hospitalizado, no preparo para o auto-cuidado.

Em relação às visitas domiciliárias, a previsão é que sejam realizadas por residentes de enfermagem de saúde pública, sob a supervisão das enfermeiras responsáveis pelos programas de enfermagem em Saúde Pública.

Quanto às atividades, relacionadas à Unidade de Reabilitação, considerando que essa área de atenção ao paciente ainda é pouco dinamizada em todo o ambulatório, não há ainda enfermeira especificamente atuando em Reabilitação, embora essa seja uma meta do serviço e, por isso, foi proposta esta unidade.

7.4.2 - Categorias de Pessoal

Compõem o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública:

a) Enfermeiras:

- Enfermeiras com especialização em enfermagem de saúde pública;
- Enfermeiras com especialização em enfermagem obstétrica;
- Enfermeiras com especialização em enfermagem psiquiátrica;

b) Auxiliares de Enfermagem;

*Em virtude de as atividades independentes serem executadas apenas por profissionais do sexo feminino, preferimos utilizar, a partir de agora, a forma "enfermeira", no feminino.

c) Atendentes.

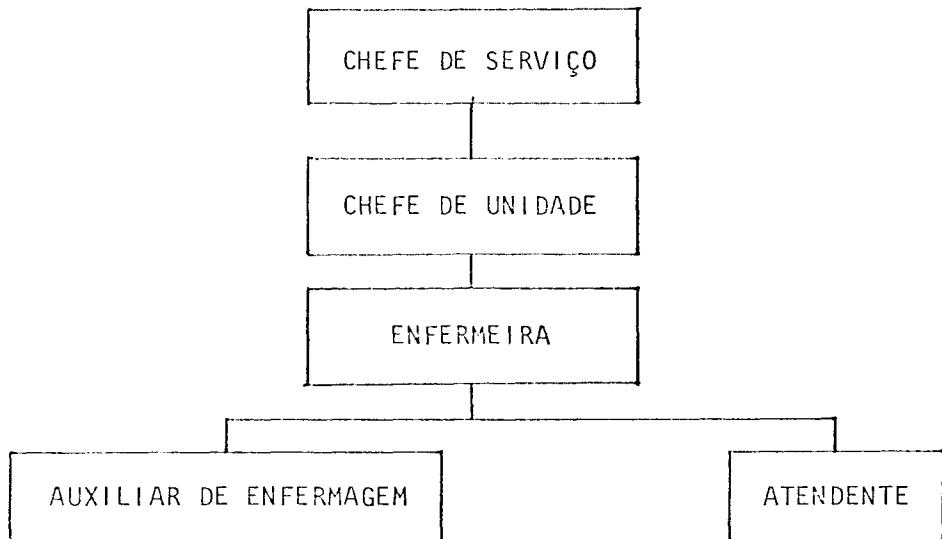


FIGURA 4 - PIRÂMIDE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA

7.4.3 - Unidades Estruturais

a) Unidade de Direção

Responsável pela Administração do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública.

É composta pela enfermeira-chefe do Serviço e enfermeira-chefe de Unidade.

b) Unidade de Execução

Responsável pela prestação direta das ações de enfermagem, através das diversas unidades do Serviço. É composta por enfermeiras e pessoal auxiliar contratados pelo Serviço de Enfermagem em Saúde Pública.

7.5 - Dimensionamento de Pessoal - enfermeiras

O dimensionamento de enfermeiras é proposto e discriminado segundo os programas e sub-programas existentes:

Quadro 1 - Total de Enfermeiras, lotadas no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, segundo os programas.

PROGRAMA	SUB-PROGRAMA	Nº DE ENFERMEIRAS	REGIME DE TRABALHO	HORAS PROFISIONAIS
Programa I Saúde do adulto	1) Supervisão da Saúde de pacientes portadores de danos crônicos.	1	Prof. Assistente. Regime de contrapartida	20h
	a) área médica b) área cirúrgica	5	Contrato em Regime CLT	195h
	2) Fisioterapia respiratória	1	Contrato em Regime CLT	39h
Programa II Saúde materna	1) Assistência de Enfermagem à gestante sadia.	2	Contrato em Regime CLT	78h
	2) Controle do câncer ginecológico.	1	Prof. Assistente. Regime contrapartida.	20h
Programa III Saúde da criança	1) Puericultura: Assistência de enfermagem à criança sadia.	4	Contrato em Regime CLT	156h
Programa IV Saúde mental	-	1	Contrato em Regime CLT	39h
TOTAL	-	15	-	547h

Segundo o Quadro 1, as enfermeiras contratadas pelo regime da CLT realizam 39 horas semanais. A enfermeira que contém termo de compromisso com o hospital, em regime de compartilhada, é denominada Professora Assistente, segundo o Regulamento da Área Médica (art. 14, § 1º, p. 13), e realiza 20 horas semanais.

A chefe do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública que não se inclui no Quadro apresentado é também professora Assistente, exercendo regime de 32 horas semanais, requisito exigido para professores que exercem chefias no HCPA.

A chefia de unidade, segundo as competências previstas (Anexo 2) também exerce atividades de execução.

Auxiliares de Enfermagem

Quadro 2 - Total de Auxiliares de Enfermagem, em Saúde Pública, distribuídas, segundo as áreas de especialidade, no ambulatório.

ÁREA DE ESPECIALIDADE	Nº DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM	REGIME DE TRABALHO	HORAS PROFISSIONAIS
I Cirurgia			
- Proctologia	2	Contrato em Regime CLT	78h
- Urologia	2	Contrato em Regime CLT	78h
II Oftalmologia	2	Contrato em Regime CLT	78h
III Otorrinolaringologia	2	Contrato em Regime CLT	78h
TOTAL	8	-	312h

O contrato de trabalho do Auxiliar de Enfermagem é de 39 horas semanais.

O número de auxiliares de enfermagem, atualmente no ambulatório é reduzido, devido ao seguinte fato:

Quando da organização do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, com início a nível ambulatorial, foi proposto o Auxiliar de Enfermagem, na equipe de enfermagem.

Ocorre que a implantação completa de todos os Serviços no ambulatório foi realizada no período de 2 anos. Foi criado o Centro Cirúrgico Ambulatorial, passando a ser centralizado todo o atendimento de urgência, e outros procedimentos como curativos de todos os tipos, aplicação de medicamentos, etc.

O material esterilizado, segundo as normas, passou a ser preparado diretamente no Centro de Material. As atribuições do pessoal auxiliar, portanto, passaram a ser reduzidas e pode-se dizer que, com as atuais normas do Ambulatório, podem ser perfeitamente realizadas por atendentes.

A partir de 1974, não houve mais contratação de auxiliar de enfermagem para o ambulatório e os funcionários do nível, na medida do possível, estão sendo remanejados para as Unidades de Internação e Centro Cirúrgico Ambulatorial. Devido ao pouco número com que, no momento, conta o Serviço, e às normas do Ambulatório, as atribuições do pessoal auxiliar (auxiliares de enfermagem e atendentes) são praticamente as

mesmas.

Quadro 3 - Total de Atendentes de Enfermagem lotadas no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, distribuídas segundo as áreas de Especialidade, no Ambulatório.

ÁREA DE ESPECIALIDADE	Nº DE ATENDENTES DE ENFERMAGEM	REGIME DE TRABALHO	HORAS PROFISSIONAIS
Puericultura	2	Contrato em Regime CLT	78h
Pediatria	2	Contrato em Regime CLT	78h
Ginecologia e Obstetrícia	9	Contrato em Regime CLT	351h
Psiquiatria e Neurologia	2	Contrato em Regime CLT	78h
Cirurgia Geral	2	Contrato em Regime CLT	78h
Medicina Interna (Especialidades)	9	Contrato em Regime CLT	351h
Oftalmologia	4	Contrato em Regime CLT	156h
Otorrinolaringologia	4	Contrato em Regime CLT	156h
TOTAL	34		1326h

O contrato de Trabalho do atendente é de 39 horas semanais.

As atribuições estão descritas no item 7.5.1.

7.5.1 - Atribuições do Pessoal

A) Enfermeira

Compete à enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública:

Atividades de assistência:

- Fazer consulta de enfermagem, segundo as normas dos programas;
- Encaminhar e orientar pacientes para exame médico, sempre que necessário;
- Prestar atendimento a qualquer paciente grave que comparecer aos serviços do ambulatório;

Atividades de Educação para a Saúde:

A nível de Família

- Orientar os familiares de pacientes quanto a: tratamentos, cuidados a domicílio, retornos, assistência pós-hospitalar, rotinas do serviço;
- Selecionar pacientes para visita domiciliária, segundo as normas dos programas;
- Realizar supervisão dos registros de visitas realizadas nos prontuários.

A nível de grupo

- Planejar, executar e coordenar conferências para grupos de pacientes;
- Planejar material áudio-visual de demonstração e material de divulgação para as atividades de grupo.
- Planejar e realizar o recrutamento dos grupos;
- Preencher agendas do SAME (Serviço de Arquivo Médico) referente ao trabalho de grupo;
- Elaborar mensalmente avaliação das atividades de grupo;

Atividades Técnico-Administrativas

- Fazer educação em Serviço, sistematicamente;
- Planejar, coordenar e executar cursos de treinamento para o pessoal de enfermagem;
- Supervisionar atividades desempenhadas pelo pessoal auxiliar;
- Fazer observação direta das técnicas de enfermagem executados pelo pessoal auxiliar;
- Preencher ficha de avaliação do desempenho dos funcionários sob sua responsabilidade;

- Transmitir ao pessoal de enfermagem toda a informação necessária para o adequado funcionamento do serviço;
- Fazer advertência verbal e solicitar advertência por escrito, quando indicado;
- Participar do planejamento das necessidades para as unidades do ambulatório;
- Supervisionar a limpeza e o transporte do material para o centro de Material;
- Solicitar à gerência do ambulatório, sempre que indicado, a reposição e manutenção do material permanente roupa e material de consumo.

Atividades relacionadas à programação

- Participar da organização e implementação dos programas de enfermagem de saúde pública em todas as unidades do Serviço;
- Elaborar mensalmente relatórios, relatando as atividades desempenhadas em cada programa;
- manter atualizados os registros, propostos em normas;
- Participar de reuniões de avaliação dos programas.

Atividades de Ensino e Pesquisa

- Colaborar e participar do ensino de enfermagem em saúde pública;
- Participar de pesquisas realizadas através do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública;
- Participar de estudos de casos com a equipe de enfermagem, estudantes de enfermagem e equipe multi profissional.

B) Pessoal auxiliar

As atribuições do pessoal auxiliar estão propostas nas normas e rotinas do ambulatório (manual do ambulatório, p. 19):

- No início de cada plantão, arruma as escrivaninhas dos consultórios, coloca os impressos em ordem, suprimindo as faltas;
- Substitui, no final do expediente, os lençóis das mesas de exame, ou durante o turno, caso seja necessário;
- Mantém a sala em ordem durante o atendimento;
- Auxilia, durante o exame médico e na consulta de enfermagem, quando requisitada, e segundo a rotina de cada serviço do Ambulató-

rio;

- Transporta, no final de cada turno, para a sala de preparo, todo o material usado nos consultórios;
- Procede à limpeza do material, separando aqueles que estão danificados, notificando o ocorrido à enfermeira;
- Encaminha o material limpo para a Central de Material, anotando a quantidade, qualidade, data e nome em livro de inventário existente no serviço;
- Encaminha aos consultórios o material esterilizado proveniente da Central de Material, para o atendimento da área;
- Observa e controla o material esterilizado, segundo as normas do serviço;
- Notifica a enfermeira, quando o material de consumo estiver prestes a se esgotar;
- Encaminha diariamente a roupa a lavanderia, fazendo rol, segundo rotina.

7.5.2 - Normas Técnico-Administrativas do Pessoal de Enfermagem

A - Recrutamento e Seleção de Pessoal

Recrutamento

Todo o recrutamento é realizado pela Assistente do grupo de Enfermagem. Para isto existem normas específicas nesse setor.

Seleção do Pessoal

Enfermeira

Requisito - Possuir preparo especializado a nível de habilitação ou especialização na área de conhecimento, em que vai atuar. Portanto, de acordo com o programa é exigência: Enfermeira Psiquiátrica, Enfermeira Obstétrica, Enfermeira de Saúde Pública.

Seleção - Prova de seleção e entrevista com a chefe do serviço. Após admissão, realiza o estágio probatório previsto no P.P.S. (60 dias).

Pessoal Auxiliar

Requisito - Possuir 1º Ciclo. Não é necessário preparo prévio.

Seleção - Após a realização de um curso de treinamento, são selecionadas as candidatas que, segundo critérios da Ficha de Avaliação, apresentaram melhor desempenho

no curso.

B - Treinamento inicial

Enfermeiras

Praticamente, o treinamento inicial da enfermeira é realizado através de instrução individual e, teoricamente, nos seguintes aspectos:

A chefe de serviço orienta sobre:

- Tipo de Programa em que a enfermeira vai atuar;
- Estrutura do Serviço: normas e rotinas do Serviço;
- Atribuições da enfermeira no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública;
- Tipos de Registros existentes no Hospital, especificamente no ambulatório;
- Sistema de Avaliação do Desempenho do Profissional.

A chefe de unidade orienta sobre:

- Substituições e movimentos de pessoal;
- faltas, licenças e férias de pessoal;
- ordens de serviço da Vice-Presidência Médica,

do grupo de Enfermagem e do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública.

A enfermeira da unidade orienta sobre:

- Normas e rotinas para execução de atividades finais: consulta de Enfermagem e grupos:
- Plano Assistencial do Programa, segundo o manual existente.

Pessoal Auxiliar

As atendentes, quando lotadas no Ambulatório, estão treinadas, através do curso inicial de treinamento.

No Ambulatório a chefe de unidade ambulatorial orienta sobre:

- Normas de rodizio de pessoal auxiliar;
- Faltas, licenças e férias de Pessoal auxiliar;
- Ordens de serviço relacionadas ao pessoal auxiliar;
- Atribuições da atendente a nível ambulatorial;
- Avaliação do desempenho da atendente, no ambulatório.

A enfermeira de unidade orienta sobre:

- atribuições específicas da área;
- normas e rotinas quanto à material e roupa;
- normas e rotinas específicas da área.

C - Educação em Serviço

Como já foi citado neste trabalho, a Educação em Serviço é também competência da Assistente do grupo de Enfermagem, a qual pode propor os programas de Educação por iniciativa própria ou por solicitação das chefes de Serviço (Anexo 2).

No Serviço de Enfermagem em Saúde Pública a grande ênfase é dada ao preparo contínuo da enfermeira. Isto porque as atividades propostas pelo serviço envolvem constante e continuamente o aperfeiçoamento da enfermeira em cada programa, considerando principalmente as ações independentes realizadas através do diagnóstico e tratamento dos pacientes assistidos nos programas de Enfermagem, de Saúde Pública.

De acordo com o roteiro indicado por Seldman⁴⁹, o serviço apresenta as seguintes áreas de Educação em Serviço.

1) Orientação e treinamento que compreende:

1.1 - Orientação do respectivo serviço de funcionários qualificados admitidos por contrato, segundo o já especificado no item "Treinamento Inicial".

1.2 - Treinamento de atendentes, realizados através de curso específicos de treinamento, o qual reúne atendentes do Ambulatório e da Unidade de Internação.

O treinamento para os atendentes é geral, segundo o programa estabelecido pelo grupo de enfermagem através da Assistente devido ao seguinte:

- considera-se que o atendente deve ser preparado para atuar em qualquer área do hospital (internação ou ambulatório). Com isso, facilitam-se os remanejamentos, realizados a pedido do funcionário ou por necessidade de serviço.
- considerando que o HCPA é um hospital de ensino, o atendente deve ser preparado para, inclusive, se eventualmente sair do hospital, estar em condições de atuar em outros recursos da Comunidade.

1.3 - Treinar e acompanhar estagiários

O HCPA é campo de estágio da Escola de Enfermagem da UFRGS. Os estágios dos alunos são supervisionados pelos docentes da Escola, com a colaboração do Professor, em regime de contrapartida, que praticamente realiza tempo integral no Hospital.

2 - Atualização de conhecimentos e aperfeiçoamento

2.1 - Reunião semanal de enfermeiras que atuam em cada programa, com a chefe de serviço.

Essas reuniões tem por finalidade:

- Avaliar os programas em suas normas e rotinas;
- Discutir assuntos relacionados ao Manual que é executado em cada sub-programa;
- Verificar, através da discussão em grupo, áreas de conhecimento em que as enfermeiras necessitam maior preparo.

2.2 - Realização de cursos intensivos, no próprio serviço, e encaminhamento de enfermeiras para assistir cursos, seminários, de acordo com o interesse do profissional e as necessidades do serviço.

2.3 - Apresentação e discussão mensal de estudos de caso, segundo uma metodologia definida pelo serviço.

3 - Entrevistas

3.1 - Entrevista mensal com cada funcionário a fim de preencher a ficha de avaliação (Anexo 3).

3.2 - Orientação dos funcionários quanto a problemas identificados, tanto na área de preparo para a função

quanto na área de conduta.

7.5.3 - Avaliação do desempenho do Pessoal

Enfermeira

Considerando que as atividades básicas desenvolvidas pelas enfermeiras do serviço são a consulta de enfermagem e os trabalhos com grupos de pacientes (cursos, conferências e clubes), para avaliação do desempenho da enfermeira levam-se em consideração os seguintes fatores:

A produção realizada pela enfermeira

Através de relatórios da SAME, é possível comparar o número de consultas mensalmente disponíveis e o número de consultas vendidas. Observando essa demanda pode-se verificar a procura individual de pacientes, para cada enfermeira.

O retorno de pacientes

Através das Agendas do SAME, pode-se constatar mensalmente o número de primeiras consultas e o número de reconsultas, realizando uma avaliação do retorno de pacientes por enfermeira.

Registros nos Prontuários

Segundo as normas do HCPA, o registro no prontuário é orientado para problemas, segundo o sistema de Weed.

A enfermeira, portanto, através de consulta de enfermagem no ambulatório, e entrevista de alta na Unidade de Internação, registra problemas e organiza o plano de assistência, segundo o diagnóstico de enfermagem.

Mensalmente são selecionados prontuários, para análise dos registros, nos seguintes aspectos:

- Avaliação da admissão do paciente: histórico de Enfermagem;
- Verificação da existência e da elaboração do plano assistencial individualizado, segundo o sistema de Weed (Anexo nº 14)

Atividades de grupo

Avaliação dos relatórios (Anexo nº 7) considerando número de reuniões e palestras realizadas por enfermeira. Estudo do percentual de retornos em relação ao número de inscritos.

B - Pessoal Auxiliar

A avaliação do desempenho do pessoal auxiliar é realizada pelos enfermeiros que atuam nos diversos Serviços do Ambulatório, com programas de enfermagem.

Ficha de Avaliação - Consta de uma ficha padrão que é proposta pelo Grupo de Enfermagem para todos os Serviços do HCPA (Anexo 3).

Esta ficha é preenchida, segundo as normas, mensalmente, pela enfermeira e na presença do funcionário.

7.6 - Normas Técnico - Administrativas para prestação de Serviços à Comunidade.

Embora o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública tenha abrangência global, integrando-se com os demais Serviços e Unidades do Hospital, é na assistência a nível ambulatorial que pretendemos nos deter, para uma descrição mais minuciosa.

Entretanto, antes de focar a assistência de enfermagem a nível ambulatorial, consideramos necessário realizar uma descrição sucinta do Ambulatório do HCPA, tendo em vista, principalmente, serviços e normas do Ambulatório.

7.6.1 - Assistência médico-sanitária a nível ambulatorial

A - Especialidades médicas e serviços da Unidade de Ambulatório do HCPA:

Segundo normas do SAME, os serviços que atualmente estão em funcionamento no Ambulatório são descritos como sendo os seguintes:

Cirurgia

Geral, ginecológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, pediátrica, plástica, proctológica, torácica, urológica, vascular, periférica.

Medicina Interna

Geral, cardiológica, dermatológica, endocrinológica, gastroenterológica, hematológica, neurológica, nefrológica, pneumológica, reumatológica, pediátrica, psiquiátrica.

Enfermagem

Saúde da Criança

Puericultura, saúde do adulto, saúde materna, saúde mental.

Serviço Social

Atendimento individual de familiares de crianças e adolescentes.

Psicologia

Testagens de crianças e adolescentes encaminhados pela equipe.

Recepção

Atendimento por recepcionistas em todos os serviços nas zonas de recepção (área externa) e na Central de Marcação de Consultas.

B - Normas no Ambulatório

Pagamento de Consultas e Exames

Os atendimentos são remunerados de acordo com a tabela vigente no HCPA: o preço da consulta é determinado pe-

la Administração Central do Hospital. O pagamento é realizado de acordo com as seguintes categorias salariais:

- a) mais de 3 salários mínimos;
- b) 1,8 — 3 salários mínimos;
- c) 1 — 1,8 salários mínimos;
- d) até 1 salário mínimo.

O valor da consulta é estabelecido mediante classificação salarial, através de:

- a) documento que identifique filiação à entidade de convênio;
- b) documento comprovante de renda, que pode ser: carteira profissional atualizada, contra-cheque, carnês de aposentadoria.

Todos os pacientes do INPS portadores de carteira de assistência médica de Porto Alegre, de acordo com o convênio firmado com essa entidade, poderão ter os exames subsidiários realizados no HCPA sob a responsabilidade do INPS. Os demais convênios, segundo as cláusulas contratuais em vigor no Hospital.

No caso de não comprovação da renda, o paciente é enquadrado na classificação salarial mais elevada.

Marcação de Consultas

A marcação de primeira consulta e consultas novas é realizada na Central de Marcação. As reconsultas são mar-

casas diretamente na área onde é realizado o atendimento, com a recepcionista dessa área.

As consultas são marcadas no horário das 7 às 19 horas, ininterruptamente.

As consultas são marcadas para cada turno (3 turnos) em dois grupos: o primeiro, das primeiras consultas, e o segundo, das reconsultas, para cada horário.

As reconsultas poderão ser transformadas em primeiras consultas desde que a duração seja igual ou superior à primeira consulta.

Até 48 horas de antecedência as reconsultas que não são vendidas devem ser enviadas para a gerência do Ambulatório para serem transformadas em primeiras consultas.

Quando há necessidade de consulta extra, a mesma deve ser encaminhada à gerência do Ambulatório, para as providências necessárias.

Por ocasião da marcação da primeira consulta na Central de Marcação, é realizada a folha de identificação do paciente, contendo as informações necessárias, segundo documento de identidade, solicitado ao paciente (Anexo 4).

Na primeira consulta, o prontuário é encaminhado à recepcionista da área, com os dados de identificação preenchidos. Nessa ocasião, o paciente recebe um cartão de identificação contendo: nome, nº do prontuário, categoria salarial

e, no verso, espaço para preencher, agendamentos para reconsultas, transferências de clínica ou marcação de consulta nova, admissão para internação e encaminhamentos para o Serviço de Enfermagem.

Na marcação de cada consulta, o paciente recebe um talão contendo: nome, data de consulta, hora, nome do profissional, número do consultório e área de atendimento. Esse talão só é válido quando autenticado pela caixa.

Diariamente, em cada turno, são encaminhadas as agendas realizadas pelo SAME (Anexo 5), contendo a relação dos pacientes que deverão consultar, sua característica e distribuição em consulta e reconsulta. Através das agendas, é realizado o relatório progressivo do SAME (Anexo 6).

A recepcionista de cada área anota na agenda, o horário de entrada e saída do paciente no consultório. No caso de não estar previamente agendado, registra-o conforme instruções.

Marcação de Exames

A marcação de exames é realizada, mediante a apresentação de um dos seguintes documentos: Carteira de Assistência Médica do INPS, Carteira de Benefício do INPS, Carteira de Identidade da Instituição de Convênio, Cédula de Identidade Funcional do HCPA, para funcionários.

A marcação de exames só é realizada mediante re-

quisição completa, bem como assinatura e carimbo do médico.

A marcação de exames é realizada de acordo com as grades fornecidas pelos Serviços Médicos Complementares, excessão feita aos exames de Patologia Clínica (laboratoriais), que são realizados dentro de 10 dias, devendo o paciente se apresentar nesse prazo, no setor de marcação de exames laboratoriais, com o material necessário, se for o caso.

As requisições de exames de Patologia Clínica realizadas por enfermeiras participantes dos Programas de Saúde Pública em execução nos Serviços do Ambulatório são encaminhadas aos médicos dos respectivos serviços para assinatura e carimbo.

Os resultados dos exames, para pacientes do HCPA, são colocados diretamente no prontuário.

Para pacientes de INPS com requisições oriundas de Serviços não pertencentes ao HCPA e pacientes particulares não pertencentes ao HCPA, os resultados de qualquer exame são fornecidos pela Central de Entrega de Exames, no horário das 8 à 19 h.

Atendimento em grupo

O atendimento em grupo também é agendado, sendo que são seguidas normas de cada serviço e programa do ambulatório.

As conferências em grupo realizadas pelo ser-

viço de Enfermagem são agendadas e não há remuneração do paciente para esta atividade.

O paciente sempre é agendado para conferências em grupo, pelo profissional que realiza o diagnóstico considerando de suas possibilidades para frequentar grupo.

Ao fim do turno, a recepcionista coloca na agenda o número de participantes em grupo. Através dessa agenda é elaborado o relatório mensal das atividades em grupo (Anexo 7).

7.6.2 - Serviço de Arquivo Médico no Ambulatório

O Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Ambulatório é de grande significação para a estrutura dos Serviços ambulatoriais.

O SAME é responsável pela organização de rotinas e sua supervisão, nos seguintes setores do ambulatório:

- 1) Setor de Informações;
- 2) Central de Marcação de Consultas;
- 3) Central de Registros.

Mensalmente são emitidas grades de consultas onde é indicado o nº de profissionais que atende em cada área e o nº de consultas previstas, sendo estas dimensionadas em consulta e reconsulta, segundo as normas de cada serviço.

O SAME elabora a Agenda de Consultas e Boletim

estatístico, com instruções escritas para preenchimento, (Anexo 6), sendo este o elemento auxiliar para a confecção do Relatório Mensal. (Anexo 7)

Segundo a agenda de consultas, o SAME se responsabiliza pelo encaminhamento de prontuários, para cada área do ambulatório e, no final de cada turno o recolhimento dos mesmos, com a agenda de consultas, preenchida pela recepcionista.

7.6.3 - Organização do Material

No HCPA, ao estruturar-se o ambulatório, foi organizado, através da área administrativa e por solicitação da Vice Presidência Médica, o sistema de gerência, seja a nível de internação, seja a nível ambulatorial.

As atribuições do gerente do ambulatório foram elaboradas pela Vice Presidência Administrativa (Anexo 8). Quanto ao aspecto material, assim estão expressas:

- Providenciar no suprimento do material de consumo necessários às atividades do ambulatório.
- Controle do suprimento da listagem de materiais fornecidos automaticamente pelo almoxarifado.

De acordo com essas atribuições previstas para o gerente do ambulatório, a enfermeira é liberada para assumir maiores responsabilidades junto ao paciente, através das atividades finais.

Da mesma forma, em relação aos aspectos de manutenção de material, segundo as atribuições, compete ao gerente do ambulatório providenciar na manutenção preventiva e corretiva da área física, das instalações e do equipamento em geral (Anexo 8).

7.6.4 - Modelos de Registros

Os modelos de Registros existentes no ambulatório são os mesmos utilizados em todo o Hospital (Anexo 9).

Os modelos são os seguintes:

- Requisição de Material de Consumo;
- Requisição de Material Semi-Permanente;
- Requisição de compra de Material.

7.6.5 - Uso, preparo e conservação

Todo o preparo do material esterilizado é realizado na Central de Material. Não existe material em estoque nas áreas do ambulatório, pois, de acordo com a previsão realizada pela enfermeira, o material é encaminhado diariamente às áreas pela Central e recolhido no final do turno.

Quanto ao material que não é esterilizado seu preparo e desinfecção é realizado de acordo com as normas centrais da Central de Material.

7.6.6 - Responsabilidade do Pessoal de Enfermagem

Compete à Enfermeira de Área:

- Previsão inicial das necessidades de material, de acordo com a equipe, sempre que são organizados novos serviços, setores ou sub-setores de atendimento, no ambulatório;
- Solicitar ao gerente do ambulatório o material de consumo necessário;
- Solicitar ao gerente do ambulatório concerto e revisão de instalações e equipamentos, sempre que necessário;
- Encaminhar ao chefe do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública relatório bimestral sobre problemas e sugestões, quanto ao aspecto material.

Compete ao funcionário de Enfermagem:

- Solicitar que o material esterilizado seja encaminhado da Central de Material através de mensageiro;
- Conferir o material recebido;
- Ao final do turno devolver o material recebido, separando o material danificado;

- Comunicar ocorrências quanto à falta, extravio ou danificação de material à enfermeira da área.

8 - PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA A NÍVEL AMBULATORIAL

Considerando as características do HCPA - um hospital geral, sem área geográfica delimitada para a prestação de assistência, e um hospital de ensino - para definir o tipo de assistência de enfermagem a ser prestada através dos serviços ambulatoriais partiu-se dos seguintes princípios:

a) Introduzir na assistência ambulatorial a atenção de enfermagem, de forma sistemática e contínua, através de atividades finais, tendo em vista assistir o paciente e sua família, de forma programada;

b) Considerando o conceito da intervenção preventiva, assistir todo o paciente cujos danos possam ser reduzidos ou ter seus efeitos minorados, através das ações da enfermeira.

c) Introduzir no sistema de assistência do HCPA,

através de seu ambulatório, a supervisão sistemática de pacientes sadios, segundo seu ciclo vital, tendo em vista executar ações de intervenção para manter a saúde.

8.1 - Programas a nível de Assistência Ambulatorial

Programa I - Saúde do Adulto, com os sub-programas:

- a) assistência de enfermagem ao paciente portador de danos crônicos;
- b) assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico;
- c) assistência de enfermagem em fisioterapia respiratória.

Programa II - Saúde da Criança - como sub-programa de puericultura:

- a) assistência de enfermagem à criança de 1 mês a 15 anos.

Programa III - Saúde Materna - com os sub-programas:

- a) assistência de enfermagem à gestante sadia;
- b) assistência de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico.

Programa IV - Saúde Mental.

8.2 - Atividades Finais, nos programas de enfermagem em Saúde Pública.

a) Consulta de Enfermagem - É a atividade que é realizada para pacientes encaminhados de qualquer área do ambulatório ou da unidade de internação. Tem finalidade manter a supervisão da saúde de forma sistemática e contínua, através de ações determinadas.

b) Conferências em grupo - É a atividade que é realizada para pacientes que, após assistência individual, passam a receber supervisão em grupo. É também realizada para pacientes que, mesmo em supervisão individual, participam de grupos a fim de receber orientação prática sobre procedimentos de auto-cuidado. Ex: demonstração da auto aplicação de insulina para diabéticos, ou discussão de problemas mais frequentes, com grupo de pacientes de primeiro trimestre de gravidez.

c) Cursos de Educação para a Saúde - Para cada programa, existem cursos específicos, com programa previamente elaborado, a ser realizado dentro de um período de tempo determinado, para pacientes que se encontram registrados no hospital e clientes da comunidade em geral.

d) Clubes - Constituem atividades de grupo organizadas para pacientes inscritos nos programas de enfermagem, em consulta ou grupo, que, por seu preparo para o auto-cuidado e motivação, estejam interessados em reunir-se sob for-

ma de associação ou clube, a fim de participarem mais ativamente na comunidade.

Esses pacientes já preparados para o auto-cuidado são verdadeiros exemplos na comunidade e podem auxiliar outras pessoas a equacionar situações novas, como: adaptação a uma nova condição pós-cirúrgica, aceitação de um diagnóstico que envolva controle permanente, etc.

Além disso, os clubes poderão ser elementos dinâmicos, servir de estímulo para a participação ativa dos sócios em atividades tais como: chamamento de faltosos, encaminhamentos, descobertas de casos, etc.

8.3 - Descrição das Atividades

8.3.1 - Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem, no sistema de assistência a nível ambulatorial, é programada dentro do mesmo sistema de programação das demais consultas no ambulatório segundo o descrito no item 7.6.

Normas da consulta de enfermagem

Inscrição

O paciente é inscrito nos programas, através da primeira consulta de enfermagem. Os encaminhamentos são realizados por enfermeiros, médicos e outros profissionais, do ambulatório ou unidade de internação.

Pagamento das consultas de enfermagem

As consultas de enfermagem são remuneradas como as consultas médicas, mas custam a metade do preço da consulta médica, segundo a tabela utilizada no ambulatório. Esta norma foi proposta pelo Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, considerando que a consulta de enfermagem, sendo de Supervisão e atingindo principalmente a população a nível de auto-cuidado, necessita realizar retornos para consultas com a enfermeira em maior número.

Marcação de consultas

Se o paciente não tem prontuário aberto no Hospital, a marcação de consultas será realizada na Central de Marcação do Ambulatório. Se o paciente já é inscrito no Hospital, a marcação da primeira consulta de enfermagem pode ser realizada diretamente com a recepcionista do serviço ao qual o paciente se dirige. Ex: Paciente pós-internado e que deverá continuar o preparo para o auto-cuidado poderá marcar consulta de enfermagem diretamente no setor de cirurgia ou de medicina interna do ambulatório, continuando dessa forma, automaticamente, a supervisão para o auto-cuidado com a enfermeira do ambulatório.

As reconsultas são marcadas diretamente com a recepcionista do serviço em que o paciente se encontra em supervisão.

Previsão de consultas

Mensalmente a enfermeira chefe do Serviço de Saúde Pública prevê o número de consultas que serão realizadas no ambulatório, considerando: horas profissionais, duração da consulta e reconsulta, - horários para outras atividades, tais como grupo, clubes, além de atividades de supervisão, que são realizadas. A previsão de consultas é emitida em um mapa geral através do sistema de computação do Hospital.

Agendamento de consultas

Diariamente, para cada programa, a enfermeira recebe, através da recepcionista, a agenda contendo o total de consultas e reconsultas previstas para o dia. Esta agenda é elaborada pelo SAME, e, para tal, é utilizado o talão de pagamento da consulta, que é distribuído em 3 partes:

- a) Uma parte é encaminhada ao SAME a fim de emitir a agenda;
- b) Uma parte para o Setor de Contas;
- c) A restante permanece com o paciente, comprovando a, hora e local da consulta marcada.

Encaminhamentos

Após a realização da consulta de enfermagem, a profissional encaminha o paciente à recepcionista da área, a qual anota no cartão de identificação do paciente, uma das seguintes condições:

- a) Reconsulta na própria especialidade e a data sugerida;
- b) Transferência para outra especialidade, para tratamento ou consultoria com outro profissional;
- c) Setor de admissão do ambulatório, para internação no HCPA;
- d) Internação em outro Hospital;
- e) Serviço Social.

Concentração da consulta de enfermagem

Em todos os programas de pacientes, há normas prevendo a concentração, por exemplo: para lactente de 1 mês a 1 ano prevêem-se 6 consultas de enfermagem e 3 consultas médicas; para gestantes sadias, 6 consultas de enfermagem e 3 consultas médicas; para a paciente em prevenção do câncer ginecológico, a concentração de consultas de enfermagem é realizada segundo as normas do programa e considerando a idade da paciente; nos programas de pacientes portadores de danos, em preparo para o auto-cuidado, a concentração de consultas é prevista segundo o Diagnóstico de Enfermagem* e as possibilidades do paciente para atendimento individualizado, incluído o julgamento da enfermeira para agendamento para que seja atendido em grupo.

*Utiliza-se o termo Diagnóstico de Enfermagem segundo o seguinte conceito "Identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira do grau de dependência de atendimento em natureza e extensão.²⁴

Duração da Consulta

As consultas e reconsultas são propostas para 30 minutos. Considerando que esse programa se realiza em um Hospital de ensino, e tendo em vista todas as ações da consulta, foi decidido que é preferível aumentar o número de pacientes em grupo e selecionar a consulta de enfermagem de forma que a mesma possa ser corretamente executada. As consultas e reconsultas são registradas na agenda. Através dos registros da agenda, o SAME elabora o relatório mensal em que é publicada a produção de todos os serviços, inclusive Enfermagem (Anexo 7).

Sob o aspecto de duração da consulta, considera-se que, tendo em vista o sistema de revisão do plano e registro para cada problema identificado, a reconsulta é proposta também para 30 minutos.

Procedimentos da enfermeira

No Manual do Ambulatório do HCPA, está definida a assistência que cada profissional realiza no ambulatório. No que diz respeito à enfermeira, estão definidos os seguintes procedimentos:

- 1) Atende pacientes encaminhados pelos setores de marcação de consulta através da recepcionista;
- 2) Atende o paciente, colhe dados para o histórico de enfermagem, levanta problemas; e-

labora o diagnóstico, o plano assistencial e registra no prontuário a orientação indicada;

- 3) Nas reconsultas, atualiza a lista de problemas e dá continuidade ao plano assistencial;
- 4) Seleciona, segundo os critérios de cada programa, pacientes para tratamento de enfermagem a nível de grupo ou individual;
- 5) Faz entrevistas com familiares, quando necessário;
- 6) Encaminha o paciente para outras especialidades, quando necessário;
- 7) Encaminha o paciente para recursos da comunidade;
- 8) Ao final da consulta, encaminha o paciente à recepcionista, para marcação da reconsulta;
- 9) Preenche, diariamente relatório de estatística do Serviço de Enfermagem;
- 10) Realiza, segundo rotina, vacinas, através da consulta de enfermagem;
- 11) Ao final do turno, entrega os prontuários a recepcionista da área;

- 12) Participa de reuniões de equipe multiprofissional para discussão de casos que envolvem diversos profissionais da saúde;

Ações da consulta

Todos os programas de enfermagem de Saúde Pública possuem um Manual de Enfermagem em que são previstas as ações que serão realizadas pela enfermeira que atua em cada programa. Em relação à consulta de enfermagem é previsto o histórico de enfermagem, o exame físico e rotinas básicas relacionadas ao plano assistencial, como por exemplo, tabelas de crescimento e desenvolvimento, tabelas de nutrição, exemplos de cardápios necessários a determinada dieta, esquema de imunizações e normas de registros no prontuário.

8.3.2 - Educação de Grupo

a) Conferências de grupo

Da mesma forma que, na consulta de enfermagem, também as conferências em grupo são registradas nas agendas de atendimento diário da enfermeira.

Os seguintes programas realizam conferências de grupo:

Saúde Materna - Grupos de Gestantes de 1º, 2º e 3º trimestre de gravidez.

Nesses grupos, além de receber a orientação bá-

sica, as gestantes têm oportunidade de discutir assuntos relacionados com o período de gestação em que se encontram.

Saúde do Adulto - Pacientes pré-cirúrgicos

Após admissão ao Hospital, esses pacientes são encaminhados para reunião em grupo. Há uma programação prevenindo os critérios para encaminhamento destes pacientes para grupo.

O programa prevê exclusivamente o preparo do paciente para o pré-operatório imediato, afim de diminuir sua ansiedade e obter sua colaboração no que for necessário.

b) Cursos de Educação para Saúde

Os seguintes programas desenvolvem cursos sistematicamente:

Saúde do Adulto

- Curso para Diabético Adulto;
- Curso para Diabético Juvenil;

Saúde Materna

- Curso de Preparação para o parto:
 - a) para pacientes gestantes;
 - b) para casais.

Saúde da criança

- Curso para mães de lactentes.

Ações para organização e desenvolvimento dos cursos.

Recrutamento

O recrutamento é realizado através de meios de divulgação como jornais, rádio e televisão. Internamente, no serviço, através do agendamento realizado pelas enfermeiras que atuam no ambulatório, recepcionistas e divulgação através de anúncios em cartazes.

Programação

Todo o planejamento de cursos é realizado pelas enfermeiras que atuam nos programas, juntamente com a chefe do serviço. Após realizada a programação, a mesma é encaminhada às chefias dos Serviços, para conhecimento do mesmo. Anexamos, como exemplo, o Plano de Curso psicoprofilático e curso para mães (Anexo 10).

Registros

Relatórios mensais são encaminhados ao SAME constando de: total de palestras realizadas, número de pacientes inscritos, número de retornos e total de reuniões realizadas (Anexo 11).

c) Clubes

O serviço possui organizado o Clube dos Diabéticos, encontrando-se em preparo a organização do Clube do Paciente Colostomizado.

O clube dos Diabéticos possui estatuto e regimento aprovado pela administração central do Hospital (Anexo 12).

O grupo é assessorado por duas enfermeiras que compõem a Assessoria Técnica, segundo o previsto nos Estatutos do clube.

Através das atividades descritas pode-se observar que, de acordo com o conceito da intervenção preventiva, após a entrada do paciente no Sistema de Assistência de Enfermagem em Saúde Pública, prevê-se a sua permanência, inclusive quando preparado para o auto-cuidado, com atividades de grupos comunitários (clubes). Todo o paciente é orientado no sentido de manter seus controles de saúde, de acordo com uma periodicidade indicada segundo suas necessidades de saúde e seu ciclo vital.

Pode-se esquematizar a Assistência de Enfermagem de Saúde Pública, a nível ambulatorial, através dos seguintes passos:

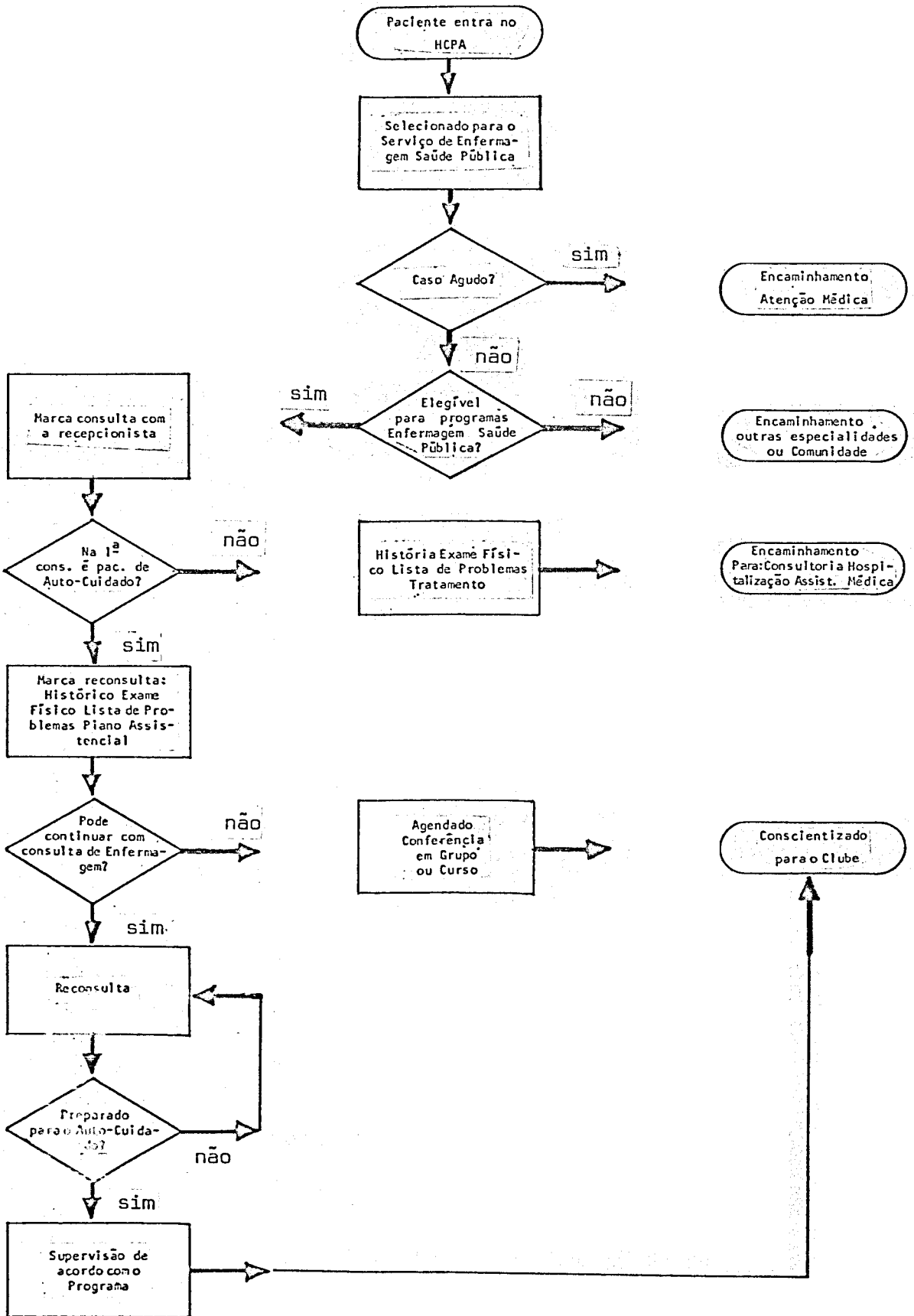


FIGURA 5 - ENTRADA DO PACIENTE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA. SEU PAPEL NA ASSISTÊNCIA A NÍVEL AMBULATORIAL.

8.3.3 - Exames Laboratoriais

Todo o paciente em Supervisão através dos programas de Enfermagem em Saúde Pública realizam exames de rotina para controle e avaliação seguindo as normas do ambulatório. (item 7.6)

As requisições realizadas pelas enfermeiras são encaminhadas aos médicos dos respectivos serviços, para assinatura e carimbo.

Exames de rotina que são solicitados pela enfermeira:

a) Saúde Materna

- exame comum de urina;
- glicemia;
- grupo sanguíneo e RH;
- imunofluorescência para toxoplasmose;
- hemograma;
- parasitológico de fezes;
- sorologia para Lues (VDRZ - Kahn imunofluorescência).

b) Puericultura

- comum de urina;
- hemograma;
- mantoux;
- parasitológico de fezes.

c) Saúde do Adulto

- glicemia;
- colesterol;
- triglicerídios.

Periodicidade dos Exames

Os exames são solicitados pelas enfermeiras, nos programas de supervisão a sadios, de acordo com as normas de cada programa (Puericultura e Gestante Sadia). No programa de Saúde do adulto, as normas sugerem que, ao ser encaminhado o paciente para o Serviço de Enfermagem, os resultados dos exames encontrem-se no prontuário. Após o início da Supervisão com a enfermeira, os pedidos de exames são realizados de acordo com o diagnóstico e o tratamento de enfermagem.

Resultados de Exames

Os resultados devem estar afixados no prontuário, na reconsulta imediata após sua requisição. Nessa ocasião a enfermeira analisa esses resultados e indica:

- a) modificações no tratamento de enfermagem
- b) encaminhamento a consulta médica ou
- c) manutenção do tratamento de enfermagem proposto.

8.3.4 - Imunizações

As imunizações são realizadas no programa de Assistência pré-natal e Puericultura.

As normas para os programas de imunizações estão de acordo com as emitidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

As vacinas são sempre realizadas através da Consulta de Enfermagem, portanto, são realizados pela enfermeira obstétrica ou pela enfermeira de Puericultura. As vacinas, nos programas, não são delegadas para pessoal auxiliar, por dois motivos:

a) Considera-se que, é de extrema importância o preparo da mãe ou gestante para compreender o que é a vacina, sua importância e a importância dos retornos. Isso é realizado pela enfermeira através do plano assistencial. Da mesma forma, se a paciente marca retornos seguindo as normas de periodicidade de consultas de cada programa, a mesma pode ser atendida pela enfermeira e a vacina passa a ser uma ação da consulta;

b) Devido à relação enfermeira-paciente (gestante ou criança) a vacina é melhor aceita e, portanto, os retornos são praticamente de 100%. Só não retornam pacientes que eventualmente tenham mudado de residência.

Normas do Programa de Imunizações

Inscrições

Podem-se realizar vacinas nos serviços de Puericultura e Saúde Materna. Tanto em pacientes matriculados no HCPA, como em pacientes encaminhados por outros recursos de comunidade (consultórios médicos privados) ou que demandem espontaneamente da comunidade.

Vacinas Indicadas e Esquema de Imunizações

Saúde Materna

Antitetânica de acordo com o seguinte esquema:

- em gestantes não imunizadas ou que o tenham sido há mais de 5 anos: aplicação de três doses de toxóide tetânico com intervalo de 30 dias, a iniciar no 6º mês de gestação;
- em gestantes que tenham sido imunizadas há menos de 5 anos: aplicação de uma dose de reforço de toxóide tetânico no 8º mês de gestação.

Puericultura

DPT

Difteria	}	- 2 meses
Coqueluche		- 4 meses
Tétano		- 6 meses
Sabin		

1º Reforço - 18 meses

2º Reforço - 3 anos

Anti-Sarampo - 9 meses

MMR

Sarampo	}	19 meses
Caxumba		
Rubéola		

Anti-Varíola	}	- 1 ano
e		4 anos
Leitura		7 anos
		10 anos

Toda criança ou gestante que frequenta os serviços do ambulatório é encaminhada para vacinação segundo indicação médica ou de enfermagem.

Todo encaminhamento realizado pelo médico ou pela enfermeira é registrado em ficha de evolução clínica do prontuário.

Registros

Toda vacina é registrada:

- na ficha de imunizações do serviço;
- na ficha que é entregue à mãe ou a gestante;
- no prontuário do paciente;
- no boletim mensal de imunizações, sendo que é encaminhada uma cópia do mesmo à Secretaria de Saúde do Estado;
- nas fichas de imunização do serviço e na fi-

cha entregue ao paciente, o registro compõe-se de: Tipo de vacina aplicada, data de aplicação em tinta azul, data do próximo agendamento a lápis (Anexo 13).

Arquivamento

As fichas agendadas são arquivadas, em arquivo próprio, segundo a divisão de dias e meses.

Diariamente as fichas de imunizações são arquivadas segundo a ordem do dia do próximo retorno previsto.

As fichas dos pacientes faltosos são arquivadas por ordem alfabética, não se considerando a data do agendamento.

Por ocasião do retorno para a vacina, a ficha de vacinação é encaminhada ao consultório da enfermeira, pela atendente, procurando no fichário a data do agendamento se for vacina em dia ou fichário alfabético se for vacina atrasada.

Agendamento

É realizado agendamento, após cada vacinação na ficha de serviço.

A anotação da data do próximo retorno para vacinas é registrada a lápis. Após a execução da vacina, é modificada para anotação em tinta azul.

Todo paciente recebe a ficha de imunização onde

será registrada a vacinação feita e o próximo agendamento.

A ficha de imunizações é entregue ao paciente (gestante ou mãe) para que tome conhecimento da data do próximo retorno.

Controle de retornos

É realizado pela atendente responsável, nos serviços de Obstetrícia e Puericultura do ambulatório.

Diariamente, depois do expediente, são controladas as fichas de pacientes agendados para o dia, que não retornaram ao serviço.

Após o 8º dia de não comparecimento, o paciente é considerado *faltoso*. Sua ficha é retirada do arquivo e encaminhada para a enfermeira.

Os faltosos são notificados através de correspondência pelo correio, ou de visita domiciliar.

A notificação de faltosos é realizada mediante a abertura de uma lista em que constam: data, nome (do paciente e nome da mãe) endereço, data em que foi previsto o último comparecimento.

A enfermeira, após encaminhar a notificação de faltosos, faz retornarem as fichas de imunização para a Sala de Imunizações.

A funcionária responsável, recebe as fichas e

as coloca em arquivo, em repartição especial para pacientes faltosos.

O arquivamento de faltosos é realizado por ordem alfabética, não mais se considerando a data de agendamento.

Por ocasião do retorno do paciente, a ficha de vacina será encontrada pela indicação do nome da criança ou da gestante.

O registro de vacinação de faltosos será feito na data em que realizou a vacina e o agendamento em função dessa nova data.

Chamamento de faltosos

O chamamento de faltosos será de responsabilidade da unidade de cuidado a domicílio. O chamamento é realizado por carta, e caso o paciente não tenha comparecido, será realizada a visita domiciliária para chamamento.

No momento, esta atividade não é realizada, sendo que será dinamizada com estudantes de enfermagem, quando da implantação da Residência de Enfermagem em Saúde Pública.

8.4 - Registros

Os Registros utilizados pelo serviço de Enfermagem são os seguintes: constam de Registros Clínicos e Registros Administrativos.

Registros Clínicos

Os Registros Clínicos são basicamente realizados no prontuário.

No HCPA é adotado o Registro Orientado para Problemas, de acordo com o Sistema de Weed (Anexo 14).

Segundo as normas, os elementos do Registro são (Anexo 14)

1. Estabelecimento de dados básicos:
 - História;
 - Exame Físico;
 - Exames Laboratoriais de admissão.
2. Formulação de todos os problemas:
 - Lista de Problemas.
3. Planos para cada problema:
 - Coleta de dados adicionais;
 - Tratamento;
 - Educação do Paciente.

4. Observação de cada Problema.

Notas de progressos: rotuladas e numeradas.

No Prontuário, o Histórico de Enfermagem é registrado na folha do prontuário prevista para a anamnese.

A formulação e registro dos problemas, identificados e numerados pela enfermeira, iniciam-se a partir da primeira consulta de enfermagem.

Esta lista contém todos os problemas identificados, através da história e do exame físico do paciente. Problemas passados e presentes, ativos e inativos.

A lista de problemas encontra-se na primeira página do prontuário (Anexo 15) e todos os problemas listados, segundo as normas, devem estar fundamentados na folha de evolução do prontuário.

O plano inicial compõe-se de 3 elementos:

a) investigação diagnóstica - é quando se interroga possíveis diagnósticos;

b) Tratamento;

c) Educação do Paciente.

As notas de progresso são descritas na Folha de Evolução do prontuário e, ao contrário do que ocorre no prontuário tradicional, são acompanhadas sempre de número e título.

lo do problema.

As notas de progresso constam de:

Notas Narrativas - em que cada problema titulado e datado é avaliado na seguinte sequência: subjetivo, objetivo, avaliação, plano (SOAP).

Os dados subjetivos dizem respeito a informações fornecidas pelo paciente; os dados objetivos referem-se a dados do exame físico, resultados de testes laboratoriais, exames complementares; a avaliação reflete a condição do paciente antes e depois de ser dado o tratamento imediato, e que se refletirá em mudanças eventuais do plano; o plano mostra qual o tratamento, ensino ou observação são projetados para o futuro muito próximo.

Diagramas - são programados para conter todos os parâmetros móveis. Deveriam ser mantidos com referência a todos os problemas nos quais as relações tempo e dados são complexas.

Os diagramas e as notas narrativas constituem a fase de observação do processo de manutenção do Registro, e como tal, constituem o centro dinâmico do mesmo.

Registros Administrativos

Os registros utilizados para avaliação do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública são os seguintes:

- Boletim mensal do SAME, constando de ocorrências de consultas de enfermagem, considerando a área e o nome do profissional, os faltosos e as consultas atendidas, discriminadas em primeira consulta, consulta nova e reconsultas (Anexo 6).

No mesmo Boletim são emitidas as consultas previstas, vendidas e não vendidas (Anexo 16). Nele, todos os dados são registrados levando-se em conta a produção de cada profissional.

- Agenda de consultas e Boletim específico (Anexo 5).

- Relatório de Enfermagem, relacionado às atividades de grupo (Anexo 11).

- Relatório de Enfermagem relacionado às atividades de preparo de pacientes para Cirurgia (Anexo 17).

- Relatório dos Programas que compõem o Serviço de Enfermagem de Saúde Pública (Anexo 18).

9 - ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DO ADULTO E PUERICULTURA

9.1 - Justificativa

O Serviço de Enfermagem em Saúde Pública no HCPA, segundo o que foi descrito, apresenta no momento 4 programas organizados.

Esses programas, atualmente em execução, foram implantados no decorrer de 5 anos, e à medida que a estrutura do serviço ambulatorial, permitia. Portanto, os programas não iniciaram simultaneamente, mas à medida que foram propostos e aceitos pelo grupo de enfermagem do HCPA e administração central do Hospital.

Devido a esse fator, existem programas que estão em execução há praticamente 5 anos, e outros têm menos de 2 anos.

Considerando, que nosso objetivo é apresentar

a produção de enfermagem em dois programas, procurou-se propor o estudo daqueles que possuem uma estatística organizada de atividades finais há, no mínimo, 3 anos.

Portanto os dois programas selecionados foram Saúde do Adulto, com o sub-programa de Supervisão da Saúde de Pacientes Portadores de Danos Crônicos e Puericultura.

Selecionaram-se esses programas porque, tendo sido implantados na mesma época, através da assistência ambulatorial, oferecem características distintas, devido às próprias particularidades da clientela que é assistida por esses programas.

No Programa de Saúde do Adulto, em seu sub-programa de Pacientes Portadores de Danos Crônicos tais como: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, pacientes portadores de problemas respiratórios crônicos, a enfermeira deve constantemente identificar as necessidades desses pacientes, as quais variam conforme seu estado de saúde dentro do ciclo saúde - enfermidade.

Devido as rápidas mudanças que envolvem atualmente a assistência médica, esses pacientes permanecem menos tempo hospitalizados, e, portanto, necessitam de maior preparo para o auto-cuidado, através de uma programada supervisão.

Da mesma forma que a mortalidade infantil constitui um indicador básico para o diagnóstico de saúde de uma comunidade, a alta mortalidade ou a incapacidade precoce de a-

adultos representam grande ônus para a comunidade, visto que esses indivíduos são atingidos, na fase mais produtiva da vida, e esta situação individual repercute grandemente na família, seja do ponto de vista econômico como do ponto de vista psicológico e emocional.

Portanto, ao estruturarmos o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do HCPA, consideramos esse programa essencial devido basicamente aos seguintes fatores:

a) este paciente, não sendo preparado corretamente, para o auto-cuidado, torna-se um constante candidato às internações hospitalares;

b) pode tornar-se um indivíduo precocemente incapaz para o trabalho e apresentar sérias limitações para um relacionamento humano satisfatório;

c) através da educação sistemática e contínua desses pacientes que estão ligados a fatores do meio ambiente, à comunidade e à família em que vivem, pode-se realizar também a promoção da saúde, identificando fatores de risco que envolvem familiares e introduzindo-os no Sistema de Supervisão da Saúde.

d) De uma forma geral, programas sistemáticos que envolvam atenção contínua da enfermeira a adultos não hospitalizados são pouco implementados nos ambulatórios, tanto em hospitais, como em outros recursos da comunidade, tais como Unidades Sanitárias e Postos de INPS. A exceção é feita aos pro-

gramas de Controle de Doenças Transmissíveis.

O programa de Puericultura foi selecionado por ser justamente considerado um programa já tradicional na enfermagem, no qual a enfermeira tem um papel bem definido.

Segundo o trabalho realizado por Castro:

"De modo geral os tuberculosos, as gestantes e as crianças são atendidos individualmente pelas enfermeiras, tanto em ambulatórios como em centros de saúde. O atendimento dos pacientes tuberculosos é denominado entrevista, e o das gestantes e crianças é chamado consulta de enfermagem".¹¹

Neste programa, o papel básico da enfermeira é atuar junto a uma clientela sadia, mas em um estado fisiológico que também pode produzir alterações no tipo de assistência, considerando a idade, as condições físicas e intelectuais, o estado de nutrição, a personalidade, a agressão do meio ambiente, que constantemente a enfermeira maneja ao assistir a criança e sua família.

Desde o início da organização do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública no ambulatório do HCPA, considerou-se que o Programa de Puericultura, com enfermeiras treinadas para a consulta de Enfermagem e atuação junto a grupos determinados de familiares e outros elementos da comunidade (babás, trabalhadoras de creches) teria uma maior repercussão junto à

equipe multiprofissional e à comunidade.

Em contrapartida, em Saúde do Adulto, acreditava-se que a introdução da consulta de Enfermagem e demais atividades finais, tais como conferências em grupo, cursos e clubes de saúde, não encontraria a mesma receptividade e talvez as dificuldades para implantação desse programa viessem a ser maiores.

Baseávamos esse pensamento no fato de que, principalmente a equipe médica, formada por médicos especialistas, habituados a trabalhar individualmente nos ambulatórios, poderiam oferecer certa resistência ao trabalho em equipe com a enfermeira, principalmente quanto à consulta de enfermagem. Da mesma forma, os pacientes desse grupo, nunca haviam experimentado uma experiência semelhante, seja em ambulatórios de hospitais, Unidades Sanitárias, ou Postos do INPS em Porto Alegre.

Devido a esses fatores, e partindo dos dados disponíveis através dos relatórios do SAME e do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, decidimos realizar esse estudo, a fim de conhecer como tem sido o comportamento da clientela nesses dois programas, e quais as principais dificuldades evidenciadas.

Salientamos que, embora os dois programas tenham sido organizados com atividades finais individuais e de grupos, pretendemos em nosso estudo, nos deter apenas na con-

sulta de Enfermagem, em termos específicos de produção e características da demanda que foi inscrita nesses programas numa série histórica de 3 anos.

9.2 - Resultados e discussão

Através das tabelas de número 1 a 15, apresentamos os resultados do estudo relacionado à produção do Programa de Puericultura e Saúde do Adulto, sub-programa de Supervisão da Saúde de Pacientes Portadores de Danos Crônicos, nos anos de 1974, 1975 e 1976.

Na Tabela 1 expõe-se o total de primeiras consultas realizadas nos dois programas que são objeto deste estudo.

TABELA 1

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA E EM SAÚDE DO ADULTO, SEGUNDO O ANO DE INSCRIÇÃO, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS

PROGRAMA ANO DE INSCRIÇÃO	PUERICULTURA		SAÚDE DO ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1974	575	34,31	1.101	65,69	1.676	100,00
1975	559	40,63	817	59,37	1.376	100,00
1976	463	32,06	981	67,94	1.444	100,00
TOTAL	1.597	35,52	2.899	64,48	4.496	100,00

Segundo as normas dos Programas, considera-se inscrição a primeira consulta. Portanto, de acordo com o observado na Tabela 1, o número de inscritos sempre é maior no programa de Saúde do Adulto, mantendo-se pelo período de 3 a-

nos essa constância. No ano de 1975 houve uma diminuição de inscrição nos dois programas, mas o programa de Saúde do Adulto ainda apresenta maior volume de inscrição. E esta aumenta de 1975 para 1976 em 8,56% no programa de Saúde do Adulto, enquanto que, na Puericultura, diminui a inscrição em 8,57%. Entretanto a diferença de inscrição, em 1976, entre Puericultura e Saúde do Adulto é de 35,88%.

Atribuimos a diminuição de demanda ocorrida em 1975 ao fato de que as consultas de enfermagem que eram propostas para 20 minutos, a partir desta época passaram, por sugestão da Chefia do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, para 30 minutos.

Conclui-se, através dessa Tabela, que, em relação ao total de inscrições realizadas nos dois programas, o programa de Saúde do Adulto apresentou, em 3 anos, maior inscrição.

Esta inscrição maior pode ser explicada pelo fato de que as especialidades em Medicina Interna são em maior número e todas encaminham pacientes para o Serviço de Enfermagem. Já em Puericultura, o encaminhamento é realizado unicamente pelo Setor de Pediatria.

Na Tabela 2, é iniciada a apresentação das características dos pacientes inscritos, através do estudo das primeiras consultas em Puericultura.

TABELA 2

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM, EM PUERICULTURA, SEGUNDO O SEXO, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS

SEXO	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	288	50,09	305	54,56	239	51,62	832	52,10
Feminino	287	49,91	254	45,44	224	48,38	765	47,90
TOTAL	575	100,00	559	100,00	463	100,00	1597	100,00

Segundo o evidenciado nesta tabela, a distribuição da demanda, em relação ao sexo, no Setor de Puericultura, não apresenta grande diferença entre os grupos masculino e feminino. O grupo pertencente ao sexo masculino está aumentado em 4,20%.

A Tabela 3, da mesma forma que a anterior, apresenta o estudo da inscrição, no Programa de Saúde do Adulto, de acordo com o sexo.

TABELA 3

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO, SEGUNDO SEXO, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS

SEXO	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	297	26,98	195	23,87	120	12,23	612	21,11
Feminino	804	73,02	622	76,13	861	87,77	2287	78,89
TOTAL	1101	100,00	817	100,00	981	100,00	2899	100,00

Evidencia-se, nesta Tabela, que os pacientes do sexo feminino constituem 78,89% da demanda. Como não existem normas previstas, de prioridade ao paciente do sexo feminino para justificar esse número elevado, com os dados disponíveis nesse estudo, podem-se somente realizar suposições.

Supõe-se, portanto, que, sendo incluídos na consulta de enfermagem desse programa as ações específicas para o controle e a prevenção da obesidade, poderá ocorrer que um número significativo de pacientes, no caso, do sexo feminino, se inscreva no programa motivado por uma necessidade estética. Fundamenta a nossa opinião o fato de, considerando as 10 primeiras causas de Consulta de Enfermagem, no programa de Saúde do Adulto, a obesidade encontrar-se em 3º lugar. (Ver anexo 19).

Outro fator que pode existir, e que seria assunto de outro estudo, poderia ser a resistência por parte da clientela do sexo masculino e que os leva a não a-

ceitar a enfermeira neste papel de orientadora para o autocuidado - de certa forma, o papel não tradicional da enfermeira, com o qual a comunidade ainda se encontra identificada.

Na Tabela 4 estuda-se a demanda de inscritos no Programa de Puericultura, sob o aspecto de Idade.

TABELA 4

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA SEGUNDO A IDADE, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

IDADE (ANOS)	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 2	436	75,83	452	80,85	390	84,23	1278	80,02
2 6	90	15,65	67	11,99	60	12,96	217	13,59
6 15	49	8,52	40	7,16	13	2,81	102	6,39
TOTAL	575	100,00	559	100,00	463	100,00	1597	100,00

De acordo com esta Tabela, observa-se que 80,02% das crianças que se inscrevem no Serviço para Supervisão de Saúde pertencem ao grupo de 0 a 2 anos exclusive. Isto corresponde exatamente às normas do Programa, que se propõe atender com prioridade a criança nesta faixa etária.

Na Tabela 5 apresenta-se a classificação da demanda do Programa de Saúde do Adulto de acordo com a idade.

TABELA 5

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO,
SEGUNDO A IDADE, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

IDADE (ANOS)	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 10	4	0,35	1	0,12	5	0,51	10	0,34
10 20	55	5,00	48	5,88	87	8,87	190	6,55
20 40	299	27,16	196	23,99	248	25,28	743	25,63
40 60	531	48,23	339	41,49	444	45,26	1.314	45,33
+ 60	212	19,26	233	28,52	197	20,08	642	22,15
TOTAL	1.101	100,00	817	100,00	981	100,00	2.899	100,00

Segundo esta Tabela, o grupo etário predominante encontra-se na faixa etária de 40 a 60 anos, sendo que, ao computar o total da faixa de 40 a 60 anos e a demais de 60 anos, tem-se 67,48% da demanda. Segundo dados do relatório da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 23,61% da mortalidade geral encontra-se neste grupo etário, sendo que as doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas, doenças cérebro-vasculares, bronquite, enfizema e asma, diabete melito constituem as causas predominantes da mortalidade neste grupo etário. Quanto ao atendimento de menores de 10 anos, nesse programa, justifica-se porque, sempre que em Pediatria é diagnosticado que, a criança é portadora de um dano crônico, passa a ser atendida por uma equipe do Setor de Medicina Interna, junto com o Pediatra. Automaticamente, a criança é encaminhada para receber assistência por enfermeiras do programa de Saúde do Adulto.

Nas tabelas seguintes estuda-se a demanda de inscritos, tanto no Programa de Puericultura quanto no de Saúde do Adulto, quanto à procedência dos clientes.

TABELA 6

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA, SEGUNDO PROCEDÊNCIA, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

PROCEDÊNCIA	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	512	89,04	516	92,31	420	90,71	1448	90,67
Interior	63	10,96	43	7,69	43	9,29	149	9,33
TOTAL	575	100,00	559	100,00	463	100,00	1597	100,00

TABELA 7

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO SEGUNDO A PROCEDÊNCIA, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

PROCEDÊNCIA	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	996	90,46	735	89,96	861	87,77	2.592	89,41
Interior	105	9,54	82	10,04	120	12,23	307	10,59
TOTAL	1.101	100,00	817	100,00	981	100,00	2.899	100,00

Segundo o observado nas Tabelas 6 e 7, a grande maioria dos clientes, 90,67% em Puericultura, e 89,41%, procedem da Capital. Considera-se Capital a cidade de Porto Alegre. Os municípios que compõem a Grande Porto Alegre são compreendidos na categoria Interior. Estes dados relativos à procedência dos pacientes são registrados pelo Serviço de Enfermagem Saúde Pública, tendo em vista principalmente a dinamização da Unidade de Cuidado Domiciliar.

Devido a isso, é interesse do Serviço conhecer a procedência dos pacientes, considerando principalmente a distância e condições de acesso dos mesmos ou Hospital bem como os bairros da cidade de Porto Alegre de onde procedem.

Na Tabela seguinte apresentam-se as primeiras consultas definidas em categorias de classes.

TABELA 8

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO SALARIAL, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS

CLASSIFICAÇÃO SALARIAL	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	124	21,56	237	42,40	197	42,54	558	34,94
B	79	13,74	65	11,63	88	19,01	232	14,53
C	138	24,00	115	20,57	167	36,07	420	26,30
D	234	40,70	142	25,40	11	2,38	387	24,23
TOTAL	575	100,00	559	100,00	463	100,00	1.597	100,00

Antes de analisarmos esta Tabela, consideramos necessário novamente registrar os critérios de classificação utilizados no HCPA. Segundo as normas do ambulatório, o valor da consulta é estabelecido mediante classificação salarial feita através de documento que identifique a filiação do cliente à entidade de convênio ou documento comprovante da renda, que poderá ser: Carteira Profissional, Contra-Cheque ou Carnê de Aposentadoria.

Os critérios são estabelecidos em relação ao salário mínimo. A quantia mínima, para pagamento em cada classe, é estabelecida pela Administração Central do Hospital.

A categoria A inclui pacientes que possuem renda de mais de 3 salários mínimos; Categoria B, de 1,8 a 3 salários inclusive; Categoria C de 1 a 1,8 salários inclusive, e Categoria D até 1 salário mínimo.

Nesta tabela evidencia-se que, no total dos 3 anos estudados, a categoria A representa a maior demanda com 34,94%. Mas observa-se que, no decorrer desse período, houve algumas mudanças em relação às classes de pacientes.

Em 1975, nota-se um aumento de 20,83% da classe A, mantendo-se praticamente constante em 1976. Entretanto, a classe D, que inicia em 1974 com uma entrada de 40,70% dos pacientes, diminui em 1975 em 15,30%, e se reduz drasticamente em 1976, com somente 2,38% dos inscritos pertencentes à essa categoria. Em contrapartida, a categoria C, depois de ter diminuído entre 1974 e 1975, apresenta um aumento de 15,50% em 1976.

Esta grande diminuição da classe D pode ser devida a dois fatores:

a) aumento do preço mínimo da consulta, sendo que a classe mais atingida com esse aumento foi a classe D;

b) a classe D foi reunida à Classe C no último trimestre de 1976, aumentando portanto a classe C.

Entretanto, a demanda, da Classe C foi suplantada pela demanda da classe A. Com esse aumento da classe A, partindo-se do pressuposto de que são famílias com maior poder aquisitivo e que portanto possuem melhores condições sócio-econômicas e que podem utilizar maior número de recursos da comunidade, conclui-se que não foi a qualidade do atendimento que poderia ter influído na classe D porque nesse caso, esses pacientes também teriam diminuído a sua entrada no programa.

Entretanto, também vale considerar que o fator econômico poderia ser responsável pelo aumento da classe A, pois esse grupo pode estar fazendo uma opção entre serviços particulares e o Serviço de Puericultura do HCPA, onde pode receber atendimento menos dispendioso e inclusive realizar exames complementares pelo INPS.

Na Tabela seguinte é apresentada a primeira consulta em Saúde do Adulto, caracterizada em categorias segundo a classificação do HCPA.

TABELA 9

PRIMEIRAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO,
SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO SALARIAL, NO
HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

CLASSIFICAÇÃO SALARIAL	1974		1975		1976		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	191	17,34	152	18,61	203	20,70	546	18,83
B	178	16,17	94	11,50	171	17,43	443	15,28
C	382	34,70	290	35,50	535	54,53	1207	41,64
D	350	31,79	281	34,39	72	7,34	703	24,25
TOTAL	1101	100,00	817	100,00	981	100,00	2899	100,00

Nesta Tabela observa-se que, ao contrário do programa de Puericultura, até os anos de 1974 e 1975 a grande maioria dos pacientes pertencia à classe C e D. Atribuimos essa demanda maior de pacientes de menor poder aquisitivo ao fato de que, no programa de Saúde do Adulto, esse paciente recebe a orientação e o preparo para o autocuidado de forma sistemática, o que não ocorre com a consulta no INPS, que seria sua outra alternativa para receber assistência.

Quanto aos pacientes de classe B e A, não apresentam grande diferença na demanda e provavelmente são pacientes que podem também optar pela assistência de serviços particulares. Da mesma forma como ocorreu no Programa de Puericultura, a clientela da classe D diminuiu em 27,05%. O fator é o mesmo, ou seja, o aumento do preço da consulta inicial. De-

ve-se salientar também que, no último semestre de 1976, a classe D foi anexada à classe C. Com isso, passaram a existir somente 3 classes A, B e C. Isto explica o aumento de demanda da Classe C.

Após o estudo das características de pacientes inscritos em termos de sexo, idade, procedência e classificação salarial, passamos a apresentar os programas de Puericultura e Saúde do Adulto, considerando a produção total de consultas e reconsultas.

TABELA 10

CONSULTAS DE ENFERMAGEM, PRIMEIRAS, NOVAS E RECONSULTAS EM PUERICULTURA, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	PRIMEIRAS		NOVAS		RECONSULTAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1974	575	15,35	1096	29,25	2076	55,40	3747	100,00
1975	559	17,15	226	6,94	2474	75,91	3259	100,00
1976	463	17,39	162	6,08	2038	76,53	2663	100,00
TOTAL	1597	16,52	1484	15,34	6588	68,14	9669	100,00

De acordo com as normas do HCPA, as consultas são classificadas em:

a) Primeira Consulta é a primeira consulta que se realiza no Ambulatório, após o registro do paciente no HCPA;

b) Reconsulta é o retorno do paciente à mesma

especialidade que motivou a consulta anterior, desde que realizada no prazo de um ano, incluindo encaminhamentos feitos dentro das equipes multiprofissionais;

c) Consulta Nova é a consulta de paciente já registrado no HCPA, cliente de uma especialidade e que, por iniciativa própria ou por indicação da clínica, necessite consulta em outra especialidade.

Incluem-se ainda, dentro deste conceito, os encaminhamentos dos profissionais integrantes das equipes multiprofissionais da Saúde para outros especialistas que delas não estão participando. Da mesma forma, classificam-se como consulta nova as consultas dentro da mesma especialidade, solicitadas após decorrido um ano da consulta anterior (Manual de Normas e Rotinas do Ambulatório, Anexo 1, p. 21).

Partindo destes critérios, observa-se na Tabela acima que, as primeiras consultas mantiveram-se com uma certa constância nos 3 anos, representando 16,52% do total de consultas realizadas neste período. Em relação às "consultas novas," verifica-se que, no ano de 1974, foram realizados 29,25% do total das consultas do ano, que foram 3.747, e que essa demanda diminuiu em 1976 para 6,94% e 6,08% em 1976. Ocorre que até o ano de 1975 inclusive, a classificação de "consulta nova" era proposta para toda consulta em que o paciente deixava de comparecer à clínica por um período de 3 meses. Considerando as normas do Programa de Puericultura, quando após os 12 meses a criança não mais é agendada para consulta mensal, es-

se tipo de classificação obviamente aumentou o número de pacientes na categoria "consulta nova." Em 1975 passaram a vigorar os critérios acima descritos. Com isto diminuiu grandemente o percentual de pacientes, nessa categoria, baixando de 29,25% para 6,94% e 6,08%, em 1975 e 1976, respectivamente.

Ao examinar as reconsultas, verifica-se que as mesmas aumentaram 20,51% de 1974 para 1975 e continuou havendo aumento em 1976, que foi, em relação a 1974, de 21,13%.

Entretanto, ao observar-se a produção total realizada no programa, em números absolutos, verifica-se que tanto as primeiras consultas, quanto as novas e as reconsultas diminuíram em 1976. Atribuimos esse fato basicamente a problemas de ordem administrativa: dificuldades no preenchimento de vagas de profissionais devido ao Decreto nº 78.120 de 26/07/76, que dispõe sobre o ingresso de pessoal civil em órgão da Administração Direta, Administração Indireta e Fundações. O citado Decreto, em seu art. 1º, parágrafo 3, estabelece que "nas Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista que recebam subvenções ou transferências do Tesouro Nacional, para o preenchimento de vagas resultantes de aposentadoria, exoneração, demissão, dispensa ou falecimento, na proporção de uma admissão para duas vacâncias de igual ou maior remuneração".

Entretanto, apesar das dificuldades de ordem administrativa, relacionadas a pessoal, existe o fato de que em 3 anos a produção apresentou pouco aumento e no último ano diminuiu, tanto o número de inscritos como de reconsultas.

Acreditamos que muitos fatores estão contribuindo para isto, e a análise destes fatores poderia ser assunto de outro estudo. Basicamente seria necessário conhecer em maior profundidade os encaminhamentos realizados pelo setor de pediatria. Segundo registros do Serviço de Enfermagem a entrada da criança na Puericultura não está completamente dentro das normas, e ainda se faz tardiamente. O problema é definir se isto é devido ao fato de que a criança ainda se inscreve em momento de enfermidade e, com isto, retarda a entrada na Puericultura para continuar os controles ou se os profissionais não encaminham porque ainda não valorizam suficientemente o Serviço. Através da estatística do Setor de Imunização verifica-se que, quando a criança é encaminhada para o Setor de Puericultura para imunização, em muitas circunstâncias, é criança sadia que já poderia estar no programa de Puericultura há mais tempo. Pode ocorrer também que o fator do pagamento da consulta de Enfermagem em Puericultura, embora metade do preço da consulta médica, seja um obstáculo para a entrada da criança no programa. É ainda necessário salientar que não há suficiente divulgação desses tipos de programas pelo Hospital na Comunidade e que o público em geral é surpreendido quando é informado sobre esse tipo de assistência existente no ambulatório do HCPA, pois isto modifica sua tradicional forma de ver o Hospital, somente como um centro de tratamento de doenças.

Para o cálculo da concentração das consultas, neste programa, considerou-se o número de reconsultas e con-

sultas novas, pelo número de primeiras consultas:

Obteve-se uma média de 5,05 retornos, sendo que ao discriminarmos por ano a concentração temos: 5,52; 4,90; 4,75, respectivamente, nos anos de 1974, 1975 e 1976.

Levando em conta que, este cálculo de concentração, foi realizado, considerando uma demanda que abrange o grupo de 0 a 15 anos inclusive, não é possível um estudo mais detalhado da concentração por faixa de idade, por isso consideramos que a concentração de consultas neste programa, é satisfatória embora não tenhamos discriminado qual o grupo etário que atingiu maior concentração de consultas.

Na próxima tabela apresentamos, a produção global do programa de Saúde do Adulto e como se caracterizou nos três anos considerados.

TABELA 11

CONSULTAS DE ENFERMAGEM: PRIMEIRAS, NOVAS E RECONSULTAS, EM SAÚDE DO ADULTO, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	PRIMEIRAS		NOVAS		RECONSULTAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1974	1101	16,73	1727	26,24	3753	57,03	6581	100,00
1975	817	13,35	754	12,32	4549	74,33	6120	100,00
1976	981	20,72	200	4,22	3553	75,06	4734	100,00
TOTAL	2899	16,62	2681	15,38	11855	68,00	17435	100,00

Ao analisarmos a demanda neste programa, observa-se que as primeiras consultas em 1974 apresentaram 16,73% do total das consultas naquele ano, ocorrendo declínio de 3,38% em 1975, e novamente se elevaram, em 7,37%, em relação ao anterior. Quanto às consultas novas, ocorreu a mesma situação já relatada na análise da tabela anterior. Em 1974 apresentou 26,24% do total das consultas, diminuindo em 75 para 12,32% e reduzindo drasticamente para 4,22% devido à mudança dos critérios, já mencionada.

Com relação às reconsultas, verifica-se no ano de 1976 diminuição do número de reconsultas, considerando-se o total de consultas realizadas, sendo que aumentou o número de primeiras consultas em relação ao ano anterior. Embora com aumento das primeiras consultas em 7,37% e com a reconsulta também aumentada em relação aos anos anteriores, de 57,03% em 74,

passou para 74,33% em 75, e 75,06% em 1976, mesmo assim, o número total de consultas realizadas no programa diminuiu quando comparado com o dos anos anteriores. No caso do Programa de Saúde do Adulto, atribuímos esta situação basicamente ao problema administrativo que criou-se no Hospital com a aplicação do Decreto nº 78.120 de 26/07/76.

Considerando a concentração das consultas neste Programa, obteve-se 5,01 consultas durante o período de 3 anos, para a demanda inscrita. Discriminando a concentração por anos, temos, 4,98; 6,49 e 3,83 respectivamente nos anos de 1974, 1975 e 1976.

Observa-se que, no ano de 1976, não somente o total de consultas distribuídas em consulta, reconsulta e consulta nova diminuiu mas também a concentração da atividade, consulta de enfermagem, foi diminuída.

Atribuímos essa diminuição novamente ao problema de diminuição de horas profissionais, relacionadas e aplicação no HCPA, do decreto acima citado.

Descrevem-se, a seguir, dados relativos às consultas previstas, vendidas e não vendidas, e fatores que podem estar relacionados à maior ou menor utilização da consulta de enfermagem, de acordo com as disponibilidades previstas.

TABELA 12

CONSULTAS VENDIDAS E NÃO VENDIDAS, NO PROGRAMA DE PUERICULTURA, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	PREVISTAS	VENDIDAS		NÃO VENDIDAS	
		Nº	%	Nº	%
1974	6.300	3.800	60,32	2.500	39,68
1975	3.758	3.300	87,81	458	12,19
1976	3.100	2.727	87,97	373	12,03
TOTAL	14.100	9.827	69,70	4.273	30,30

Como já foi especificado nas normas do Ambulatório, a exemplo dos demais profissionais do Hospital, a enfermeira-chefe do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública propõe mensalmente para o Setor de Processamento de Dados do Hospital o número de Consultas a serem realizadas em cada programa.

Para isso, consideram-se os seguintes aspectos: número de consultórios, disponibilidade de horários e horas profissionais disponíveis para a consulta de Enfermagem.

Tanto a previsão de consultas como o total de consultas vendidas e não vendidas, os dados de todos os aspectos dos setores de assistência médica e de enfermagem são publicados mensalmente através do Relatório do SAME.

Salientamos também que em relação ao número de consultas vendidas e não vendidas, não há distinção entre consulta e reconsulta, em termos de duração de consulta.

Considerando a Tabela acima, observa-se que, no ano de 1974, a proposta de consultas de Enfermagem foi de 6.300 consultas, sendo que não foram vendidas 39.68% dessas consultas.

Atribuimos isso a alguns fatores já citados neste trabalho: desconhecimento do público da consulta de enfermagem, encaminhamentos inadequados do Setor de Pediatria, o fato de não existir ainda no Hospital unidade de Internação Pediátrica, quando, através do preparo para alta de pacientes internados seria possível manter a supervisão continuada no setor de Puericultura. Ainda podem ocorrer outros fatores tais como: o fato de a Administração central do Hospital não aceitar que as consultas de supervisão de sadios, tanto na Puericultura, como na Saúde Materna, não sejam pagas. Embora a quantia seja mínima, custando a metade da consulta médica, não há ainda, na população, a atitude formada de pagar consulta tendo em vista a promoção da saúde. Acrescente-se que, são as famílias assalariadas que têm direito ao INPS as que procuram, por ocasião das enfermidades, o Hospital.

Outro fator que contribuiu para uma previsão maior de consultas foi devido à duração da consulta, que, neste ano de 1974, era prevista para 20 minutos.

Através desta tabela, novamente se evidencia a queda da produção de consultas em 1976 tendo, inclusive, diminuído a previsão, a qual foi menor devido à diminuição do número de horas profissionais no programa.

O número de consultas vendidas, 9.827, superou o número total de consultas realizadas, segundo o exposto na Tabela 10, que foi de 9.669 consultas. Esta diferença de 158 consultas deve-se ao não comparecimento de pacientes, que embora tendo comprado a consulta, não compareceram na data agendada. No caso, a agenda é encaminhada ao Consultório da enfermeira, bem como o prontuário, e, não havendo o comparecimento do paciente é então caracterizado como faltoso. Se o paciente ou familiar informa com até 24 horas de antecedência que não poderá comparecer à consulta, a mesma é transferida.

Como se observa nesta Tabela, foram previstas 14.100 consultas e destas, 30.30% não foram vendidas, sendo que no ano de 1974 foi quando houve maior número de consultas não vendidas. Considerando esse dado de 1974, e tendo em vista evitar a subutilização de horas profissionais, passou-se a diminuir a previsão de consultas e a aumentar as atividades de grupo.

Com esses resultados que se evidenciaram no período de três anos em que procuramos nos deter especificamente na Consulta de Enfermagem, no Programa de Puericultura, verifica-se que, nos dois últimos anos, a venda de consultas foi em torno de 87.81% em 1975, e 87.97% em 1976. Entretanto, existe a possibilidade - considerando o número de consultórios disponíveis para esta assistência - de aumentar a entrada de crianças no programa. Acreditamos que os fatores que podem interferir, no aumento da demanda seriam basicamente: a) educação das pessoas, que ainda procuram o hospital somente em mo-

mento de enfermidade; b) Se a admissão da criança no hospital é ocasionada por motivo de enfermidade, esta situação pode retardar, em muitas semanas ou meses, a entrada da criança no Setor de Puericultura; c) tanto o público quanto a equipe multi-profissional ainda não conhecem exatamente o papel da enfermeira relacionado à supervisão sistemática da saúde; d) as normas propostas não são supervisionadas dentro de um processo de avaliação contínua e que considere que - sendo o HCPA um Hospital de Ensino com freqüentes mudanças no corpo clínico e de residentes - nem sempre os novos profissionais recebem comunicação acerca de Sistema de assistência proposto, não participando portanto do programa.

Na Tabela seguinte é apresentada a produção do programa de Saúde do Adulto considerando consultas previstas, e não vendidas.

TABELA 13

CONSULTAS VENDIDAS E NÃO VENDIDAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADULTO, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	PREVISTAS	VENDIDAS		NÃO VENDIDAS	
		Nº	%	Nº	%
1974	6.809	6.179	90,75	630	9,25
1975	6.200	6.000	96,77	200	3,23
1976	4.820	4.700	97,51	120	2,49
TOTAL	17.829	16.879	94,67	950	5,33

De acordo com a Tabela acima, verifica-se que,

durante os 3 anos, a utilização da consulta de enfermagem foi bastante elevada, sendo que, num total de 17.829 consultas oferecidas nesse período de tempo, 94.67% foram vendidas, e somente 5.33% deixaram de ser vendidas.

Da mesma forma como ocorreu com o programa de Puericultura em 1976, houve uma queda na previsão e na venda de consultas, devido ao problema de admissão de pessoal já citado neste trabalho.

Entretanto, neste Programa a procura foi maior do que o registrado, nas consultas de enfermagem. Se observarmos a Tabela 11, verificamos que, embora a estatística acuse 16.879 consultas vendidas, na realidade foram executadas 17.435 consultas nesse período.

Foram, portanto, realizadas 556 consultas que não foram vendidas, e foram provavelmente consultas realizadas pelas enfermeiras para pacientes que não tinham condições de realizar pagamento e que, portanto, foram liberados do mesmo.

Como se pode observar, a consulta de enfermagem está sendo plenamente utilizada neste programa. Vale lembrar que há uma diferença entre a demanda de Saúde do Adulto, em que todos os médicos de especialidades clínicas e a Unidade de Internação podem encaminhar pacientes e a Puericultura, em que o encaminhamento é realizado somente pelo Setor de Pediatria.

Mas, por outro lado, ressalte-se que o Progra-

ma de Saúde do Adulto é relativamente novo, considerando que tanto os profissionais quanto a comunidade em geral não tinham experiência com esse tipo de assistência. Portanto, pode-se considerar a aceitação do programa como satisfatória.

Para concluir o estudo da Produção de consultas de enfermagem, apresentamos o número clientes faltosos em cada programa e as causas de faltas, nos três anos estudados.

TABELA 14

FALTOSOS À CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA, SEGUNDO CAUSAS, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	CAUSAS							
	TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS		PROFISSIONAL		DO PACIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1974	7	6,42	16	14,68	86	78,90	109	100,00
1975	24	8,89	40	14,81	206	76,30	270	100,00
1976	10	3,16	21	6,62	286	90,22	317	100,00
TOTAL	41	5,89	77	11,06	578	83,05	696	100,00

De acordo com as normas do SAME, consideram-se faltosos - Total de Consultas - independentemente do critério das consultas aqueles pacientes que, com horários previamente marcados, não tiveram a consulta efetivada por culpa do profissional da saúde, do paciente ou por falha técnico-administrativa, assim como: exame não realizado pelo serviço comple-

mentar, marcação errada, etc.

Como se pode observar nesta Tabela, as faltas por causas técnico-administrativas representaram 5,89% do total de 696 faltosos; 11,06% por causas relacionadas ao profissional (faltas, atrasos, etc) e 83,05% foram de responsabilidade do paciente.

Se avaliarmos o total de faltosos por causas ligadas ao paciente em relação ao total de consultas realizadas verifica-se que de um total de 21669 consultas (Tabela 10) ocorreram 578 faltosos, significando 5,97% nos 3 anos estudados.

TABELA 15

FALTOSOS À CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO ADULTO, SEGUNDO CAUSAS, NO HCPA, NOS 3 ANOS CONSIDERADOS.

ANO	CAUSAS							
	TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS		PROFISSIONAL		PACIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1974	68	8,88	138	18,02	560	73,10	766	100,00
1975	43	5,42	271	34,13	480	60,45	794	100,00
1976	34	5,42	234	37,32	359	57,26	627	100,00
TOTAL	145	6,63	643	29,40	1399	63,97	2187	100,00

Nesta Tabela se evidencia que as causas de ordem técnico-administrativas, a exemplo do que ocorre com o programa de Puericultura, são as menos frequentes, represen-

tando 6,63% do total. Já as causas relacionadas ao profissional aumentaram, se compararmos com aquele programa. Entretanto, continuam sendo predominante as causas relacionadas ao paciente, que, nesse programa, foram de 63,97% em um total de 2.187 faltosos.

Se analisarmos o total de faltosos por causas relacionadas ao paciente, temos que em 17.435 consultas realizadas neste programa (Tabela 11) houve 1.399 faltosos, ou seja, 8,02% dos pacientes faltaram às consultas marcadas, no período estudado (Tabela 11).

Portanto, não houve diferença acentuada, entre o Programa de Saúde do Adulto e Puericultura em relação aos faltosos, por causas relacionadas ao paciente.

CONCLUSÃO

Neste trabalho é apresentada a estrutura de um Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, em um hospital geral.

Este serviço foi criado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através do Grupo de Enfermagem desta instituição.

Para que pudesse ter condições de participar da proposição e implantação de programas, a autora aceitou, como professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e dentro do regime docente-assistencial criado no HCPA, a responsabilidade de coordenar este Serviço de Enfermagem.

É necessário salientar que, neste trabalho, faz-se a tentativa de apresentar um modelo, partindo-se da suposição básica de que o Hospital é um recurso de saúde, na comunidade e, considerando a idéia que vem ao encontro da opinião de Brunner ao expressar que

"a figura central nos serviços de saúde pública é, certamente, o paciente. Quando recorre ao hospital ou ao posto de saúde, com um ou vários problemas, o paciente vem como indivíduo, membro de uma família, um cidadão da comunidade".⁹

É evidente que, ao iniciar-se a organização do Serviço, levou-se em consideração a política do Hospital, descrita nos documentos existentes, basicamente, o Regulamento e o Regimento do Hospital.

É nossa opinião que um serviço dessa natureza, com programas definidos através de atividades finais de assistência direta à coletividade, depende necessariamente da política de assistência adotada pelo Hospital, bem como do interesse e da atenção que a administração central desse hospital possa oferecer.

Outro aspecto importante a considerar é o grau de adesão por parte do público aos programas de enfermagem, principalmente aquelas pessoas que frequentam os Serviços de ambulatório. Da mesma forma, o interesse que a equipe multiprofissional possa demonstrar a esse tipo de assistência, no hospital está diretamente relacionado, em nossa opinião, ao grau de informação, bem como ao preparo de todos os profissionais da saúde para o trabalho em equipe.

Partindo, dessas considerações, chegamos às seguintes conclusões:

a) Com relação à primeira parte do trabalho, em que é relatada a estrutura do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública no HCPA, conclui-se que:

- Um serviço dessa natureza necessita ser organizado através de uma infraestrutura que lhe permita assumir responsabilidade de programar a assistência de enfermagem tendo em vista as necessidades da Comunidade. Para isto, necessita estar relacionado a um Serviço em nível central responsável pela programação que o Hospital pretende realizar.

No trabalho apresentado, embora registrada em Regimento a criação de um Serviço de Saúde Pública, este não foi, até o momento, implantado. É portanto evidente que o Serviço de Enfermagem sofre em sua capacidade de dinamização por não existir um serviço a nível central, o qual possa definir programas e metas, bem como, propor uma maior integração da equipe multiprofissional.

b) No que respeita à segunda parte do trabalho, análise da demanda e da produção dos programas de Saúde do Adulto e Puericultura conclui-se que:

- Embora sendo a consulta de Enfermagem executada por enfermeiros e com metodologia própria, pouco conhecida na área de Saúde do Adulto, pode-se considerar que, neste programa, a aceitação, tanto do público como da equipe multiprofissional, é

bastante satisfatória.

Baseia-se essa afirmação no fato de que, neste programa, de 17.829 consultas programadas, somente 5.33% deixaram de ser utilizadas.

- No Programa de Puericultura não ocorreu a mesma receptividade, pois, de um total de 14.100 consultas, 30.30% não foram utilizadas. Embora a procura tenha aumentado nos dois últimos anos estudados, foi necessário modificar a programação a fim de evitar a ociosidade em consultas de enfermagem.
- Tendo em vista que o percentual de retorno dos pacientes, as reconsultas é um dado significativo, quanto à qualidade dos programas, verificou-se que, nos dois programas, as faltas relacionadas a causas do paciente, foram baixas, respectivamente 5,97% em Puericultura, e 8.02% em Saúde do Adulto.

É nossa opinião, entretanto, que o estudo dos retornos deverá ser realizado mais detalhadamente, considerando os critérios de cada programa, para concentração de consultas em estudos futuros.

Considerando que o ingresso da criança sadia no Programa de Puericultura sempre foi baixo, tendo em vista as possibilidades do programa em termos de capacidade instalada e horas profissionais disponíveis, e conscientes da importância da promoção da saúde e da prevenção da doença justamente

neste grupo de clientes, consideramos necessário propor um estudo mais aprofundado quanto à demanda nesse programa.

Através desse trabalho, e com os dados de que dispomos, os fatores que nos parece deveriam ser questionados nesse programa seriam os seguintes:

- A não existência de supervisão a nível central (Serviço de Saúde Pública), quanto à observância das normas programadas, principalmente no aspecto de encaminhamento.
- Desconhecimento do Programa por parte de novos profissionais do ambulatório, o que deveria ser realizado por setores de treinamento e ensino.
- Desconhecimento, por parte da comunidade, das características do Programa. O público pode desconhecer que o hospital também pode assistir uma clientela de sadios.

Da mesma forma, sabe-se que, mesmo com recursos de saúde disponíveis, a população poderá responder muito lentamente a certo tipo de assistência como é, no caso, a supervisão da criança sadia.

Barreira sócio-econômica e cultural - mesmo sendo considerada uma taxa mínima o pagamento da Consulta de Enfermagem em Puericultura, a mesma poderá ter influído na dinamização do Programa.

Vale citar, a respeito desta situação, Gentile de Melo:

"A demanda de Serviços pode ser reprimida através da criação de uma barreira econômica, com a cobrança de uma taxa dita "moderada".

E continua

"O grande perigo da demanda reprimida pela "taxa de moderação" é reduzir a procura precisamente, nos casos em que a assistência se faz necessária.³⁴

BIBLIOGRAFIA

1. ALCÂNTARA, Roberto Martins & SILVA, Vera Alonso. Coordenação e definição de responsabilidades. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 39(9-10): 272-84, set./out. 1974.
2. AMARAL, Raul de Souza. Ambulatório. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 16(1): 24-8, jan. 1968.
3. ANDRADE, Odete Barros de & PIVA, Nice. Seminário sobre supervisão em enfermagem. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 3(2): 233-41, dez. 1969.
4. ARAGÓN, Dirce P. de Brum. Registros do processo de enfermagem em prontuário de paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 1(2): 71-81, set. 1976.
5. BARBASSERA, Dilmir José. Ociosidade nas atividades de ambulatório. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 22(11): 4907, nov. 1974.
6. BOSKOVITZ, Eduardo Paulo. Atividades de Saúde Pública no hospital. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 19(3): 5-10, mar. 1971.

7. BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto nº 78120, 26 jul. 1976. Dispõe sobre o ingresso do pessoal civil em órgãos da administração direta, entidades da administração indireta e Fundações, instituídas em virtude da Lei Federal. Diário Oficial, Brasília, 26 jul. 1976.
8. BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDARTH, Doris Smith. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 1269 p.
9. ———. O paciente e seus problemas. In:———. Enfermagem Médico-cirúrgica. 3. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. cap. 1, p. 1-14.
10. CARVALHO, Judith Feitosa de. Papel da enfermeira nos programas e serviços de saúde do país. Trabalho apresentado no 2º Seminário sobre educação em enfermagem, promovido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP com a colaboração da OPS, Rio de Janeiro, 1970 (mimeografado).
11. CASTRO, Ieda Barreira e. Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente. Rio de Janeiro, UFRJ, Escola de Enfermagem Ana Neri. 1975 (Dissertação de mestrado).
12. LA COMUNIDAD, nuevo foco de las actividades de Enfermería. Cronica de la OMS, Ginebra, 29(3): 96-101, mar. 1975.
13. CONCEIÇÃO, José Augusto et alii. Modelo para atendimento global à criança em um Hospital Escola. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 8(4): 341-57, dez. 1974.
14. CONEJO, Rodrigo Salas. El problema del crónico y del convaleciente en el hospital general. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 17(7): 28-37, jul. 1969.
15. COSTA, Judith. Aproveitamento dos ambulatórios como áreas de ensino prático de Enfermagem. Revista Brasileira de

- Enfermagem, Rio de Janeiro, 22(1-2): 19-25, jan./jun. 1970.
16. DE VILA, Carlos. Hospitales de enseñanza. Educación Médica Y Salud, Washington, 6(2): 117-29, abr./mayo/jun. 1972.
17. DUGER, Dolores de. Enfermagem em ambulatorios. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 10(2):163-5, jun. 1957.
18. DUARTE, Nilcêa M.N. & MUXFELDT, Lêa C. Saúde materna - manual para execução de atividades de enfermagem do programa de saúde materno-infantil. Porto Alegre, HCPA, 1976. 45p. (Edições HCPA-11).
19. EHRESMAN, Ellen. Cuidados de enfermería a la madre y al niño. Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, Washington, 64(4): 322-7, abr. 1968.
20. FERNANDES, Clea A. de Figueiredo. Papel da enfermeira nos ambulatorios da Previdência Social. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 15(4): 313-24, ago. 1962.
21. GARCIA, Manuel Lucas. El hospital en la solución del problema de salud pública. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 17(5): 41-6, maio 1969.
22. GÓES, Maria de Lourdes Ramos. Serviço de Enfermagem de saúde pública hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 16(3): 117-26, jun. 1963.
23. HOFFMAN, C.A. The house of medicine. JAMA, 221 : 483-5, 31 jul. 1972.
24. HORTA, Wanda de Aguiar. 6 Processo de Enfermagem - fundamentação e aplicação. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(1):11, mar./abr. 1975.
25. LEAVELL, Hugh Rodman & CLARK, E. Gurney. Medicina pre-

- ventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil. 1976. 744p.
26. ———. Reabilitação. In: ———. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil. 1976. p. 23.
27. LLEWELYN - DAVIES, R. & MACAULAY, H.M.C. Planificación y administracion de Hospitales. Washington, OPS/OMS, 1969. 218p. (Publicación científica nº 191).
28. LOPES, Helio. Assistência hospitalar e saúde pública. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 11(10):40, out. 1963.
29. MCCLOSKEY, Joanne Comi. The problem-oriented recordus the nursing care plan: A proposal. Nursing Outlook, 23(8): 492-5, aug. 1975.
30. MCDERMIT, Maria Teresa. Análisis conceptual de la enfermería. Educación Médica y Salud, Washington, 7(1):3-13, 1973.
31. MANUAL para organização de prontuários. Porto Alegre, HCPA, jun. 1973. 21p.
32. MARTINEZ, Berenice Miranda et alii. Nova conceituação na assistência do diabético. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 21(6): 538-46, dez. 1969.
33. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos & PIOVESAN, Armando. O conceito de integração aplicado à medicina e à saúde pública. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 11(9): 5-20, set. 1963.
34. MELLO, Carlos Gentile de. O planejamento de saúde e a demanda de serviços médicos. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 19(1): 29-32, jan. 1971.
35. NORMAS e rotinas ambulatório. Porto Alegre, HCPA, 1976. 30p. (Edições HCPA - 10)

36. OREM, Dorothea E. The dimensions of nursing. In:—. Nursing concepts of practice. New York, MacGraw-Hill Book, 1971. cap. 3, p. 41-48.
37. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Asistencia domiciliar. In:—. Funcion de los Hospitales en los programas de proteccion de la salud. Primer informe del Comité de Expertos en organización de la asistencia médica. Ginebra, 1957, p. 23. (Serie Informes Tecnicos nº 122).
38. ———. Comité de Expertos de la OMS en enfermería. Quinto informe. Ginebra, 1966. 33p. (Serie de Informes Tecnicos nº 347).
39. ———. La comprension y el apayo de la poblacion. In:—. Funcion de los Hospitales en los programas de proteccion de la salud. Primer informe del Comité de Expertos en organización de la asistencia médica. Ginebra, 1957, p. 7. (Serie de Informes Tecnicos nº 122).
40. ———. Definicion y Concepto Del Hospital General. In:—. Funcion de los Hospitales en los programas de proteccion de la salud. Primer informe del Comité de Expertos en organización de la asistencia médica. Ginebra, 1957, p. 4 (Series Informes Tecnicos nº 122).
41. ———. The organization and administration of material and child health services. Fifth report of the who Expert committee on maternal and Child Health. Gineva, 1969, 34p. (Technical Report Series nº 428).
42. PAMPOLFI, Antonino Pompeu & AYB, Antônio Celso Koehler. Prevenção do câncer cervical uterino nas clínicas da BEMFAM no Rio Grande do Sul. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 16(1): 89-91, mar. 1972.
43. PEDROSO, Odair Pacheco. Assistência hospitalar e saúde pública. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, 17(9):

3-8, set. 1969.

44. REGIMENTO da área médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, 1975. 62p. (Edições HCPA-11).
45. REGULAMENTO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, HCPA, 23 ago. 1973.
46. RIBEIRO, Circe de Melo. As atividades de Enfermagem de Saúde Pública: estruturas organizacionais que favorecem o desenvolvimento dessas atividades. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 15(1-2): 81-8, jan./abr. 1972.
47. ROOS, Shirley A. The clinical nurse practitioner in ambulatory care service. Bulletin New York Academy of Medicine, 49(5): 393-401, may, 1973.
48. ROSSELOT, Jorge. Salud maternoinfantil en latino-america. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 70(5): 407-19, mayo, 1971.
49. SELDMAN, Maria Adjutrix & GELAIN, Ivo. Educação em serviço. In:—. Administração do Serviço de Enfermagem. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, s.d. p. 70-80.
50. ———. Importância das anotações como medidas de avaliação dos cuidados de enfermagem. In:—. Administração do Serviço de Enfermagem. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, s.d. p. 133-42.
51. SILVEIRA, Nicodemos Gomes da. O hospital e a medicina preventiva. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 17(5): 8-16, maio, 1969.
52. SIMON, Ursula M. O papel da enfermeira de saúde pública num hospital. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 14(3): 13-7, mar. 1966.

53. VOROBOW, Gricha. Dinamização do ambulatório. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 21(2): 56-62, fev. 1973.
54. WEED, Lawrence L. Medical records, medical education and patient care. Chicago, The Press of Case Western Reserve University. 1971. 297 p.
55. YANKAUER, A. et alii - Task performance and task delegation in pediatric office practice. American Journal Public Health, 59(7): 1104-17, jul, 1969.

ANEXOS

ANEXO 1

REGIMENTO DOS GRUPOS DA ÁREA MÉDICA

ANEXO 1

REGIMENTO DOS GRUPOS DA ÁREA MÉDICA

Seção 2 - Dos grupos da área médica

Art. 2º - Os Grupos a que se refere o Artigo 17 do Regulamento do Hospital compõem-se de Serviços Especializados e, estes, de Unidades e Setores, na dependência dos recursos humanos e materiais existentes.

Art. 3º - O Grupo de Medicina Interna e Especialidades Médicas compreende:

- a) Serviço de Cardiologia;
- b) Serviço de Pneumologia;
- c) Serviço de Gastroenterologia;
- d) Serviço de Nefrologia;
- e) Serviço de Neurologia;
- f) Serviço de Endocrinologia;
- g) Serviço de Reumatologia;

- h) Serviço de Medicina Interna;
- i) Serviço de Dermatologia;
- j) Serviço de Hematologia Clínica;
- l) Serviço de Pediatria;
- m) Serviço de Psiquiatria;
- n) Centro de Tratamento Intensivo;
- o) Serviço de Saúde Pública;
- p) Serviço de Imunologia e Alergia.

Parágrafo único - A coordenação e competência dos Serviços referidos neste artigo abrangem os respectivos:

- a) Laboratórios ou Unidades Especializadas de Diagnóstico;
- b) Ambulatório;
- c) Emergência;
- d) Internação;

Art. 4º - No Grupo de Medicina Interna e Especialidades Médicas existirão as seguintes Unidades nos seguintes Serviços:

- I - no Serviço de Cardiologia: Unidade de Hemodinâmica e Unidade de Métodos não Invasivos;
- II - no Serviço de Pneumologia: Unidade de Fisiologia Pulmonar;
- III - no Serviço de Nefrologia: Unidade de Hemodiálise;

IV - no Serviço de Gastroenterologia: Unidade de Endoscopia Digestiva;

V - no Serviço de Neurologia: Unidade de Encefalografia e Eletromiografia.

Art. 5º - O Grupo de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas compreende:

- a) Serviço de Cirurgia Geral;
- b) Serviço de Neurocirurgia;
- c) Serviço de Cirurgia Torácica;
- d) Serviço de Cirurgia Cardiovascular;
- e) Serviço de Cirurgia Pediátrica;
- f) Serviço de Ortopedia e Traumatologia;
- g) Serviço de Urologia;
- h) Serviço de Ginecologia e Obstetrícia;
- i) Serviço de Anestesiologia;
- j) Serviço de Otorrinolaringologia;
- l) Serviço de Oftalmologia.

§ 1º - A coordenação e competência dos Serviços mencionados neste artigo abrangem os respectivos:

- a) Laboratórios ou Unidades Especializadas de Diagnóstico;
- b) Ambulatório;
- c) Internação;
- d) Emergência.

§ 2º - O Centro Cirúrgico constitui uma Unida-

dade diretamente ligada ao Coordenador do Grupo de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas.

Art. 6º - No Grupo de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas existirão as seguintes Unidades nos Seguintes Serviços:

- I - no Serviço de Otorrinolaringologia: Unidade de Endoscopia;
- II - no Serviço de Urologia: Unidade de Endoscopia, Unidade de Transplante Renal e Unidade de Urodinâmica;
- III - no Serviço de Cirurgia Geral: Unidade de Proctologia e Unidade de Cirurgia Plástica;
- IV - no Serviço de Cirurgia Cardiovascular: Unidade de Transplante Cardíaco.

Art. 7º - O Grupo de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento compreende:

- a) Serviço de Radiologia;
- b) Serviço de Patologia Clínica;
- c) Serviço de Patologia;
- d) Serviço de Medicina Nuclear;
- e) Serviço de Fisiatria e Reabilitação.

Art. 8º - No Grupo de Serviços Complementares de

Diagnóstico e Tratamento, o Serviço de Patologia Clínica compõe-se das seguintes Unidades:

- Hematologia;
- Bioquímica;
- Microbiologia e Parasitologia;
- Citologia;
- Immunopatologia;
- Hemoterapia.

Art. 9º - Os Chefes de Serviço designarão médicos assistentes ou contratados como responsáveis por turnos de Ambulatório e/ou Internação nas respectivas especialidades médicas ou cirúrgicas, sem detrimento de suas atribuições habituais.

Art. 10 - Os Serviços ou Unidades mencionados nos Artigos 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 poderão ser suprimidos, agrupados ou desdobrados, de acordo com as necessidades assistenciais, do ensino e da pesquisa, com o progresso científico-tecnológico das ciências da saúde, com os objetivos do Hospital definidos no Artigo 2º e parágrafos do seu Regulamento, por proposição dos Chefes de Serviço e encaminhadas pelos Coordenadores de Grupo à Vice-Presidência para Assuntos Médicos (VPM) para sua aprovação.

§ 1º - São pré-requisitos para a implantação de Serviços, Unidades e Setores no Hospital:

- a) recursos humanos especializados em qualida-

de e quantidade, porém nunca inferior a três profissionais de nível superior, para atender aos objetivos propostos;

- b) equipamentos médicos e bens patrimoniais móveis imprescindíveis ao seu funcionamento;
- c) área física adequada;
- d) rotinas elaboradas nos termos deste Regimento;
- e) pessoal auxiliar.

§ 2º - Os Serviços ou Unidades dos Grupos de Enfermagem e de Apoio Assistencial seguirão as mesmas disposições deste artigo.

Seção 3 - Dos serviços auxiliares

Art. 11 - As Coordenações de Grupo contarão com funcionários administrativos para os trabalhos de secretaria e de arquivo.

Art. 12 - Os Serviços e as Unidades ou Laboratórios das Especialidades Médicas, das Especialidades Cirúrgicas e das Especialidades de Diagnóstico e Tratamento terão, respectivamente, serviços próprios de secretaria, estruturados nos seguintes níveis, de acordo com suas necessidades e características:

- secretária;

- auxiliar de secretaria
- recepcionista;
- mensageiro;
- técnicos ou operadores;
- atendentes de sala.

Parágrafo único - As solicitações para contrato de funcionários constarão de propostas fundamentadas das chefias respectivas aos Coordenadores de Grupo para apreciação e encaminhamento à VPM.

Art. 13 - O pessoal auxiliar será funcionalmente subordinado aos Coordenadores de Grupo e aos Chefes dos Serviços e das Unidades e Laboratórios onde estiverem lotados e terão seus horários, turnos de trabalho e atribuições fixados nos termos da legislação trabalhista e deste Regimento.

ANEXO 2

COMPETENCIAS

ANEXO 2

A - Dos Coordenadores de Grupo

O artigo 16 do Regimento da área médica registra que: Os coordenadores de grupo a que se refere o artigo 17 do Regulamento do Hospital, serão proposto pela VPM (VICE PRESIDÊNCIA MÉDICA), nomeados pelo Presidente, dentre os respectivos professores da FMPA (Faculdade de Medicina de Porto Alegre) e integrantes do Corpo Clínico do HCPA, categoria assinante, e da EE (Escola de Enfermagem) da UFRGS.

Compete aos coordenadores de grupo:

I - Coordenar as atividades do grupo respectivo, no âmbito da Assistência, através dos chefes de serviços;

II - Cooperar com os demais coordenadores e chefes de serviços das Áreas Médicas e Administrativas;

III- Presidir reuniões científicas dos serviços

sob sua coordenação;

IV - Reunir, periodicamente, os chefes de serviço sob a sua coordenação, para apreciação de assuntos ligados às atividades de seu grupo;

V - Apreciar as propostas dos chefes de serviço e encaminhá-las à VPM, respeitadas as disposições deste Regimento.

Artigo 17 do Regulamento; no que diz respeito a:

- a) Admissão ou demissão de médicos e de enfermeiros contratados nos termos do Regulamento da HCPA e deste Regimento, inclusão ou exclusão de médicos assistentes integrantes do Corpo Clínico e outros, bem como de integrantes do Corpo Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS, admissão ou demissão de pessoal de apoio assistencial, de Enfermagem Auxiliar;
- b) Escalas de férias;
- c) Licenças, afastamentos temporários ou participação em reuniões científicas;
- d) Aplicação de penalidades previstas neste regimento;
- e) Aquisição de material permanente e equipa-

mentos.

VI - Assessorar a VPM em assuntos de sua competência.

VII - Expedir atos em âmbito de sua competência.

VIII - Encaminhar à VPM a lista tríplice para preenchimento das funções de chefes de serviço.

IX - Encaminhar à VPM, por proposição dos Chefes de Serviço, a criação, supressão, desdobramento ou fusão de serviços, de acordo com os avanços tecnológicos e progressos das ciências de saúde, respeitadas as disposições no regimento;

X - Cooperar com os Chefes de Departamento da FMPA e da EE da UFRGS, através dos Regentes de Disciplina e Coordenadores de Centros de Graduação e Pós-Graduação, para a plena realização dos programas respectivos.

XI - Sugerir à VPM seu substituto para férias, afastamentos ou impedimentos temporários não superiores a 60 dias.

XII - Delegar competências.

XIII - Outras a serem designadas ou fixadas pela VPM.

B - Dos Chefes de Serviço.

O artigo 18 do Regimento registra que os chefes de serviço serão propostos pela VPM, nomeados pelo Presidente para período de 3 anos, dentre integrantes das respectivas especialidades do corpo clínico do Hospital, categoria assistente, e da EE da UFRGS, podendo ser reconduzidos.

São requisitos para desempenhar as funções de Chefe de Serviço:

- a) Ser professor da FMPA da UFRGS, integrante do Corpo Clínico do HCPA, ou da EE da UFRGS, e possuir treinamento especializado comprovado na atividade abrangida pelo serviço;
- b) Ser Auxiliar de Ensino da FMPA da UFRGS, integrante do Corpo Clínico do HCPA, ou da EE da UFRGS, e possuir treinamento especializado comprovado na atividade abrangida pelo serviço, desde que não preenchidas como dispõe o item a;
- c) Ser Professor inativo da FMPA da UFRGS e integrante do Corpo Clínico do HCPA, ou da EE da UFRGS, categoria contratado e possuir treinamento especializado comprovado na atividade abrangida pelo serviço desde que não preenchidas como dispõem os itens "a" e "b".

d) No caso de não satisfação comprovada dos itens "a" e "b", e "c", as Chefias dos serviços serão preenchidas, respectivamente, por médicos ou pessoal de nível superior, contratados, possuindo treinamento especializado comprovado na atividade abrangida pelo Serviço, obedecendo às disposições estabelecidas neste Regimento.

Compete aos Chefes de Serviço:

- a) Dirigir os serviços da especialidade em todas as atividades assistenciais, científicas e de pesquisa;
- b) Encaminhar à Comissão de Rotinas Médicas e Calamidade Pública as rotinas do Serviço, bem como suas ulteriores modificações;
- c) Supervisionar o cumprimento das rotinas estabelecidas para a observância do cuidado progressivo do paciente;
- d) Organizar o programa científico;
- e) Encaminhar, anualmente, até 30 de setembro à Comissão de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CRM - HCPA) os programas de treinamento da especialidade para bolsistas, nos termos da Seção 8 deste

- Regimento, e supervisionar o seu cumprimento;
- f) Designar o médico residente chefe do Serviço sob sua responsabilidade, dentre os R2 e R3 que nele estiverem em treinamento;
 - g) Coordenar, orientar e supervisionar técnica e funcionalmente os bolsistas, enquanto desenvolverem suas atividades no serviço;
 - h) Estimular a pesquisa no Serviço sob sua orientação;
 - i) Promover reuniões de revisão de prontuários no âmbito de sua chefia, para avaliar a qualidade dos mesmos;
 - j) Aprovar projetos de pesquisa e remeter à Comissão Científica e de Planejamento de Serviços Médicos para efeito do Artigo 75 e alíneas do Regimento.
 - l) Manter o Coordenador de Grupo a que se subordinar informado das atividades que se desenvolvam no Serviço;
 - m) Convocar e presidir reuniões da especialidade;
 - n) Submeter à aprovação do Coordenador de Grupo

- po as propostas para aquisições de equipamento e material permanente;
- o) Encaminhar ao Coordenador de Grupo as proposições de admissão ou demissão de médicos e enfermeiros contratados nos termos do Regulamento do HCPA e deste Regimento, inclusão ou exclusão de médicos assistentes do Corpo Clínico do Hospital, bem como de integrantes do Corpo Docente da EE da UFGRS e admissão de pessoal de apoio assistencial, de enfermagem e auxiliar;
 - p) dirigir os serviços de secretaria da área sob sua chefia;
 - q) encaminhar à VPM, por intermédio dos Coordenadores de Grupo, a lista tríplice para preenchimento das funções de Chefe de Unidade;
 - r) designar os responsáveis por turno na Internação e no Ambulatório;
 - s) expedir atos no âmbito de sua competência;
 - t) aplicar e propor as penas disciplinares previstas no Regimento;
 - u) encaminhar ao Coordenador de Grupo os relatórios anuais e outros que forem solicitados;
 - v) cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital, este Regimento e o Regimento Interno do CRM-HCPA, e o horário estabelecido;
 - w) indicar seu substituto em férias, impedimentos e afastamentos temporários não superiores

res a 60 dias;

- x) organizar as escalas de férias e encaminhar ao Coordenador de Grupo;
 - y) delegar competência;
 - z) outras previstas neste Regimento.
- C) Dos Chefes de Unidade:

O artigo 22 do Regimento registra que os Chefes de unidade deverão ser integrantes do Corpo Clínico do Hospital, propostos pelos Chefes de Serviço e VPM e nomeados pelo Presidente.

Compete ao Chefes de Unidade:

Segundo o artigo 157, Seção 4, Capítulo IV, do Regimento da Área Médica:

- g) Identificar, quantitativa e qualitativamente, as necessidades de material de enfermagem, controlar seu consumo e conservação, bem como zelar pela guarda do mesmo;
- h) Cooperar com a chefia do Serviço na elaboração de rotinas e técnicas de enfermagem, assim como na revisão de normas;
- i) Avaliar o rendimento de trabalho de sua Unidade;
- j) Manter o Chefe de Serviço informado sobre todas as ocorrências de sua Unidade;
- l) Identificar as necessidades de treinamento de seu pessoal e participar na execução destes programas;

- m) Planejar e distribuir as atividades de enfermagem entre o pessoal de sua Unidade;
- n) Participar de estudos e pesquisas que visem a melhoria da atenção de enfermagem;
- o) Apresentar, anualmente ou quando solicitado, relatório sobre as diversas atividades de enfermagem na Unidade;
- p) Substituir o Chefe de Serviço em suas faltas ou impedimentos, quando designado;
- q) Delegar competências;
- r) Outras a serem determinadas.

D - Compete ao Enfermeiro:

- a) Elaborar os planos de cuidados de enfermagem, supervisionar sua execução e realizar os cuidados complexos de enfermagem;
- b) Supervisionar e avaliar o pessoal auxiliar sob sua responsabilidade;
- c) Participar de estudos e pesquisas;
- d) Identificar, qualitativa e quantitativamente, a necessidade de material de enfermagem, observando, e fazendo observar, os princípios de conservação dos mesmos;

- e) Informar ao enfermeiro Chefe de Unidade das ocorrências relacionadas com os pacientes e pessoal auxiliar sob sua responsabilidade;
- f) Colaborar com o enfermeiro Chefe de Unidade na execução de escalas de folgas e férias;
- g) Substituir o enfermeiro Chefe de Unidade em seus impedimentos;
- h) Participar da educação sanitária dos pacientes e familiares;
- i) outras a serem determinadas.

As atribuições dos demais elementos integrantes das categorias funcionais do Grupo de Enfermagem serão definidas através de normas.

ANEXO 3

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PESSOAL AUXILIAR

I - DADOS DO FUNCIONÁRIO

1 - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1 Nome completo				NI Idem. COREN
2 Data Nascimento	Cidade	Estado	Sexo	
3 Estado Civil	Nº de Filhos	4 Religião		
5 Endereço Atual				Fone
6 Novo Endereço				
7 Data Admissão na HCPA	NI Cartão-Ponto	Data de Demissão		
Cargo que ocupa	Função que exerce	Horário		
8 Trabalha em outro local?	Nome do Estabelecimento			
Cargo que ocupa	Função que exerce	Horário		

2 - IDENTIFICAÇÃO DE ESCOLARIDADE

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Grau de Instrução	Escola onde concluiu o Curso Técnico	Data Conclusão	Duração

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Grau de Instrução	Escola onde concluiu o Curso de Auxiliar de Enfermagem	Data Conclusão	Duração

ATENDENTE DE ENFERMAGEM

Grau de Instrução	Tem Treinamento de Atendente de Enfermagem	Estabelecimento onde realizou o Treinamento	Duração em Horas

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os funcionários receberão os conceitos conforme o quadro abaixo dependendo do percentual de frequência do comportamento "Plenamente Satisfatório"

Nº de Frequência PS	Percentual	Conceito
48 - 40	100 - 80	A - Excelente
39 - 30	81 - 61	B - Bom
29 - 24	60 - 50	C - Regular
menos de 24	menor de 50	D - Deficiente

II - ÁREAS DE COMPORTAMENTO

Escreva no espaço as letras correspondentes a frequência com que ocorre cada comportamento abrangente por uma das sete áreas discriminadas.

ÁREA 1 - APRESENTAÇÃO PESSOAL

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1.1 - Uniforme limpo e íntegro conforme modelo masculino e feminino												
1.2 - Sapatos de cor branca, fechados e salto baixo (feminino); sapatos de cor preta (masculino)												
1.3 - Casaco e blusa branca sob o uniforme												
1.4 - Cabelos presos ou curtos												
1.5 - Unhas curtas, com pintura íntegra												
1.6 - Abster-se de usar brincos, anéis, pulseiras, colares, toucas, lenços na cabeça...												
1.7 - Usa crachê conforme modelo do Hospital												
1.8 - Tem postura adequada												

ÁREA 2 - DISCIPLINA

2.1 - Respeita a hierarquia do Grupo de Enfermagem												
2.2 - Observa as normas e rotinas do Hospital												
2.3 - É assíduo ao trabalho												
2.4 - É pontual ao trabalho												
2.5 - Quando uniformizado só fuma em local e horário apropriado.												
2.6 - Conforme rotina, permanece na sala de lenche somente durante os 15' pré-estabelecidos												

ÁREA 3 - ATITUDES NO TRABALHO

3.1 - Demonstra interesse pelo trabalho												
3.2 - Interpreta corretamente instruções e ordens superiores.												
3.3 - Esforça-se em melhorar o nível do seu trabalho												
3.4 - Solicita enfermeira(o) ou supervisora quando tem dúvidas.												
3.5 - Mantém-se atento em suas atividades.												
3.6 - Quando precisa agir sozinho procura a melhor solução.												
3.7 - Usa linguagem adequada e timbre de voz esperado no ambiente de trabalho												
3.8 - Faz críticas e apresenta sugestões usando os canais competentes.												
3.9 - Mantém-se atento em relação ao sigilo profissional.												
3.10 - Executa procedimentos em situações de urgência conforme a rotina.												
3.11 - Mantém-se estável em seu comportamento												
3.12 - Aceita críticas de maneira construtiva.												
3.13 - Mostra-se disponível para assumir atividades fora de sua jornada de trabalho.												

PS - Plenamente satisfatório

S - Satisfatório

NS - Não satisfatório

NA - Não foi avaliado

ANEXO 4

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANEXO 5

AGENDA DE CONSULTAS E BOLETIM ESTATÍSTICO

ANEXO 6

CONSULTAS DE ENFERMAGEM, POR PROFISSIONAL,
ÁREA E ESPECIALIDADE

TABELA II - CONSULTAS DE ENFERMAGEM DURANTE O MÊS DE DE
 POR PROFISSIONAL, ÁREA E ESPECIALIDADE

ÁREA/ESPECIALIDADE/ENFERMEIRA		FALHA TEC. ADM.	FALTOSOS		CONSULTAS				TOTAL	
			MED.	PAC.	PRIM.	NOVAS	GRUPO	RECONS.	ABS	%
ENFERMAGEM	SAÚDE DA CRIANÇA									
	SAÚDE DO ADULTO									
	SAÚDE MATERNA									
TOTAL		ABS								
		%								

FONTE: Agendas de Consulta do SAME

ANEXO 7

RELATÓRIO PROGRESSIVO DE AGENDAS DO AMBULATÓRIO

ANEXO 8

ATRIBUIÇÕES DA GERÊNCIA DE AMBULATÓRIO

ANEXO 8

GERÊNCIA DE AMBULATÓRIO

- 1 - Subordinação: Vice-Presidente Administrativo
- 2 - Área de competência:
 - 2.1 - Marcação de Consultas;
 - 2.2 - Marcação de Exames;
 - 2.3 - Recepção de Zonas;
 - 2.4 - Agendamento.
- 3 - Áreas de relacionamento direto:
 - 3.1 - com o grupo de enfermagem;
 - 3.2 - com o grupo de serviço social;
 - 3.3 - com o grupo médico;
 - 3.4 - com o grupo de administração:
 - a) Divisão de Serviços Gerais: vigilantes, serventes de limpeza, mensageiros, rouparia, pessoal da manutenção;

- b) Divisão de Contabilidade: Caixas e unidades de Contas de Pacientes;
- c) Divisão de Material: pessoal de Almoxarifado;
- d) Assessoria de Relações Públicas;
- e) SAME;
- f) Divisão de Pessoal;
- g) Divisão de Serviços Complementares, de Diagnóstico e Tratamento.

4 - Atribuições:

- 4.1 - Coordenar e controlar o pessoal, subordinado direta ou indiretamente, em sua área de competência, no que se refere a:
 - a) Problemas disciplinares (atrasos, faltas, omissões, etc);
 - b) Remanejamento;
 - c) Avaliação;
 - d) Proposta de demissão e admissão.
- 4.2 - Controlar o pessoal na área de relacionamento no que se refere a informações aos respectivos superiores hierárquicos, sobre faltas e providências para substituições.
- 4.3 - Controlar o sistema de marcação de consultas.
- 4.4 - Fornecer subsídios ao CPD para que esse elabore as agendas e a emissão correta dos tickets de consulta.

- 4.5 - Controlar a distribuição das agendas, prontuários e fichas clínicas enviados pelo SAME.
- 4.6 - Controlar a devolução de prontuários e fichas clínicas ao SAME.
- 4.7 - Providenciar na manutenção preventiva e corretiva da área física, das instalações e do equipamento em geral.
- 4.8 - Providenciar no suprimento dos materiais de consumo necessários à atividade do Ambulatório.
- 4.9 - Controlar o suprimento da listagem de materiais fornecidos automaticamente pelo Almoxarifado.
- 4.10 - Fiscalizar a limpeza e a remoção do lixo.
- 4.11 - Controlar o suprimento de roupa limpa e a remoção da roupa suja.
- 4.12 - Atender aos pacientes queixosos e resolver, na esfera de suas atribuições, os eventuais problemas.
- 4.13 - Fiscalizar o uso de uniformes.
- 4.14 - Transmitir as informações sobre modificações da dinâmica e seus componentes no ambulatório ao Setor de Informações e outros setores interessados.

ANEXO 9

FORMULÁRIO DE MATERIAL PERMANENTE



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Requisição de Material - SEMI-PERMANENTE -

NÚMERO
Nº 5241

Requisitante	Entregue por	Recebido por	Visto Manutenção
Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

CÓDIGO SPD	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR	UNID.

Instruções:

- Arquite a 2ª via (requisitante) para seu controle, sempre observando o código do S.P.D. para futuras conferências.
- Indique nos locais adequados o motivo da requisição.
- Em caso de conserto, solicite o visto do Serv. de Manutenção.
- Se for reposição, Código 6 (outros), justifique no verso.
- Em caso de reposição, Códigos 1 e 2, devolver os danificados.
- Em caso de reposição, Código 5 (indenização) inclua o número do cartão-ponto do funcionário descontado.

NOVO CONERTO

REPOSIÇÃO CARTÃO PONTO Nº

*CÓDIGO

* 1 - QUEBROU
 2 - ESTRAGOU
 3 - DESAPARECEU
 4 - VENDIDO
 5 - INDENIZADO
 6 - OUTROS

Centro de Custo a Debitar Nº C.C.

--	--	--	--



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

REQUISITANTE	ENTREGUE POR	RECEBIDO POR	Nº 15543
<small>assinatura</small>	<small>assinatura</small>	<small>assinatura</small>	<small>nº cartão-ponto</small>

CÓDIGO DO S.P.D.	QUANTIDADE	UNID.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QUANTIDADE	UNID.

DATA

**Para Uso Exclusivo
do SPD**

CENTRO DE CUSTO A DEBITAR	NÚMERO	O.S. Nº

ANEXO 10

PLANO DE CURSO
PREPARAÇÃO PSICOPROFILÁTICA E MÃES

OBJETIVOS:

- Proporcionar à gestante oportunidades de adquirir conhecimentos científicos sobre si própria, sobre a gestação, parto e puerpério;
- romper a tríade: Tensão - Medo - Dor
- dar à gestante conforto, segurança e técnica para o parto;
- fazer com que a gestante seja participante ativa do seu parto;
- manter um estado de saúde ótimo da gestante, para aumentar as possibilidades de um parto eutócico e um recém-nascido normal;
- oferecer elementos para atender às necessidades do recém-nascido.

PARTICIPANTES:

- Gestantes do 5º ao 6º mês e meio, acompanhadas dos cônjuges.

NÚMERO DE AULAS

- Dez (10) - uma aula semanal.

PROFESSORES:

- Enfermeira Obstétrica
- Enfermeira Psiquiátrica
- Enfermeira Puericultora.

PUERICULTURA - PARA MÃES DE LACTENTES

OBJETIVO:

Fazer com que as mães compreendam, aceitem e pratiquem conhecimentos a respeito da saúde da criança.

PARTICIPANTES:

Mães que freqüentam o Setor de Puericultura e Pediatria, Obstetrícia e da Comunidade em geral.

PERÍODO:

Um (1) semestre, com 2 encontros por mês.

PROFESSORES:

- Enfermeira Puericultora
- Enfermeira Psiquiátrica

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	COMPORTAMENTO ESPERADO	TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS AUDIO-VISUAIS	HORAS DE AULA	PROFISSIONAL
1 - Finalidades do Método Psico-profilático. - Divulgação do Programa do Curso.	Assiduidade das gestantes ao curso.	Preleção mais Interrogação.	Quadro Negro e Polígrafos	1	Enfermeira Obstétrica
2 - Aspectos psicológicos da gestação, parte e puerpério.	Diminuição da ansiedade. Preparo Psicológico para enfrentar o ciclo grávido-puerperal.	Preleção mais Interrogação.	Quadro Negro	2	Enfermeira Psiquiátrica
3 - Anatomia e Fisiologia do Aparelho Genital Feminino - Fecundação e desenvolvimento fetal. - A gestação como fenômeno fisiológico. - Distúrbios e desconfortos da gestação.	Aquisição de conhecimentos científicos e eliminação de tabús. Aceitação da gestação como fenômeno fisiológico.	Preleção mais Interrogação.	Slides, Quadro Negro e Polígrafos	3	Enfermeira Obstétrica
4 - Respiração e relaxamento. - Contração uterina. Aula Prática: a) Ginástica respiratória b) Balanceio da Pelvis nº 1 c) Reforçamento da musculatura abdominal. - Relaxamento.	Maior tranquilidade durante a gestação. Maior cooperação da gestante no parto.	Preleção mais Demonstração com devolução de técnica.	Slides e Polígrafos	3	Enfermeira Obstétrica
5 - Higiene Pré-Natal Aula Prática: Repetir exercícios a, b, c. d) Relaxamento perineal e cervical. e) Exercícios para mamas. - Relaxamento.	Aquisição de hábitos saudáveis.	Grupos Rotativos mais demonstração com devolução de técnica.	Polígrafos	3	Enfermeira Obstétrica

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	COMPORTAMENTO ESPERADO	TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS AUDIO-VISUAIS	HORAS DE AULA	PROFISSIONAL
<p>6 - Sinais e sintomas de Trabalho de parto. Modificações plásticas do colo uterino.</p> <p>Aula Prática: Repetir exercícios a, b, c, d, e. f) Balanceio da pelvis nº 2. g) Exercícios para as coxas - Relaxamento.</p>	<p>Segurança quanto ao início do trabalho de parto. Procura do hospital no momento correto. Colaboração e participação ativa no trabalho de parto.</p>	<p>Estudo através de fichas mais Demonstração com devolução de Técnica.</p>	<p>Fichas</p>	<p>3</p>	<p>Enfermeira Obstétrica</p>
<p>7 - Período Expulsivo. - Puerpério durante a internação e após a alta hospitalar.</p> <p>Aula Prática: Repetir exercícios a, b, c, d, e, f, g. h) Correção de postura. i) Exercício perineal. j) Exercício para auxiliar musculatura uterina na expulsão. - Relaxamento.</p>	<p>Maior colaboração e participação da parturiente durante o parto. Profilaxia de patologias puerperais.</p>	<p>Preleção mais Interrogação mais Demonstração com devolução de técnica.</p>	<p>Slides Quadro Negro e Polígrafo</p>	<p>3</p>	<p>Enfermeira Obstétrica</p>
<p>8 - Cuidados com o Recém-nascido no hospital e a domicílio. - Importância da matrícula no Serviço de Puericultura. - Visita à Área de Puericultura.</p>	<p>Obtenção de elementos para atender às necessidades primeiras do recém-nascido.</p>	<p>Preleção mais Interrogação.</p>	<p>Quadro Negro e Polígrafo</p>	<p>3</p>	<p>Enfermeira Puericultora</p>
<p>9 - Alimentação do lactente.</p>	<p>Aquisição de hábitos corretos quanto à alimentação.</p>	<p>Grupos rotativos</p>	<p>Polígrafos e slides.</p>	<p>3</p>	<p>Enfermeira Puericultora</p>
<p>10 - Higiene do recém-nascido.</p>	<p>Aquisição de hábitos corretos quanto à higiene.</p>	<p>Preleção mais Demonstração com devolução de técnica.</p>	<p>Quadro Negro Slides Boneco e acessórios para o banho.</p>	<p>3</p>	<p>Enfermeira Puericultora</p>

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	COMPORTAMENTO ESPERADO	TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS AUDIO-VISUAIS	HORAS DE AULA	PROFISSIONAL
1 - Como cresce e desenvolve uma criança.	Aquisição correta de conhecimentos e capacidade de observação.	Palestra	Quadro Negro Slides Cartão Flash	2	Enfermeira Puericultora Enfermeira Psiquiátrica
2 - Higiene com a criança sadia e doente.	Aquisição de conhecimentos corretos quanto ao banho, exercícios e repouso. Eliminação de idéias preconcebidas e tabús quanto aos cuidados com uma criança doente.	Palestra e Demonstração.	Quadro Negro Slides Material: enxoval do bebê e técnica de banho. Folhetos impressos.		Enfermeira Puericultora
3 - Cuidados com a alimentação da criança sadia.	Execução adequada do esquema alimentar.	Palestra	Quadro Negro, Slides Folhetos impressos, Album seriado.	2	Enfermeira Puericultora
4 - Como preparar e administrar mamadeira, suco e papas.	Preparo e administração correta do alimento.	Demonstração.	Material para preparo de mamadeira, suco e papa.	2	Enfermeira Puericultora
5 - O que é a vacina. Cuidado após a vacina.	Aquisição de conhecimentos quanto à importância da prevenção de doenças transmissíveis. Seguimento do esquema de vacinação.	Palestra e demonstração.	Quadro negro, Slides, Folhetos, Material de vacina. Técnica de vacinação.	2	Enfermeira Puericultora
6 - Qual a conduta aos acidentes caseiros.	Aquisição de conhecimentos que conduzem à prevenção dos acidentes em casa. Atitude correta frente ao acidente.	Palestra e demonstração.	Quadro Negro, Slides Folhetos.	2	Enfermeira Puericultora
7 - Importância da recreação para a criança. Tipos de brinquedos.	Participação de brincadeiras com a criança. Escolha correta de brinquedos.	Palestra e demonstração.	Folhetos Slides Cartazes Brinquedos adequados.	2	Enfermeira Puericultora

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	COMPORTAMENTO ESPERADO	TÉCNICAS DE ENSINO	RECURSOS AUDIO-VISUAIS	HORAS DE AULA	PROFISSIONAL
8 - Como evitar a desidratação? Importância do tratamento da água. Importância dos alimentos.	Hidratação conveniente da criança. Utilização de soluções para o tratamento da água à domicílio, quando necessário. Conduta adequada quando a criança apresentar diarreia e vômitos.	Palestra	Folhetos Slides Quadro Negro	2	Enfermeira Puericultora
9 - Como cuidar da criança com sarampo, cachumba, etc. (doenças comuns na infância.)	Execução de cuidados adequados à criança, a fim de evitar complicações.	Palestra	Quadro Negro Folhetos Slides	2	Enfermeira Puericultora
10 - Como entender o comportamento da criança nos primeiros anos de vida.	Aquisição e aplicação de conhecimentos corretos quanto aos aspectos psicológicos da criança.	Palestra	Quadro Negro Slides Folhetos	2	Enfermeira Puericultora Enfermeira Psiquiátrica

ANEXO 11

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE PÚBLICA - GRUPOS

ANEXO 12

ESTATUTO DO CLUBE DE DIABÉTICOS DE PORTO ALEGRE

ANEXO 12

ESTATUTOS DO CLUBE DE DIABÉTICOS DE
PORTO ALEGRE

CAP. I - DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

- Artigo I - O Clube dos Diabéticos de Porto Alegre é uma sociedade civil, de fins não lucrativos, de duração ilimitada, congregando Diabéticos e Comunidade de Porto Alegre, fundado em 02-09-76 em Porto Alegre, com sede no Ambulatório do Hospital de Clínicas e reger-se-á pelos presentes estatutos.
- Artigo II - O Clube dos Diabéticos tem como finalidade a integração entre diabéticos e comunidade, visando obter e manter hábitos sadios com o objetivo de proporcionar condições de vida normal.

- Artigo III - Para atingir sua finalidade o Clube dos Diabéticos propõe-se:
- a) Integrar os diabéticos e a comunidade, despertando-lhes o interesse para promover, manter e recuperar condições de vida sadia;
 - b) Desenvolver ações junto à Comunidade procurando motivá-la para a importância do diagnóstico precoce;
 - c) Concorrer para orientação comum dos diabéticos através da Educação Sanitária do indivíduo, da família e da comunidade, tendo em vista a manutenção dos diabéticos e objetivando seu bem-estar;
 - d) Fornecer assistência, dentro de suas possibilidades, aos membros que dela venham necessitar, bem como proporcionar aos associados oportunidades de vida social, cultural, esportiva e recreativa;
 - e) Estabelecer interrelacionamento entre diabéticos e comunidade no âmbito família - comunidade;
 - f) Realizar empreendimentos no sentido de favorecer os objetivos previstos;

- g) Colaborar com as demais entidades da comunidade em assuntos de interesse comum;
- h) Desenvolver atividades com o fim de levar os sócios a uma participação ativa e contínua.

CAP. II - DO QUADRO SOCIAL

- Artigo IV - O quadro social constituir-se-á de todos os diabéticos.
- Artigo V - Poderão fazer parte do quadro social os amigos, os familiares, a equipe de saúde do HCPA e a comunidade em geral.
- Parágrafo único: Os sócios de que trata este artigo, serão admitidos a juízo do Conselho Diretor.
- Artigo VI - Serão considerados sócios beneméritos os que tenham prestado relevantes serviços ao Clube dos Diabéticos por indicação da Diretoria, mediante aprovação em assembléia geral.
- Artigo VII - São deveres dos sócios em geral.
- a) Cumprir as disposições estatutárias e as decisões da administração, cooperando, de acordo com suas possibilidades, para a execução do programa do Clube.

- b) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- c) Procurar atrair para o Clube todas as pessoas que tenham disposição e condições de colaborar para o progresso da entidade e comunidade.

Artigo VIII - São deveres dos Sócios Diabéticos.

- a) Procurar recurso adequado sempre que notar qualquer alteração em seu estado de saúde;
- b) Incentivar nos familiares o controle periódico de saúde;
- c) Atrair o maior número possível de pessoas diabéticas para o Clube;
- d) Divulgar, de maneira efetiva, as vantagens de associar-se ao Clube;
- e) Participar do Curso para Diabéticos.

Parágrafo único: Incluídos os itens A, B, C, do artigo VIII.

Artigo IX - São direitos dos Sócios.

- a) Votar e ser votado;
- b) Comparecer às reuniões do Clube e participar das atividades programadas;

- c) Apresentar, através do Conselho Diretor, idéias, sugestões e propostas que sejam de interesse do Clube,
- d) Solicitar à direção do Clube todos os esclarecimentos que sejam necessários e que tenham relação com os objetivos da entidade;

Artigo X - São direitos dos Sócios Diabéticos

CAP. III - DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo XI - Será exercida: 1. Assembléia Geral
2. Conselho Diretor
3. Assessoria técnica da equipe de Enfermagem.

Artigo XII - Todos os mandatos serão por um ano, podendo os titulares serem reeleitos por mais um período para o cargo.

Parágrafo único: os cargos serão gratuitos, a eleição e a posse obrigam ao exercício regular da função como dever comunitário.

Artigo XIII - A assessoria técnica será composta por uma equipe de Enfermagem que deverá pautar suas atividades e programações em consonância com os princípios e orientação do serviço de En-

fermagem de Saúde Pública do HCPA, que será a instância superior para solucionar eventuais problemas técnicos.

CAP. IV - DA ASSEMBLÉIA GERAL

- Artigo XIV - A Assembléia Geral é órgão soberano do Clube, respeitadas as disposições da legislação vigente, as normas técnicas administrativas e o regimento interno do Clube competindo-lhe:
- a) Interpretar os estatutos e resolver os casos omissos;
 - b) Tomar resoluções que serão executadas pelo Conselho Diretor;
 - c) Destituir qualquer membro do Conselho Diretor;
 - d) Emendar os estatutos.
- Artigo XV - A Assembléia Geral reunir-se-á duas vezes por ano, em sessões ordinárias, na primeira quinzena de junho e na primeira quinzena de dezembro.
- Parágrafo 1º - Na primeira sessão ordinária da Assembléia Geral haverá recepção dos novos sócios, bem como, será apreciado o plano de ação de Diretoria. Na segunda sessão ordinária, será li-

do o relatório do Presidente sobre sua gestão e será eleito e empossado o novo Conselho Diretor.

Parágrafo 2º - A convocação da Assembléia Geral Extraordinária poderá ser feita pelo Conselho Diretor ou mediante requerimento de um mínimo de metade mais um dos sócios, com cinco dias de antecedência, com editais afixados no Clube e acompanhados da ordem do dia.

Artigo XVI - A Assembléia só poderá funcionar com, no mínimo, a metade e mais um dos sócios em primeira convocação e com qualquer número. Em segunda convocação, meia hora mais tarde. A presidência será exercida pelo presidente ou por outro membro do Conselho Diretor. Na ausência de todos os membros do Conselho, a presidência recairá sobre qualquer sócio presente que for designado pela Assembléia.

Artigo XVII - As decisões da Assembléia serão tomadas pela maioria simples dos sócios presentes.

CAP. V - DO CONSELHO DIRETOR

Artigo XVIII - O Conselho Diretor é o órgão executivo do Clube e compor-se-á de 7 (sete) membros eleitos em Assembléia Geral Ordinária, ficando assim

constituído:

Presidente

Vice-Presidente

Secretário

2º Secretário

Tesoureiro

2º Tesoureiro

Representante da Assessoria Técnica

- Parágrafo 1º - As reuniões do Conselho Diretor serão mensais e o Presidente terá voto de qualidade.
- Parágrafo 2º - O representante da Assessoria Técnica deverá estar sempre presente às reuniões do Conselho Diretor.
- Parágrafo 3º - As decisões do Conselho Diretor serão tomadas por maioria simples dos votos dos presentes.
- Parágrafo 4º - A ausência não justificada a três reuniões consecutivas implicará a exclusão do membro do Conselho Diretor.
- Artigo XIX - Sempre que ocorrer vaga em um dos cargos do Conselho Diretor, os demais membros, em reunião especial e por decisão de maioria simples, designarão, dentre os sócios, um substituto, com observância do estabelecido nos

artigos 22, 24, e 26, alínea b) do Estatuto.

Artigo XX - Serão criados pelo Conselho Diretor os departamentos que se fizeram necessários para seu perfeito funcionamento e dinamismo.

Parágrafo único: Os Diretores dos Departamentos serão designados pelo Conselho Diretor, devendo comparecer às reuniões deste sempre que convocados.

Artigo XXI - Compete ao Presidente:

- a) Cumprir e fazer cumprir os presentes Estatutos e o Regimento interno do Clube;
- b) Representar o Clube;
- c) Convocar e presidir todas as reuniões de Conselho Diretor, bem como das Assembléias Gerais;
- d) Assinar, com o secretário, todos os atos das reuniões e assembléias;
- e) Movimentar fundos, juntamente com o tesoureiro;
- f) Apresentar à Assembléia Geral, ao término do seu mandato, o relatório das atividades do Clube.

- Artigo XXII - Compete ao Vice-Presidente:
- a) Auxiliar o Presidente e substituí-lo em seus impedimentos temporários;
 - b) Assumir a Presidência em caráter definitivo quando a mesma vagar.
- Artigo XXIII - Compete ao Secretário:
- a) Redigir e ler as atas das reuniões e Assembleias Gerais, assinando-as com o Presidente;
 - b) Manter um livro destinado à presença dos conselheiros, colhendo a assinatura dos presentes e anotando as ausências quando justificadas;
 - c) Atender ao expediente em geral, firmando a correspondência.
- Artigo XXIV - Compete ao 2º Secretário:
- a) Auxiliar o 1º Secretário e representá-lo em seus impedimentos;
 - b) Assumir, em caráter definitivo, as funções do 1º Secretário quando o cargo vagar.
- Artigo XXV - Compete ao Tesoureiro:
- a) O recebimento de valores, seu controle e

guarda, escriturando-os em livro caixa regular;

- b) Apresentar mensalmente à Diretoria o balancete da receita e despesa;
- c) Movimentar fundos juntamente com o presidente.

Artigo XXVI - Compete ao 2º Tesoureiro:

- a) Auxiliar ao 1º tesoureiro e substituí-lo nos seus impedimentos;
- b) Assumir, em caráter definitivo, as funções do 1º tesoureiro quando o cargo vagar.

Artigo XXVII - Compete ao Assessor Técnico:

- a) Prestar esclarecimentos no campo da saúde: promoção e proteção da saúde;
- b) Orientar e informar os associados, através de sua diretoria, quanto às atividades e suas eventuais modificações do programa de controle de diabéticos;
- c) Manter o grupo informado quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico que ocorre na assistência ao Diabético;
- d) Comparecer a todas as reuniões do Conselho Diretor.

CAP. VI - DO PATRIMÔNIO E SUA DESTINAÇÃO

Os recursos financeiros do Clube serão obtidos através de:

- a) Contribuições mensais do associado;
- b) Doações e legados;
- c) Subvenções;
- d) Rendas eventuais.

Artigo XXVIII - O Clube poderá possuir bens patrimoniais próprios, pois todas as aquisições serão feitas em seu nome.

Artigo XXIX - No caso de dissolução ou extinção da entidade os eventuais saldos em dinheiro constituirão um fundo que será revertido em benefício do programa de Diabete do HCPA.

CAP. VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo XXX - Os presentes estatutos só poderão ser formados em Assembléia Geral expressamente convocada para este fim.

Artigo XXXI - O Clube só poderá ser dissolvido pela vontade expressa de dois terços dos sócios em pleno gozo de seus direitos sociais, reunidos em Assembléia Geral expressamente convocada para este fim.

CAP. VIII - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Artigo XXXII - A Primeira diretoria concluirá seu mandato em setembro de 1977 de acordo com as disposições deste estatuto.

REGIMENTO INTERNO DO CLUBE DOS DIABÉTICOS DE
PORTO ALEGRE

CAP. I - DAS FINALIDADES DO REGIMENTO E SUAS ALTERAÇÕES

- Art. 1º - O presente regimento interno, elaborado pelo primeiro Conselho Diretor do Clube dos Diabéticos de Porto Alegre, juntamente com o assessoramento técnico, tem por finalidade completar os estatutos e dar sentido normativo à ação do CDPA, na consecução dos seus objetivos.
- Art. 2º - O presente regimento poderá ser alterado sempre que for necessário para dar maior eficiência à ação do Clube, sendo recomendado que, ao início de cada gestão, o Conselho Diretor, tendo em vista o seu programa anual, faça as alterações que julgar necessárias.

Parágrafo único: As alterações serão feitas em sessões ordi-

nárias do Conselho Diretor, por maioria simples de votos.

CAP. II - DOS SÓCIOS E SUA INTEGRAÇÃO COM O CONSELHO DIRETOR

Art. 3º - Objetivando atingir o que estabelece o artigo 3º letras C e D, o Conselho Diretor manterá na Sala do Clube um dos seus membros, ao menos uma vez por semana, com a finalidade de receber sugestões e prestar esclarecimentos, dando ciência aos sócios do dia e da hora em que o Clube receberá os interessados.

Parágrafo único: Deverá ainda o Clube incentivar o comparecimento de familiares e amigos do CDPA, para informalmente trocarem idéias, podendo chegar tal prática a formar saudável hábito de convívio social, cumprindo-se, assim, o que preceitua o artigo VII letras A e C dos estatutos.

Art. 4º - Regulamentando o que trata o artigo 5º do estatuto, fica estabelecido que os sócios admitidos na forma do citado artigo terão seus nomes registrados em arquivos especiais para este fim mantido na sede do CDPA.

Art. 5º - Os sócios beneméritos, assim considerados de conformidade com o artigo 6º dos estatutos,

terão seus nomes registrados em destaque na Sala do CDPA e o Clube expedirá certificados aos mesmos.

CAP. III - DA ADMINISTRAÇÃO E DO CONSELHO DIRETOR

Art. 6º - Com a finalidade de cumprir o que estabelece o artigo 13º dos Estatutos, o Conselho Diretor providenciará para que suas resoluções e programas sejam de perfeito conhecimento do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do HCPA.

Art. 7º - O Conselho Diretor, não obstante as atribuições específicas de cada cargo, procurará agir sempre de forma solidária, procurando desenvolver, no próprio Conselho, espírito comunitário e de ampla cooperação.

Parágrafo único: Para a consecução do que se estabelece neste artigo, poderá o Presidente designar qualquer membro do Conselho Diretor a fim de acompanhar o trabalho dos departamentos, bem como de colaborar em atribuições que não sejam específicas do seu cargo.

CAP. IV - DAS FINAÇAS E DO PATRIMÔNIO

Art. 8º - Considerando que o auxílio material não é o objetivo principal do Clube, mas reconhecen-

do as necessidades de uma contribuição mínima, o CDPA promoverá, junto aos sócios e comunidade, campanhas periódicas de contribuição espontânea, de tal forma que cada um poderá colaborar financeiramente dentro de suas possibilidades.

CAP. V - DOS DEPARTAMENTOS

- Art. 9º - De acordo com os Estatutos, ficam estabelecidos os departamentos abaixo, que terão sob sua responsabilidade o desenvolvimento de atividades inerentes a sua área de ação.
- § 1º - Os departamentos serão constituídos com a finalidade de executar o programa do CDPA através de um trabalho em equipe.
- § 2º - Os diretores dos departamentos poderão reunir-se com os seus auxiliares tantas vezes quantas julgarem necessárias. Concluída a planificação das atividades de cada setor, será esta encaminhada à apreciação do Conselho Diretor.
- § 3º - Os departamentos serão supervisionados pela Diretoria do CDPA e deverão apresentar relatórios de todas atividades levadas a efeito.
- § 4º - Os departamentos, sempre que se fizer neces-

sário, agirão mantendo interligação e atendo para o espírito de grupo.

- Art. 10º - Cada departamento será constituído por um diretor de departamento, um vice-diretor, um secretário e um tesoureiro, podendo ainda os auxiliares nomearem outros colaboradores.

CAP. VI - DAS ATRIBUIÇÕES DOS DEPARTAMENTOS

- Art. 11º - Ao assessor social caberá organizar chás, quermesses, bazares, visando, com estes recursos, organizar fundos para a Instituição, e, ainda, excursões, jogos recreativos e outras promoções com a finalidade de confraternização.

Ao assessor cultural caberá promover conferências, palestras entrevistas, excursões de cunho cultural, visitas a museus, exposições de trabalhos, dramatizações, exibição de filmes, organização de grupos de música e de danças, estabelecer uma ação educativa e recreativa para os associados.

ANEXO 13

FICHA DE IMUNIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HCPA
E FICHA DE IMUNIZAÇÃO DO PACIENTE

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-FAMÍLIA (Lei n.º 6259 de 30/10/1975)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTE

CADERNETA DE VACINAÇÕES
RIO GRANDE DO SUL

NOME: _____

DATA DO NASCIMENTO: _____

NOME DOS PAIS: _____

ENDEREÇO: _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

(anverso)

		VACINAS OBRIGATORIAS NO			1.º ANO DE VIDA					
DOSES		VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-VARIÓLICA	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
1.ª	DATA	/ /	/ /							
	RUBRICA									
	C.V.	P. ALEGRE	P. ALEGRE							
	P.V.	H. Clínicas	H. Clínicas							
2.ª	DATA	/ /	/ /							
	RUBRICA									
	C.V.	P. ALEGRE	P. ALEGRE							
	P.V.	H. Clínicas	H. Clínicas							
3.ª	DATA									
	RUBRICA									
	C.V.									
	P.V.									
REFORÇO	DATA									
	RUBRICA									
	C.V.									
	P.V.									

(verso)

ANEXO 14

REGISTRO ORIENTADO PARA O PROBLEMA, SEGUNDO
O SISTEMA DE WEED

ANEXO 14

GRUPO DE ENFERMAGEM
SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
REGISTRO ORIENTADO PARA O PROBLEMA, SEGUNDO
O SISTEMA DE WEED

1 - Considerações Iniciais

- Os profissionais médicos, enfermeiros e estudantes estão confrontados com uma contradição aparente: cada um é solicitado como "enfermeira global" ou "médico global", a aceitar as obrigações de encarar muitos problemas simultaneamente e, ainda assim, dar a todos a atenção fundamental para desenvolver e mobilizar seu entusiasmo e sua habilidade, porque essas duas virtudes não surgem, exceto, onde uma concentração organizada seja possível sobre um sujeito em particular.

É esta multiplicidade de problemas com os quais os profissionais devem lidar em seu trabalho cotidiano que cons-

tui a principal característica de sua atividade.

A instrução dos profissionais deveria estar baseada em um sistema que os auxiliasse a definir e seguir os problemas do paciente um por um, e, então, sistematicamente, relacioná-los e resolvê-los.

O critério básico para avaliar o trabalho do profissional é quão bem ele pode identificar os problemas dos pacientes e organizá-los para chegar a sua solução.

Evitando exposições irrelevantes do fato, no registro orientado para problemas, o profissional deve continuamente enfatizar a enumeração, avaliação, integração e auditoria dos problemas dos pacientes.

O sistema, portanto, promove a objetividade, aguça as habilidades e permite a auto-avaliação progressiva.

O registro orientado para problemas é extraordinariamente adequado como um veículo para ensinar abordagens e habilidades essenciais, deixando às bibliotecas e computadores a tarefa de fornecerem a crua e rápida recuperação da informação.

2 - Elementos básicos do registro

Para organizar o registro do paciente de forma lógica e eficiente, quatro são os elementos básicos deste registro que devem ser reconhecidos:

a - Os Dados Básicos

Comumente presentes na nota de admissão, podem incluir alguns ou todos entre os seguintes dados: queixa principal, perfil do paciente e dados sociais relacionados, doença atual, história progressa e revisão de sistemas, exame físico e laudos do laboratório.

b - Lista de Problemas

Na admissão do paciente no hospital, uma lista numerada dos problemas é elaborada, contendo todos os problemas identificados através da história do paciente, progressa e presente, Novos problemas deverão ser acrescentados conforme forem identificados.

c - Plano Inicial

O passo seguinte é a preparação de uma lista de planos - ordens terapêuticas, para cada problema, composta por um número relacionado com a lista de problemas original.

d - Notas de Progresso

- Notas Narrativas - Cada nota de progresso é relacionada diretamente com a lista de problemas e deve ser numerada e rotulada de acordo. Notas operatórias, as notas das enfermeiras e do pessoal pára-médico de-

vem ser incluídas.

- Diagramas - Os diagramas, contendo todos os parâmetros móveis devem ser mantidos sobre todos os problemas, nos quais as relações tempo e dados são complexos. Os diagramas e as notas narrativas constituem a fase de observação do processo e, como tal, são o centro dinâmico do registro médico.
- Sumário de Alta - Nenhum paciente deveria receber alta até que tenha sido registrada uma nota retrospectiva sobre cada problema e numerado na lista do paciente.

Este elementos podem esquematicamente ser representados, como segue:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Estabelecimento de Dados Básicos</p> <p>História</p> <p>Exame Físico</p> <p>Exames Laboratoriais</p> <p>de admissão.</p> | <p>2. Formulação de todos problemas.</p> <p>Lista de problemas.</p> |
| <p>3. Planos para cada problema.</p> <p>Coleta de dados adicionais</p> <p>Tratamento</p> <p>Educação do Paciente.</p> | <p>4. Observação de cada problema.</p> <p>Notas de progresso:</p> <p>rotuladas e numeradas.</p> |

3 - Os dados básicos

Os dados básicos definem-se como:

- a - Queixa principal;
- b - Perfil do paciente - (uma descrição de como ele passa seu dia em média) e dados sociais relacionados;
- c - Doença ou doenças atuais;
- d - História pregressa e revisão dos sistemas baseada em uma série de perguntas explícitas e logicamente preparadas em um padrão, de sub-divisões;
- e - Exame físico de conteúdo definido e exames laboratoriais rotineiros.

A coleta inicial de dados deve ser tão completa quanto possível. As únicas limitações deveriam ser: desconforto, riscos e despesas para o paciente.

Uma vez que os dados básicos desejados tenham sido definidos, não deveriam ser permitidas modificações individuais nele, mesmo como racionalização procedentes de limitações de tempo ou de outras circunstâncias profissionais.

A uniformidade nos dados básicos está entre os fatores importantes, tendendo a permitir comparação acurada e a generalização; e é essencial para o bem estar do paciente,

como um todo.

4 - Lista de problemas

A lista de problemas é uma lista de conteúdos e um índice combinado. O cuidado com o qual ela é construída determina a qualidade de todo o registro.

Conceito de Problema: A formulação de um problema pode enquadrar-se em qualquer dos seguintes níveis:

- 1) Um diagnóstico;
- 2) Perturbações fisiológicas;
- 3) Achados morfológicos;
- 4) Sintoma, sinal ou anormalidade laboratorial.

Ações que devem ser observadas para elaborar a lista de problemas:

- Cada problema deve ser listado e numerado de acordo com a seqüência em que é identificado;

- Todo problema é registrado na folha de lista de problemas, colocada na 1^a página do prontuário;

- A lista de problemas deveria incluir não somente problemas ativos, mas também inativos ou resolvidos. Esta última categoria inclui qualquer dificuldade significativa prévia que pode reincidir ou pode levar a uma complicação. Por ex: remoção de uma mama, cirurgia de vesícula biliar ou colí-

cistite, deveria sempre aparecer na lista. Uma fratura de braço que ocorreu quando o paciente adulto era uma criança, pode ser omitida, se a cicatrização foi completa e nenhum problema significativo pode ser racionalmente atribuída a ela;

- Todo o problema listado deve ter dados que o fundamentem na folha de evolução;

- Embora o tempo do profissional seja limitado, ele não deveria abandonar a idéia de uma lista completa de problemas. Em vez disso, deveria intitular a lista abreviada que é capaz de formular com "Problemas ainda não completamente delineados" e especificar um ou dois problemas que ele realmente reconhece e sobre os quais se propõe a agir.

- Devem ser relacionados todos os problemas do paciente, passado e presente, sociais, psiquiátricos e demográficos. Ex. de problemas demográficos: agravos à saúde por acidentes, fumo, dieta, poluição, conflito social, stress, hereditariedade, obesidade ou o simples fato de ser mulher e ter quarenta anos.

- Se o problema é social, ele deveria ser definido não menos honesta e precisamente. Ex. gravidez ilegítima, falência ou delinquência na escola.

- Se um dado diagnóstico tem diversas manifestações principais e cada uma necessita tratamento individual, as notas de progresso podem ser separadas.

- Quando diversos problemas resultam em manifestações separadas de um único problema então, estas podem ser agrupadas juntas e designadas pelo diagnóstico, usando o número e posição do primeiro dos dois problemas, datando na coluna "Data de mudança de título". O número não usado então torna-se inativo para todas as admissões e consultas subsequentes.

- Pode-se escolher em manter achados separados para propósito de boa conduta e para notas de progresso satisfatórias, nesse caso deve ser claramente relatada na lista de problemas que cada achado é secundário ao problema principal.

- A precisão de titular as conclusões e notas orientadas para o problema, está diretamente relacionada com a precisão e integridade com que os problemas são inicialmente definidos.

- À medida em que o problema é esclarecido, alterado ou diagnosticado, a lista original deveria ser modificada de acordo. Esta modificação não é realizada por rasura, mas simplesmente pela inserção de uma seta, seguida pelo novo diagnóstico ou pela palavra "pendente" ou "resolvido".

- Cada mudança na lista de problema deve ser datada.

- Deverá ser previsto o prazo de 24 horas para reformular a lista de problema inicial, quando necessário.

- Quando, no curso de uma doença, surgem episódios menores, pode haver hesitação em definir imediatamente os problemas significativos em uma lista de problemas principais. Nesta situação, a nota de progresso pode ser intitulada "problema temporário" e o achado ou sintoma apropriado, seguir o título.

- Quando for escrita nova nota de progresso, deverá ser determinado se o problema temporário deve ser transferido para a lista de problemas ou deixado como um episódio passageiro.

- Não se deve escrever na Lista de Problemas expressões tais como: "a excluir" ou "provavelmente". Tais observações devem ser relatadas no item "Interpretação e Plano".

- O profissional que organiza a lista numerada de todos os problemas do paciente (presentes e passados, ativos e inativos incluindo também problemas sociais e psiquiátricos), no caso de haver mais de nove (9) problemas, usa o verso da folha até o número vinte (20) e, a partir deste número, usará outra folha (continuação) antepondo o número correspondente ao já impresso (Manual para Organização de Prontuários, HCPA, p. 8, 1973).

- Sempre que o problema reincidir poderá ser reaberto novamente. Nessa situação é colocada a nova data de abertura no espaço correspondentes ao problema.

- Deve ser proporcionado a cada paciente uma

lista total de problemas, não importando a hierarquia do conhecimento, da qual os dados se originaram. Com isto, a ação terapêutica refletirá uma perspectiva adequada sobre as necessidades totais do paciente.

5 - Plano inicial

Cada problema tem seu próprio plano, composto por um número relacionado com a lista de problemas original.

O plano inicial compõe-se de 3 elementos:

- a.- Investigação diagnóstica - É quando se interrogam possíveis diagnósticos. A cada suspeita de diagnóstico deverão corresponder as medidas de investigação indicadas, para confirmar ou afastar a suspeita diagnóstica;
- b - Tratamento;
- c - Educação do Paciente - Deverá incluir todos os fatos relacionados com o problema identificado, que envolvem ação educativa.

6 - Notas de progresso

São descritas na folha de evolução do prontuário e, ao contrário do que ocorre no prontuário tradicional, não se escreve desorganizadamente sobre os vários problemas do paciente.

a) Notas Narrativas

Cada problema, titulado e datado, deve ser registrado na seguinte seqüência: Subjetivo, objetivo, avaliação, plano. (SOAP).

- Os dados subjetivos

Dizem respeito a informações fornecidas pelo paciente.

Weed estipulou que os dados subjetivos fossem registrados primeiro porque há uma tendência por parte dos profissionais em concentrar-se nos dados radiológicos e laboratoriais e deixar passar a descrição dos sintomas do paciente.

O fato de ter que separar dados subjetivos e objetivos também auxilia o profissional a identificar e portanto usar mais terapêuticamente as suas próprias respostas emocionais quando zangados, frustrados ou satisfeitos em um encontro com o paciente. "O que o paciente realmente disse" é subjetivo, "o que eu pensei que ele quis dizer" é avaliação).

- Os dados objetivos

Referem-se a dados do exame físico, resultados de testes laboratoriais, exames complementares.

- Avaliação

Reflete a condição do paciente antes e depois de ser dado o tratamento imediato e que se refletira em mudanças eventuais do plano.

- Plano

Mostra qual o tratamento, ensino ou que observação são projetados para o futuro muito próximo.


b) Diagramas

Cada serviço poderá propor os diagramas, segundo normas e rotinas. Quando a condição de um paciente está mudando muito rapidamente, o diagrama pode ser a única nota de progresso.

Os dados objetivos registrados em um diagrama não devem ser repetidos em uma nota narrativa (evolução). De preferência, deve-se escrever: obj: "ver diagrama".

ANEXO 15

LISTA DE PROBLEMAS

Nº	PROBLEMAS ATUAIS E ATIVOS	DATA		PROBLEMAS RELEVANTES PASSADOS
1	O número 1 corresponde na folha de evolução à rotina de prescrições iniciais NÃO relacionadas à problemas específicos, inclusive exames complementares.	Inicial ou da mudança de título	Resolução dos problemas	INCLUA doenças passadas de vulto, operações ou hipersensibilidade. NÃO INCLUA problemas para os quais você irá indicar tratamento.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE LISTA DE PROBLEMAS				

ANEXO 16

CONSULTAS PREVISTAS, VENDIDAS E NÃO VENDIDAS, POR
PROFISSIONAL, ESPECIALIDADE E ÁREA

TABELA VI - CONSULTAS DE ENFERMAGEM, PREVISTAS, VENDIDAS E NÃO VENDIDAS POR
PROFISSIONAL, ESPECIALIDADE E ÁREA DURANTE O MÊS DE DE

ÁREA/ESPECIALIDADE/ ENFERMEIRA		CONSULTAS										
		PREVISTAS	SUPERIOR PREVISÃO	TOTAL (1)	VENDIDAS						NÃO VENDIDAS	
					T. FALTOSOS pacientes		T. ATENDIDAS		TOTAL (2)	TOTAL (3)		
					ABS	%	ABS	%		ABS	%	
ENFERMAGEM	SAÚDE DA CRIANÇA											
	SAÚDE DO ADULTO											
	SAÚDE MATERNA											
TOTAL												

ANEXO 17

GRUPOS DE CIRURGIA - ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A PACIENTES DE
CUIDADOS MÍNIMOS - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

ANEXO 18

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

MÊS: _____

ANO: _____

1.1 PRIMEIRAS CONSULTAS

1.1.1 COMPARECERAM _____

1.1.2 NÃO COMPARECERAM _____

1.1.3 FALTAS (RETORNO) _____

1.1.4 TRANSFERÊNCIAS _____

1.2 RECONSULTAS

1.2.1 COMPARECERAM _____

1.2.2 NÃO COMPARECERAM _____

1.2.3 FALTAS (RETORNO) _____

1.2.4 TRANSFERÊNCIAS _____

1. CONSULTA DE
ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA

1.3 CONSULTA PÓS-PARTO

1.3.1 COMPARECERAM _____

1.3.2 NÃO COMPARECERAM _____

1.3.3 FALTAS (RETORNO) _____

1.3.4 TRANSFERÊNCIAS _____

1.4 INSCRIÇÕES

1.4.1 PACIENTES NOVOS _____

1.4.2 EXISTENTES NO
MÊS ANTERIOR _____

1.4.3 ALTAS _____

1.4.4 ABANDONO _____

1.4.5 TOTAL DE PACIENTES _____

1.5.1 INSCRIÇÃO NO PROGRAMA OBSTÉTRICO

1.^a Consulta Médica

1.5.1.1 Primeiro trimestre de gestação _____

1.5.1.2 Segundo trimestre de gestação _____

1.5.1.3 Terceiro trimestre de gestação _____

1.5.2 INSCRIÇÃO 1.^a CONSULTA DE ENFERMAGEM

1.5.2.1 Primeiro trimestre de gestação _____

1.5.2.2 Segundo trimestre de gestação _____

1.5.2.3 Terceiro trimestre de gestação . _____

1.5

1.5.3 INTERVALO ENTRE 1.^a CONSULTA MÉDICA E 1.^a CONSULTA DE ENFERMAGEM

1.5.3.1 Um mês _____

1.5.3.2 Dois meses _____

1.5.3.3 Três meses _____

1.5.3.4 Acima de três meses _____

1.6 PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Atividade Física excessiva	_____
Ausência de controle odontológico periódico	_____
Alimentação inadequada	_____
Aumento excessivo de peso	_____
Aumento súbito de peso	_____
Aumento significativo da P.A.	_____
Ansiedade	_____
Anorexia	_____
Anemia	_____
Alcoolismo	_____
Astenia	_____
Cefaléia	_____
Constipação intestinal	_____
Contato com doença transmissível	_____
Corrimento vaginal	_____
Cãimbras nos MIS	_____
Crises de Agressividade	_____
Desajuste Sexual	_____
Desconhecimento evolução da ges- tação	_____
Dificuldade de entendimento	_____
Dilatação precoce do colo uterino	_____
Diarréia	_____
Dispnéia	_____
Disúria	_____
Dor Abdominal	_____
Dor lombo-sacra	_____
Dor MIS	_____
Edema de MIS	_____
Erupções cutâneas	_____
Familiares sem controle de saúde	_____
Gestação não desejada	_____

Gestante solteira desajustada	_____
Glicosúria	_____
Hipoglicemia	_____
Hiperglicemia	_____
Hipercinesia uterina precoce	_____
Imunofluorescência para Toxoplas- mose Positiva	_____
Imunofluorescência para Chagas Po- sitiva	_____
Incompatibilidade Rh	_____
Infecção urinária	_____
Insônia	_____
Lipotímia	_____
Leucocitúria	_____
Não segue dieta orientada	_____
Náuseas	_____
Perda excessiva de peso	_____
Perda de sangue vaginal	_____
Pirose	_____
Precárias condições dentárias	_____
Precárias condições econômicas	_____
Precárias condições habitacionais	_____
Pré-eclâmpsia	_____
Proteinúria	_____
Prurido vulvo-vaginal	_____
Sedentarismo	_____
Sialorréia	_____
Sorologia para lues positiva	_____
Trabalho de Parto prematuro	_____
Tabagismo	_____
Tosse	_____
Vaginismo	_____
Varizes MIS	_____
Varizes Vulvares	_____
Verminose	_____
Vômitos	_____

Bacteúria

Hernia Umbilical

Rh Negativo

1.8 BAIRROS DE PORTO ALEGRE

ASSUNÇÃO	_____	PASSO D'AREIA	_____
AUXILIADORA	_____	PARTENON	_____
AZENHA	_____	PETRÓPOLIS	_____
ANCHIETA	_____	RIO BRANCO	_____
BELÉM NOVO	_____	SARANDI	_____
BOM FIM	_____	SANTA TEREZA	_____
BOM JESUS	_____	SANTANA	_____
CAMAQUÃ	_____	SÃO GERALDO	_____
CAVALHADA	_____	SÃO JOÃO	_____
CENTRO	_____	SÃO SEBASTIÃO	_____
CIDADE BAIXA	_____	SÃO JOSÉ	_____
CRISTO REDENTOR	_____	SÃO MANOEL	_____
CRISTAL	_____	TERESÓPOLIS	_____
CHÁCARA DAS PEDRAS	_____	TRISTEZA	_____
FLORESTA	_____	TRÊS FIGUEIRAS	_____
GLÓRIA	_____	VOLTA DO GUERINO	_____
HIGIENÓPOLIS	_____	VILA JARDIM	_____
IPANEMA	_____	VILA DOS BANCÁRIOS	_____
IPIRANGA	_____	VILA DOS COMERCIÁRIOS	_____
IAPI	_____	VILA MARGARITA	_____
INDEPENDÊNCIA	_____	VILA CEFER	_____
JARDIM DO SALSO	_____	VILA NOVA	_____
JARDIM SABARÃ	_____	VILA FARRAPOS	_____
JARDIM ITÚ	_____	AGRONOMIA	_____
JARDIM BOTÂNICO	_____		
JARDIM LINDÓIA	_____		
MOINHOS DE VENTOS	_____		
MORRO STº ANTÔNIO	_____		
MEDIANEIRA	_____		
MEMENINO DEUS	_____		
MONTE SERRAT	_____		
PARANGANTES	_____		
PERURÓI	_____		
PASSO DA MANGUEIRA	_____		

CLASSIFICAÇÃO SALARIAL

1.9 NÚMERO DE RENDA FAMILIAR

1.9.1 - Classe A

1.9.2 - Classe B

1.9.3 - Classe C

1.10 MÉDIA DE DEPENDENTES

1.10.1 - Classe A

1.10.2 - Classe B

1.10.3 - Classe C

IMUNIZAÇÃO

VAT:

2.1	NÚMERO DE GESTANTES	_____
2.2	NÚMERO DE INSCRIÇÕES	_____
2.3	RETORNOS	_____
2.4	REFORÇOS	_____
2.5	FALTOSOS	_____
2.6	RETORNO FALTOSOS	_____
2.7	DOSES DE VAT	_____
2.8	CHAMAMENTOS	_____

3. CURSO PSICO-PROFILÁTICO

3.1 GRUPOS NOVOS

3.1.1 N° DE PACIENTES

3.2 GRUPOS EXISTENTES NO MÊS ANTERIOR

3.2.1 N° DE PACIENTES

3.3 TOTAL DE PACIENTES

3.4 INSCRIÇÃO

3.4.1 PACIENTES COM REGISTRO

3.4.2 PACIENTES SEM REGISTRO

3.5 AULAS

3.5.1 TEÓRICAS

3.5.2 TEÓRICO-PRÁTICAS

3.6 FREQUÊNCIA

3.6.1 COMPARECIMENTOS

3.6.2 FALTOSOS

3.6.3 PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO

GINECOLOGIA

1. COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITO-HORMONAL _____

2. PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

PRIMEIRAS CONSULTAS

2.1.1.1 COMPARECERAM _____
 2.1.1.2 NÃO COMPARECERAM _____
 2.1.1.3 FALTAS Q/RETORNARAM _____
 2.1.1.4 TRANSFERÊNCIAS _____

RECONSULTAS

2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA
 2.2.2.1 COMPARECERAM _____
 2.2.2.2 NÃO COMPARECERAM _____
 2.2.2.3 FALTAS Q/RETORNARAM _____
 2.2.2.4 TRANSFERÊNCIAS _____

2.3.3 CHAMAMENTOS para consulta de Enfermagem ou Consulta Médica _____

ANEXO 19

FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA DE
SAÚDE DO ADULTO