CELINA DE ARRUDA ^{me} CAMARGO

9

SUBSÍDIOS PARA PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE EN-
FERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA, NA DIVISÃO HOSPITAL DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Trabalho apresentado à Fa-
culdade de Saúde Pública -
para obtenção de título de
Mestre em Saúde Pública.

São Paulo, 1 973

S U M A R I O

INTRODUÇÃO

I - OBJETIVOS

II - MATERIAL E METODO

III - RESULTADOS

IV - COMENTÁRIOS

V - CONCLUSÕES

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII - BIBLIOGRAFIA

À Profa. Dr^a. Lourdes de Freitas Carvalho, minha mestra e orientadora deste trabalho, exemplo de dedicação e firmeza de propósitos nas lides profissionais, em quem sempre encontrei estímulo e apoio pela palavra amiga e encorajadora, meu sincero muito obrigada.

Para D^a. Concepta Josefina Charlanti, Diretora do Serviço de Enfermagem da Divisão Hospital de Ortopedia e Traumatologia, cuja notória dedicação ao trabalho faz de sua vida uma contínua luta pelo bem estar humano, meus agradecimentos pela oportunidade que me concedeu para as realizações deste estudo, sem o que eu não encontraria o tempo necessário para o levantamento intensivo dos dados dos prontuários dos pacientes, para esta investigação.

I N T R O D U Ç Ã O

Na contínua busca de meios para oferecer assistência mais eficiente aos pacientes que são atendidos na Divisão Hospital de Ortopedia e Traumatologia, DHOT, o Serviço de Enfermagem desta Divisão utiliza-se do método científico de trabalho, a fim de melhor conhecer os problemas que podem interferir na sua atuação e prejudicar a assistência que presta aos pacientes. Este Serviço não poderia atuar de forma diferente sem divergir da finalidade de ensino do Hospital. Considerando ainda que este é um hospital cuja especialidade favorece o atendimento do paciente dentro do moderno conceito de assistência progressiva, o Serviço de Enfermagem depara com a necessidade de rever com frequência sua metodologia de trabalho. Este trabalho é realizado junto aos pacientes internados e, após a alta, no seguimento ambulatorial. A revisão é feita na tentativa de capacitar o Serviço a colocar-se dentro dos modernos postulados tão bem expressados por Ribeiro, C.M. (1971)⁽⁵⁾: " a enfermagem atuará de acordo com os planos gerais e necessidades pesquisadas. O trabalho de enfermagem de saúde pública num hospital está diretamente vinculado à natureza, propósitos, recursos e métodos de trabalho da instituição, e às necessidades reais da coletividade servida ".

No nosso caso, esta coletividade é composta de pacientes portadores de traumatismos do aparelho locomotor, ou afecção ortopédica, de ambos os sexos e sem limite de idade. Para tal coletividade, considerando os aspectos acima citados, presume-se que a enfermagem desenvolveria atividades de saúde pública que abrangeriam os aspectos administrativos, executivos e de ensino, para cuja sequência lógica, específica deste trabalho, decidimos uma abordagem iniciando-se pelas atividades executivas, que genericamente seriam as seguintes:

- interpretação do tratamento;
- orientação e ensino do paciente e família para alcançar a participação de ambos no tratamento ;
- promoção de meios que facilitem a continuidade de do tratamento em outra instituição, no ca

so de não completar o tratamento na DHOT.

Em relação às atividades administrativas, a enfermagem considera no seu trabalho as seguintes etapas:

- planejamento
- organização
- direção
- coordenação
- supervisão
- avaliação

Quanto às atividades de ensino, desenvolvidas pela enfermagem, cujos detalhes aqui não seriam de interesse, estariam relacionadas ao programa de educação contínua para o pessoal envolvido nas atividades programadas.

A metodologia de trabalho que se procura adotar, determina que, qualquer trabalho, para ser bem sucedido, deverá ter como primeira etapa do planejamento o conhecimento da situação. Esta situação, no caso da DHOT, é claro, engloba todas as atividades realizadas pela enfermagem no cumprimento do seu programa de trabalho, como integrante do plano geral do hospital.

Contudo, no trabalho que ora apresentamos não-se poderia pretender um conhecimento total da situação, em virtude das limitações de tempo e de recursos que se impõem. Assim sendo, restringiu-se a uma área limitada das atividades de enfermagem, focalizando apenas um grupo de pacientes, com um dos seus problemas mais agudos, evidenciados até em observação empírica, em cuja solução a enfermagem está envolvida.

Refere-se o problema aludido à falta de retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial, sem que estivesse determinada nem registrada alta no prontuário dos mesmos.

Em se tratando de um problema de grande magnitude e de consequência cuja gravidade bem se pode presumir, justifica-se um tratamento que implicará possivelmente numa programação especial, programação esta para a qual pensamos dar subsídios, iniciando a sua primeira etapa, isto é, o levantamento dos dados que constituirão o problema.

Analizando a situação encontrada e relacionando-a com a orientação que o paciente deveria receber so-

bre o tratamento, verifica-se que o problema do retorno entra na área de responsabilidade da enfermagem e, mais especificamente da enfermagem de saúde pública.

Seria porém, de responsabilidade exclusiva da enfermagem buscar soluções para o problema? Até onde a solução dependeria das atividades de enfermagem desenvolvidas junto aos pacientes? Foram os pacientes esclarecidos sobre a importância do seu retorno ao ambulatório e sobre as conseqüências que advirão do seu não retorno? O conhecimento dos fatores que levam os pacientes a este tipo de comportamento em relação ao retorno ambulatorial, além da sua importância fundamental no tratamento do problema em si, traz como contribuição esclarecimentos valiosos para a resposta das questões levantadas. No entanto, o conhecimento destes fatores depende de trabalho complexo, que só poderia ser levado a efeito por etapas. Nesta contingência, decidiu-se focalizar apenas a primeira etapa, na qual se pretende levantar dados elementares sobre o problema de retorno mencionado, observado empiricamente.

Nem todos os pacientes traumatizados do aparelho locomotor, que procuram a Unidade de Emergência da DHOT, após o atendimento imediato, precisam ser internados. O critério para internação é de ordem médica, fundamentada nas condições e necessidades de assistência que o paciente apresenta. Há outros critérios de ordem administrativa que estão relacionados com as possibilidades do acidentado continuar a receber assistência médico-hospitalar em outra instituição, porém, subordinadas ao critério anterior. A internação é, portanto, uma decisão médica, evidentemente aceita pelos pacientes, cuja razão para a aceitação não se discute. O retorno ambulatorial, embora também por indicação médica, não apresenta evidências de idêntica aceitabilidade. Neste trabalho é de interesse apenas a constatação de como a indicação de retorno está sendo observada. Nos casos em que a indicação não é observada, os recursos materiais e humanos mobilizados pelo hospital não estão sendo utilizados pelos pacientes na amplitude em que o poderiam ser, com risco do tratamento ficar incompleto, acarretando outros danos ao paciente e, forçosamente, à comunidade.

Inicialmente, pareceram pertinentes certas indagações:

- A - O que ocorre com os pacientes internados - para tratamento por traumatismo do aparelho locomotor, na época da alta hospitalar?
- B - Os pacientes deixam o hospital com indicação de retorno para continuarem o tratamento - ambulatorial ?
- C - Em que fase do tratamento, geralmente, eles deixam o hospital:
- a. na fase de imobilização com aparelho de gesso ?
 - b. na fase de repouso, sem aparelho de gesso ?
 - c. na fase de recuperação de limitação funcional ?

Considerando que o tratamento, para alcançar o êxito desejado, depende do retorno dos pacientes até alta ambulatorial, o presente trabalho fica limitado à verificação dos dados básicos, elementares, necessários para a constatação estatística do retorno ou não dos pacientes ao ambulatório, para continuarem o tratamento após a alta hospitalar. - Seu objetivo tem, portanto, um aspecto parcial e imediato, visando apresentar subsídios para um trabalho mais complexo, de longo alcance, qual seja o de estudar os fatores que influem no retorno dos pacientes para seguimento ambulatorial. Nesta primeira etapa torna-se, pois, imprescindível a realização - do presente estudo, que tentará demonstrar, tão fielmente - quanto possível, os dados elementares da conduta do paciente, face ao retorno, para continuar o tratamento iniciado durante a hospitalização.

I - OBJETIVOS DO ESTUDO

1 - Levantamento dos dados abaixo enumerados, sobre o retorno dos pacientes internados pela Unidade de Emergência da DHOT, para tratamento.

1.1 - Número de pacientes com indicação - de retorno nas respectivas fases do tratamento no qual receberam alta hospitalar, isto é:

1.1.1 - fase de imobilização com a aparelho de gesso;

1.1.2 - fase de repouso no leito, - sem aparelho de gesso;

1.1.3 - fase de limitação funcional com indicação de exercício-físico.

1.2 - Número de pacientes que retornam - até completar o tratamento e dos - que interrompem o tratamento antes da alta hospitalar.

1.2.1 - é ou não seguida na íntegra a indicação de retorno pelos pacientes que apresentaram conduta favorável a essa indicação ?

1.2.2 - em que época do tratamento deixam de retornar ?

2 - Estudo analítico do levantamento realizado do ponto de vista de saúde pública, frente à possibilidade de fundamentar o planejamento das atividades de enfermagem de saúde pública a serem programadas na DHOT.

II - MATERIAL E MÉTODO

1. Delimitação da população:

A população escolhida para a realização deste estudo é composta de pacientes procedentes do Distrito - de São Paulo e que, no período de janeiro a dezembro de 1969 foram internados na DHOT, pelo Serviço de Emergência. A população foi determinada por escolha intencional, e é constituída de todos os pacientes dentro da faixa etária de 15 a 65 anos que, no período estudado, foram internados na Unidade de Traumatologia da DHOT, para tratamento por traumatismo do aparelho locomotor.

O critério adotado para a escolha da referida população foi baseado nos seguintes fatores:

- a - autonomia dos indivíduos na faixa etária - considerada para decidir sobre o retorno;
- b - pacientes do Distrito de São Paulo para evitar dificuldade de retorno ao ambulatório por problema de condução;
- c - maior probabilidade de recuperação dos pacientes na faixa etária escolhida;
- d - período de retorno de um ano, tempo considerado suficiente para permitir averiguação da sua observância ou não.

2. Metodologia:

Os dados necessários foram obtidos dos prontuários utilizados no serviço e registrados em mapa, onde foram relacionados os elementos referentes à identificação dos pacientes: número de registro; data da internação; idade; sexo; diagnóstico; tratamento; data da alta hospitalar e condições ortopédicas; data do último comparecimento ao ambulatório e condições ortopédicas.

Para fins deste estudo, decidiu-se adotar uma classificação dos pacientes de acordo com as fases de tratamento, conforme as últimas anotações feitas pelo médico nas folhas de evolução clínica dos prontuários, encontradas naquela data. Convencionou-se considerar as seguintes fases:

- a - fase de imobilização com aparelho de gesso: pacientes que se encontravam com imobilização por aparelho de gesso;

- b - fase de repouso, sem aparelho de gesso: pacientes sem gesso, sem permissão para descarga de peso sobre o membro lesado, que - poderiam andar com o auxílio de muletas, - mas, que não o fizeram por motivos que fo--gem ao nosso estudo, no momento;
- c - fase de limitação funcional: pacientes com limitação à movimentação e com indicação - de exercício.

A finalidade desta classificação em fases será a verificação de dados sobre a incidência e a prevalência - do não retorno relacionadas às fases de tratamento.

Se forem encontradas incidência e prevalência maiores em alguma das fases que em outras, haverá indicação para se intensificar o trabalho junto dos pacientes na fase em que o problema for mais intenso.

Para anotação dos dados, foram confeccionados 12 mapas para informações coletivas (modelo no anexo I), correspondentes aos doze meses do ano, e foi observada a ordem cronológica de internação para o registro das informações. Por causa da dificuldade de manipulação, característica de mapas de informações coletivas, como o que se adotou, os dados só foram codificados depois de registrados. Foram usados sinais convencionais, com combinação de cores, para facilitar a computação.

3. Computação de dados:

Os dados foram computados manualmente e representam:

- a. o número dos pacientes internados;
- b. destino destes pacientes, isto é, se - permaneceram ou não internados na Unidade de Traumatologia;
- c. as fases do tratamento, dos que permane^{ce}ram internados, na data da alta hospitalar;
- d. o comportamento dos pacientes após a al hospitalar, em relação ao atendimento - da indicação de retorno para tratamento ambulatorial.

Os dados coletados, no prontuário dos pacientes, apresentam resultados que podem ser significativos e que serão considerados ao se relatarem as ocorrências.

III - RESULTADOS

Em virtude de todo o levantamento se prender a pacientes da DHOT, internados pelo Serviço de Emergência, nas unidades de traumatologia, por período limitado, por uma questão de simplificação, no título das tabelas de apresentação dos dados computados não se fará referência específica a esta característica: " pacientes internados pelo Serviço de Emergência da DHOT, no período de 1 969 " .

1. População considerada e destino da mesma:

A tabela 1 (pag. 10) refere-se à categoria - dos pacientes, isto é, pacientes considerados e pacientes - não considerados no estudo, abrangendo o total de prontuários selecionados, dando-se uma visão de conjunto dos seguintes - fatores:

- a- fase do tratamento na data da alta hospitalar;
- b- tipos de ocorrências levantadas;
- c- período no qual as ocorrências se verificaram.

Por esta tabela podemos verificar que 700 pacientes, da faixa etária de 15 a 65 anos de idade, foram internados por causa de lesões do aparelho locomotor, pelo Serviço de Emergência da DHOT, em 1 969. Do total destes pacientes, 270 não permaneceram internados. Deste total 226 foram encaminhados para hospitais do INPS e outros hospitais, 18 para outras unidades da DHOT, 26 não sobreviveram ao traumatismo. Da totalidade dos pacientes que permaneceram internados, 430 tinham indicação de retorno ao receberem alta hospitalar. A tabela dá também uma visão de conjunto quanto ao destino dos pacientes e quanto às ocorrências verificadas - com aqueles que deveriam continuar usufruindo a assistência de que necessitavam.

TABELA - I

Distribuição das ocorrências entre os 700 pacientes relacionados para o estudo - São Paulo - 1972.

Período de distribuição das ocorrências		Categoria dos pacientes	PACIENTES CONSIDERADOS EM ESTUDO																								SUB TOTAL	Pacientes não considerados no estudo				Das categorias
			Alta hospitalar com gesso e retorno ambulatorial						Alta hospitalar sem gesso, com repouso e retorno ambulatorial						Alta hospitalar sem gesso com limitação funcional e retorno ambulatorial						A	B	C	Total Parcial								
			1	2	3	4	5	6	Total Parcial	1	2	3	4	5	6	Total Parcial	1	2	3	4					5	6		Total Parcial				
Janeiro		1	3	-	13	4	3	24	2	-	-	2	1	1	6	-	-	-	1	1	-	2	32	16	3	2	21	53				
Fevereiro		5	4	-	7	3	2	21	5	-	-	8	2	1	16	1	-	-	1	-	-	2	39	11	1	-	12	51				
Março		2	5	-	12	5	1	25	2	-	-	2	-	1	5	2	-	-	-	-	-	2	32	17	1	2	20	52				
Abril		7	3	1	7	3	4	25	5	-	-	7	-	-	12	3	-	-	1	1	-	5	42	21	1	1	25	65				
Mai		6	2	-	6	4	5	23	-	-	-	2	1	-	3	-	-	-	1	-	1	2	28	15	-	3	18	46				
Junho		10	-	-	12	6	4	32	3	-	-	2	-	2	7	1	-	-	2	-	-	3	42	18	-	2	21	63				
Julho		3	1	-	12	3	10	29	4	-	-	5	3	-	12	-	-	-	2	1	-	3	44	17	3	3	23	67				
Agosto		5	3	-	15	4	3	30	1	1	-	1	-	-	3	2	-	-	1	-	1	4	37	18	3	1	22	59				
Setembro		3	7	-	12	7	6	35	1	1	-	1	-	3	6	-	1	-	-	-	-	1	42	31	-	1	32	74				
Outubro		5	2	-	16	3	2	28	1	1	-	2	-	-	4	-	-	-	2	-	-	2	34	26	2	3	31	65				
Novembro		2	2	1	7	9	3	24	1	-	1	-	-	-	2	2	-	-	2	1	-	5	31	18	3	2	23	54				
Dezembro		1	1	1	9	3	4	19	-	1	-	3	-	-	4	-	-	-	2	1	1	4	27	18	-	6	24	51				
DO ANO		50	33	3	128	54	47	315	25	4	1	35	7	8	80	11	1	-	15	5	3	35	430	226	18	26	270	700				

- Legenda:
1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberem alta, curados.
 2. Pacientes que receberam alta hospitalar com limitação funcional.
 3. Pacientes ainda em tratamento.
 4. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
 5. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
 6. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial decorridos 6 meses após alta hospitalar.
- A. Pacientes transferidos para o hospital do INPS e outros hospitais.
 B. Pacientes internados em outras unidades da DHOT.
 C. Pacientes que não sobreviveram ao traumatismo.

2 - Pacientes efetivamente considerados no estudo:

Dos 430 pacientes que permaneceram internados e que receberam alta com indicação de retorno para ambulatório, 29,8 % retornaram para tratamento ambulatorial - até alta médica e 70,2 % não retornaram, como se observa na tabela 2.

Tabela 2 - Frequência positiva e negativa de retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial.

Retorno	nº	%
Sim	128	29,8
Não	302	70,2
TOTAL	430	100

Na tabela 3 indicamos as fases do tratamento em que os pacientes se encontravam, na data da alta hospitalar, além do número dos pacientes que retornaram e dos que não retornaram, interrompendo o tratamento no ambulatório da DHOT.

Tabela 3 - Frequência dos pacientes que - retornaram ou não retornaram para tratamento ambulatorial, segundo a fase do tratamento na data da alta hospitalar.

Fase do tratamento na data da alta hospitalar \ Retorno	Sim	Não	TOTAL
com aparelho de gesso	86	229	315
repouso sem aparelho de gesso	30	50	80
sem aparelho de gesso com limitação funcional	12	23	35
T O T A L	128	302	430

Dos 302 pacientes que não retornaram, 178, ou seja 59,8%, o fizeram dentro do primeiro período estudado, isto é, três meses após deixaram o hospital. Observa-se pela tabela 4 que foi consideravelmente maior o número de pacientes que interromperam o tratamento nas primeiras quatro semanas após a alta, do que nas semanas subsequentes.

Tabela 4 - Número e porcentagem de pacientes-que interromperam o tratamento dentro do primeiro trimestre após a alta hospitalar.

Da 1ª à 4ª semana		Da 5ª à 8ª semana		Da 9ª à 12ª semana		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
128	71,9	38	21,3	12	6,8	178	100

3. Tipo de tratamentos realizados durante o período de internação.

No presente estudo é de interesse conhecer os tipos de tratamentos realizados, uma vez que todos os pacientes considerados deixaram o hospital com indicação de retorno para ambulatório.

Na tabela 5, (pag.13) pode-se observar a variedade de tratamentos realizados, a ocorrência com os pacientes após a alta hospitalar, e a grande frequência da imobilização por aparelho de gesso.

Tabela 5 - Tratamentos realizados durante a internação e ocorrência com os pacientes após a alta hospitalar.

Ocorrência Tratamentos	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*	(6)*	TOTAL
Osteossíntese e a parelho de gesso	28	17	-	35	12	16	108
Osteossíntese e Tração	8	-	-	9	2	6	25
Osteossíntese	9	1	1	12	5	3	31
Tração e Gesso	10	6	2	27	16	8	69
Tração	2	3	-	7	2	-	14
Gesso	22	19	1	66	26	23	157
Artroplastia e Tração	2	-	-	-	-	-	2
Artroplastia	-	-	-	2	-	-	2
Amputação	3	-	-	1	1	-	5
Limpeza e Sutura	-	-	-	-	-	1	1
Artrotomia	-	-	-	1	-	-	1
Levantamento de Malar	3	-	-	2	-	-	5
Repouso	4	-	-	6	-	-	10
T O T A L	91	46	4	168	64	57	430

Legenda: 1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberem alta, curados.
 2. Pacientes que receberam alta hospitalar com limitação funcional.
 3. Pacientes ainda em tratamento.
 4. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
 5. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
 6. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial decorridos 6 meses após alta hospitalar.

Pela tabela 6, verifica-se que, antes da alta hospitalar, foi retirado o aparelho de gesso de alguns dos 334 pacientes, com imobilização gessada, durante a internação; em 19 deles, foi retirada a imobilização antes da alta hospitalar, e 315 continuavam com imobilização ao deixarem o hospital.

Tabela 6 - Ocorrência com os aparelhos de gesso dos pacientes internados, segundo o tratamento realizado durante a internação.

Tratamentos durante a internação	Aparelho de Gesso		TOTAL
	Retirados antes da alta hospitalar	Não retirados antes da alta hosp.	
Osteossíntese e Gesso	12	96	108
Tração e Gesso	4	65	69
Outros tratamentos e Gesso	3	154	157
T O T A L	19	315	334

Na terceira categorização da coluna indicada-ra da tabela acima, estão indicados outros tratamentos além do aparelho de gesso, sendo que "outros tratamentos" se referem a pacientes submetidos a: limpeza cirúrgica; redução, patelectomia parcial e total, tenorrafia e miorrafia. Esses tratamentos requeriam imobilização por aparelho de gesso perfazendo um total de 157 pacientes nestas condições.

4. Fases do tratamento em que os pacientes receberem alta hospitalar.

A. Fase da imobilização por aparelho de gesso. Conforme a tabela 7, pode-se verificar que um

percentual bastante elevado de pacientes (73%), que deixaram o hospital nesta fase de tratamento, não retornaram para tratamento ambulatorial.

Tabela 7 - Frequência positiva e negativa do retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial na fase de imobilização por aparelho de gesso.

Retorno	Nº	%
Sim	86	27
Não	229	73
TOTAL	315	100

Verifica-se pela tabela 7 que dos 315 pacientes que receberam alta hospitalar com aparelho de gesso, 86 retornaram para o tratamento e 229 não retornaram. Dos que retornaram, 50 receberam alta curados, 33 receberam alta com limitação funcional e 3 encontravam-se em tratamento na data deste levantamento, isto é, no segundo semestre de 1971. Dos pacientes que não retornaram para tratamento, 128 deixaram de retornar dentro de três meses após a alta hospitalar; 54 dentro de seis meses após a alta e 47 depois de decorridos seis meses da data da alta hospitalar.

Tabela 8 - Ocorrência com os pacientes que receberam alta hospitalar com aparelho de gesso

1(*)	2(*)	3(*)	4(*)	5(*)	6(*)	TOTAL
50	33	3	128	54	47	315

Legenda: 1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberem alta, curados.
 2. Pacientes que receberam alta hospitalar com limitação funcional.
 3. Pacientes ainda em tratamento.
 4. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
 5. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
 6. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial decorridos 6 meses após alta hospitalar.

B. Fase de repouso, sem aparelho de gesso.

Nesta fase, estão incluídos os pacientes que deveriam permanecer sem descarregar o peso do corpo sobre o membro lesado. Quando os pacientes dispõem de recursos para a aquisição de muletas ou cadeira de rodas, a limitação para locomoção fica restringida à transferência da descarga de peso para as muletas ou cadeira. Entretanto, como o poder aquisitivo dos nossos pacientes é baixo, o médico recomenda, repouso enquanto o fator descarga de peso sobre o membro lesado representa dano para o paciente, em relação ao tratamento realizado.

Observa-se, pela tabela 9, que 80 pacientes receberam alta hospitalar nesta fase. Destes, 37,5% retornaram para continuidade do tratamento e 62,5% não retornaram.

Tabela 9 - Frequência positiva e negativa de retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial na fase de repouso sem aparelho de gesso.

Retorno	Nº	%
Sim	30	37,5
Não	50	62,5
TOTAL	80	100

Pela tabela 10 (pag.17), observa-se que, dos pacientes que retornaram, 25 receberam alta curados; 4 receberam alta com limitação funcional; 1 encontrava-se em tratamento na época deste levantamento. Dos pacientes que não retornaram, 35 o fizeram dentro do primeiro trimestre, após a alta hospitalar; 7 dentro do segundo trimestre e 8 após de corridos seis meses da alta hospitalar.

Tabela 10 - Ocorrência com os pacientes que receberam alta hospitalar na fase de repouso.

(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*	(6)*	TOTAL
25	4	1	35	7	8	80

Legenda: 1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberem alta, curados.
 2. Pacientes que receberam alta hospitalar com limitação funcional.
 3. Pacientes ainda em tratamento.
 4. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
 5. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
 6. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial decorridos 6 meses após alta hospitalar.

C. Fase de limitação funcional, com indicação de exercício físico.

Nesta classe de pacientes estão incluídos aqueles em relação aos quais, nas folhas de evolução do prontuário, estava registrada "limitação à movimentação" ou "limitação articular".

Como pode ser observado na tabela 11, 35 dos pacientes, considerados no estudo, receberam alta hospitalar nesta fase. Destes, 12 retornaram periodicamente para tratamento e 23 não retornaram.

Tabela 11 - Frequência positiva e negativa do retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial na fase de limitação funcional.

Retorno	Nº	%
Sim	12	34,3
Não	23	65,7
TOTAL	35	100

Observa-se pela tabela 12, que dos pacientes - que retornaram, 11 receberam alta, curados; 1 recebeu alta com limitação funcional. Dos pacientes que deixaram de retornar, 15 não retornaram dentro dos primeiros tres meses, após alta hospitalar; 5 dentro dos seis meses, após a alta e 3, após decorridos seis meses da alta hospitalar.

Tabela 12 - Ocorrência com os pacientes que - receberam alta hospitalar na fase de limita--ção funcional

(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*	(6)*	TOTAL
11	1	-	15	5	3	35

Legenda: 1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberam alta, curados.
 2. Pacientes que ~~receberam~~ alta hospitalar com - limitação funcional.
 3. Pacientes ainda em tratamento.
 4. Pacientes que interromperam o tratamento ambu-
 latorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
 5. Pacientes que interromperam o tratamento ambu-
 latorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
 6. Pacientes que interromperam o tratamento ambu-
 latorial decorridos 6 meses após alta hospitalalar.

5. Tipo das lesões.

Do total de pacientes estudados, 414 sofreram-
 fraturas ósseas e 16 foram internados com diagnósticos de:
 ferimento de partes moles, amputação e contusão.

6. Localização das lesões

Para classificar as fraturas segundo a locali-
 zação, adotou-se como critério o segmento fraturado. Na e
 ventualidade de haver mais de um segmento fraturado, ou
 fratura também em outras regiões, classificou-se a lesão
 pelo segmento imobilizado, ou pela indicação de tratamen-
 to por tração. Pela tabela 13, pode-se observar a locali-
 zação das fraturas nos pacientes estudados. (pag.19)

Tabela 13 - Número e porcentagem das fraturas segundo a localização

Localização	Número	%
Membros superiores	61	14,4
Membros inferiores	348	84,4
Outras localizações	5	1,2
TOTAL	414	100

Observa-se, pela tabela 14, uma especificação maior da localização das fraturas em relação aos membros inferiores em virtude de ser variada esta localização nesses membros, o que não ocorreu em relação aos membros superiores. Focaliza-se, nesta tabela, somente o número de pacientes que deixaram de atender à indicação de retorno, e respectivos períodos em que deixaram de retornar.

Tabela 14 - Número de pacientes que deixaram, de retornar para o tratamento ambulatorial, se gundo a localização das fraturas e o período em que deixaram de retornar após alta hospitalar.

Período Locali- zação	4º (*)	5º (*)	6º (*)	TOTAL
	Nº	Nº	Nº	Nº
Fêmur	74	27	27	128
Rótula	15	1	1	17
Tíbia e Pe- rônio	37	20	21	78
Tornozelo	9	3	1	13
Membros Su- periores	27	12	6	45
Outras	2	-	-	2
TOTAL	164	63	56	283

- Legenda: 4. Pacientes que interromperam o tratamento am-
bulatorial no 1º trimestre após alta hospita-
lar.
5. Pacientes que interromperam o tratamento am-
bulatorial no 2º trimestre após alta hospita-
lar.
6. Pacientes que interromperam o tratamento am-
bulatorial decorridos 6 meses após alta hospi-
talar.

7. Outras Características

7.1. - Idade

Pela tabela 15, verifica-se a distribuição do atendimento ou não atendimento à indicação de retorno para tratamento ambulatorial, segundo a idade do paciente.

Tabela 15 - Frequência positiva e negativa de retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial, segundo a idade desses pacientes.

Faixa de Idade Retorno	15-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-65		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim:	20	35,9	34	34	23	27	19	24	20	27	11	30,1	127	29,6
Não	39	64,1	65	66	61	73	60	76	53	73	25	69,9	303	70,4
TOTAL	59	100	99	100	84	100	79	100	73	100	36	100	430	100

7.2. - Sexo

Na tabela 16, pode-se observar o comportamento dos pacientes face ao retorno, segundo o sexo. Dos 430 pacientes estudados, 296 eram do sexo masculino e 134 eram do sexo feminino. Dos pacientes do sexo masculino, 79 retornaram até a alta médica e 217 não retornaram. Dos pacientes do sexo feminino, 49 retornaram e 85 deixaram de retornar antes da alta médica.

Tabela 16 - Frequência positiva e negativa de retorno dos pacientes ao tratamento ambulatorial, segundo o sexo.

Sexo Retorno	Feminino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Sim	49	35,6	79	26,7
Não	85	63,4	217	73,3
TOTAL	134	100	296	100

Pela tabela 17, observa-se a distribuição das ocorrências verificadas com os pacientes ao receberem alta hospitalar de acordo com o sexo destes pacientes.

Tabela 17 - Frequência das ocorrências com os pacientes, após alta hospitalar, segundo o se
xo.

Ocorrências Sexo	1ª(*)	2ª(*)	3ª(*)	4ª(*)	5ª(*)	6ª(*)	TOTAL
Feminino	29	19	1	58	17	8	134
Masculino	50	26	3	120	49	50	296
TOTAL	79	45	4	178	66	58	430

- Legenda: 1. Pacientes que continuaram o tratamento até receberem alta, curados.
2. Pacientes que receberam alta hospitalar com limitação funcional.
3. Pacientes ainda em tratamento.
4. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 1º trimestre após alta hospitalar.
5. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial no 2º trimestre após alta hospitalar.
6. Pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial decorridos 6 meses após alta hospitalar.

7.3. Média de Permanência

A permanência média dos pacientes internados pela unidade de Emergência em 1969, sem distinção de idade e procedência, foi de 22 dias. A média de permanência dos pacientes considerados no estudo foi de 16 dias.

Os resultados encontrados nos dão uma visão quantitativa do comportamento dos pacientes estudados, face ao retorno para o tratamento ambulatorial. A significância destas quantidades é o que passaremos a analisar.

IV - COMENTÁRIOS

Para tornar a análise dos resultados mais concreta, convencionou-se distribuir os resultados verificados em relação ao não retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial, de acordo com a seguinte escala de valores:

Valor quantitativo	(%)	Valor qualitativo
0 —	143	P.S. (*)
143 —	246	R.S. (*)
246 —	430	M.S. (*)

Legenda: P.S. = Pouco Significativo

R.S. = Regularmente Significativo

M.S. = Muito Significativo

A porcentagem de pacientes que não retornaram para tratamento no ambulatório da DHOT, até receberem alta médica, é de 70,2% que corresponde em números absolutos a 302 pacientes, podendo de acordo com a escala de valores adotada, ser considerada uma porcentagem muito significativa.

Destes 302 pacientes, 178 ou seja 59,8%, deixaram de comparecer dentro dos primeiros três meses, após a alta hospitalar.

De acordo com peritos no assunto, não há uma escala para prever o tempo de reparação das fraturas, principalmente porque são muitos os fatores que interferem nesta reparação. Entretanto, autores há que, sem se esquecerem das limitações decorrentes de uma escala desse gênero, adotam previsão de tempo para reparação das fraturas.

De Palma (4) considera a idade como fator influente na reparação da fratura e relaciona a faixa de idade do paciente com o tempo, para o que ele chama, de união do osso fraturado. O autor explica que usa o termo "união", para indicar a formação do calo primário, que, segundo ele, se faz em: crianças, dentro de quatro a seis semanas; adolescentes, de seis a oito semanas; adultos, de dez a doze e algumas vezes, dezesseis a vinte semanas.

Cave (2) e Campere (1) relacionam, além da faixa etária, crianças e adultos, a localização das fraturas para prever o tempo de imobilização e consolidação das mesmas.

Esses autores referem que: para fratura de osso dos membros superiores, o tempo de imobilização e consolidação varia de 6 a 12 ou 14 semanas; em relação aos ossos dos membros inferiores (tíbia, perônio e fêmur), de 8 a 12 e até 24 semanas.

Os resultados mostraram que a média de permanência dos pacientes estudados, foi de dezesseis dias e que 59,3% desses pacientes deixaram de comparecer ao ambulatório nas primeiras quatro semanas após a alta hospitalar, antes, portanto, do tempo mínimo preconizado para que se fizesse a união ou consolidação das fraturas.

Tendo havido a indicação médica para o seguimento ambulatorial destes pacientes, é evidente que seu retorno teria de se realizar. No entanto, um certo número de pacientes deixou de retornar, observando-se contudo, a característica do não relacionamento de causa e efeito entre tipo de tratamento e o não retorno.

Quanto à idade, verificou-se que não há relação de dependência entre as faixas de idade consideradas e o retorno dos pacientes. Nas faixas de 15 a 20 anos, de 21 a 30 e de 60 a 65, o percentual daqueles que não retornam é menor (64,1%, 66% e 69,8% respectivamente).

A diferença porém, destas para as demais faixas não é significativa. O percentual mais baixo é de 64,1% e o mais elevado é de 76%. O que é relevante é o percentual de não retorno dos pacientes estudados para completar o tratamento ambulatorial, atingindo em todas as faixas de idade destes pacientes, valores acima de 64,1%.

73,3 % dos pacientes do sexo masculino e 63,4% do sexo feminino não retornaram. Como se vê, não é muito maior o percentual de pacientes homens comparativamente a pacientes mulheres que deixaram de comparecer ao tratamento ambulatorial, indicando isto que o sexo também não apresenta relação significativa de causa e efeito com o não retorno dos pacientes.

Pelos resultados verificados, poder-se-ia indagar:

estariam os pacientes interessados tão somente no tratamento imediato, sintomático? não seriam eles sensí--veis à necessidade de serem tratados até alcançarem a recuperação física e a reabilitação, no caso do traumatismo ter provocado limitações e incapacidades? No entanto, como se desconhecem os fatores que condicionaram o não retorno des--tes pacientes, resta dizer que os resultados não corresponderam a alguns dos objetivos do hospital, quais sejam:

Da finalidade do Hospital das Clínicas:

- I - " Servir de campo de instrução dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de enfermagem, de nutrição e dieté--tica, de assistente social, de administração--hospitalar e de técnicos de outras especialidadades relacionadas com a Medicina ".
- II - " Servir de campo de aperfeiçoamento de médi--cos, enfermeiros e outros profissionais rela--cionados com a assistência médico-hospitalar".
- III - " Prestar assistência às pessoas portadoras - de moléstias, às acidentadas e às portadoras--de perturbações tais que possam ser remedia--das por serviços e tratamentos hospitalares ".
- IV - " Realizar e proporcionar meios para o desen--volvimento e a pesquisa científica ".
- V - " Contribuir para a educação sanitária do po--vo ".

O não retorno dos pacientes para o seguimento--ambulatorial significa obstáculo para que os objetivos do hospital acima focalizados sejam alcançados; isto se pode ver pela análise dos resultados à luz dos objetivos.

Pela falta de retorno, pelo menos um aspecto do primeiro e do segundo objetivo, o de ensino, fica prejudicado sendo - presumivelmente difícil alcançá-lo, desde que o aspecto de êxito e de limitações do tratamento não poderá ser averiguado se o paciente não comparecer para seguimento no ambulatório.

O terceiro objetivo implica numa assistência-mais completa e, se o paciente não retorna para tratamento-ambulatorial numa porcentagem muito significativa, como ficou constatado, conseqüentemente este objetivo não será alcançado.

Quanto à pesquisa, aquelas que dependem do retorno dos pacientes ficam incompletas, se não impossibilitam de realização. Em relação ao último objetivo, vemos que há dificuldade para o hospital completar a tarefa a que se propôs, de contribuir para a educação sanitária do povo uma vez que os pacientes, não retornando deixam de receber os - benefícios de que o hospital dispõe neste sentido.

Dos resultados obtidos constituem elementos - imprescindíveis para o esclarecimento futuro dos fatores - que influem no não retorno dos pacientes, os seguintes dados:

1. Dos 430 pacientes internados para tratamento na DHOT, no ano de 1969, a totalidade deles, independente da fase de tratamento, na data da alta hospitalar, receberam - indicação para seguimento ambulatorial. No entanto, a indicação de retorno não foi seguida na íntegra por 70,2% dos pacientes, um número bastante significativo.

2. Os pacientes, após a alta hospitalar, apresentam a seguinte conduta em relação ao retorno até receberem alta, curados:

- a. retornaram = 29,8 %
- b. não retornaram = 70,2 %

3. Os pacientes que não retornaram interromperam o tratamento nas seguintes épocas do seguimento ambulatorial:

- quatro semanas após a alta hospitalar, 71,9 % dos pacientes;
- dentro de três meses, após a alta hospitalar, 58,9 % dos pacientes;
- dentro de seis meses, após a alta hospitalar, - 21,8 % dos pacientes.

Outros elementos, como causas e efeitos do problema, e outros fatores que nele influem, são características que, como ficou dito no início deste trabalho, poderão ser pesquisadas em etapa posterior.

Resta ainda destacar que os resultados obtidos além de evidenciarem o volume e as características que cercam o não retorno dos pacientes, dão elementos para que este evento possa ser classificado como um problema de saúde pública; os critérios para essa classificação aqui observados, são preconizados por Sinai em Mário Chaves (3).

De acordo com este enunciado, o não retorno dos pacientes com risco de prejuízo para a eficiência do tratamento indicado, ocasionando conseqüências de possível gravidade, corresponde em seus inúmeros aspectos a todos os critérios de ambos os autores. Senão veja-se Sinai e Mário Chaves dão como primeiro critério, respectivamente causa comum de morbidade e amplitude do dano. O número muito significativo (70,2%) de pacientes que deixaram de retornar apresenta a característica correspondente a estes primeiros critérios.

Os efeitos do não retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial, poderiam ser medidos em termos de limitação e incapacidade físicas, dependência parcial ou total de outros, improdutividade, etc., para citar apenas alguns; todos são efeitos danosos para a comunidade, e, portanto, de gravidade indiscutível, que é tanto maior quanto mais elevados e duradouros forem os graus que esta gravidade atingir. Estes aspectos do problema do não retorno estão em equivalência com o segundo critério de Mário Chaves.

Um problema de saúde pública apresenta, segundo Sinai, a característica de poder contar com métodos eficazes para sua prevenção e controle, e, segundo Mário Chaves, deve ter a possibilidade de ser tratado eficazmente. A maioria dos pacientes (302 - 70,2%) deveria retornar e não retornou ao ambulatório para controle de seu problema de saúde. Este fato, portanto, corresponde claramente a uma característica do critério acima citado, para que possa ser considerado um problema de saúde pública.

A grande porcentagem dos pacientes que não utilizou os recursos existentes para seu tratamento, ainda mesmo que a eficiência deste tratamento fosse relativa, isto é,

que se limitasse a reduzir ao mínimo possível as conseqüên-
cias danosas ao traumatismo, dá ao problema a terceira ca-
racterística de Sinai para um problema de saúde pública, que
é a não utilização adequada dos métodos existentes para con-
trole do dano.

C O N C L U S ã O

1. Pelo levantamento concluiu-se que, independente da fase de tratamento na data da alta hospitalar, a totalidade dos pacientes internados pelo Serviço de Emergência da DHOT, "objeto" deste estudo, necessita de retorno ambulatorial para continuar o tratamento.

2. É bastante significativo ($P < 0,001$) o número de pacientes que interrompem o tratamento, sem que o médico tenha considerado o mesmo terminado, e registrado a alta no prontuário do paciente.

3. Do estudo analítico dos resultados expostos, pode-se dizer que " o problema do não retorno dos pacientes para tratamento ambulatorial caracteriza-se, por sua natureza, como sendo problema de saúde pública. Decorrentemente, passa a constituir um problema para a enfermagem - da DHOT " .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento realizado pode, portanto, ser comprovado como fundamental e imprescindível ao planejamento das atividades de enfermagem, pois é parte da estrutura da DHOT e, como tal, está envolvida indiscutivelmente, nos problemas com que esta se depara.

Uma vez que o problema do não retorno foi concretamente evidenciado, o objetivo da enfermagem a ele relacionado seria o de contribuir para a redução deste não retorno a um mínimo não significativo.

Aceito este fato, de acordo com o método científico, ao conhecimento do problema deverá seguir-se uma programação para que o mesmo seja solucionado.

Tal programação será por nós apresentada nas suas diretrizes, que se presume são indicadas para sua continuidade e utilização prática, sem chegar porém, aos pormenores dessa programação, para não fugir à finalidade deste trabalho.

Como foi evidenciado, este trabalho deverá obedecer a uma metodologia que possa garantir seus resultados, tanto quanto possível, isto é, deverá ser previamente planejado e organizado. Ficam aqui colocadas suas etapas iniciais e fundamentais, para um posterior desenvolvimento e aprofundamento.

A programação, propriamente dita, deverá, portanto, ser objeto de outro estudo já que, para que possa ser elaborada, serão necessários dados mais completos do que os disponíveis no momento. O estudo aqui apresentado dá a conhecer uma situação em sua medida de superfície: sabe-se objetivamente que existe um problema - o não retorno dos pacientes para seguimento ambulatorial - e sabe-se qual a sua extensão, porém, não se conhece a profundidade da situação, isto é, suas raízes ou fatores causais, sobre os quais, diga-se de passagem, deverão incidir os esforços, no sentido de se retificar a situação.

Além disto, o problema do retorno é apenas - um aspecto do tratamento global proporcionado aos pacientes da DHOT. Todos os demais aspectos de que se compõe esta assistência deverão ser conhecidos, desde que se queira traçar uma programação que garanta o bom resultado de tal assistência; alguns dados serão então imprescindíveis;

estes dados, em linhas gerais, relacionam-se ao conhecimento da situação total, tão exatamente quanto possível.

Desde que se conheça a situação global, há possibilidade da análise dos problemas encontrados, a fim de que se estabeleça entre eles a prioridade indicada para o seu tratamento, de acordo com os critérios que a Instituição determinar. Só a partir daí o trabalho poderá ser programado, pois o fundamento dessa programação é a determinação do (s) objetivo (s) que se desejam alcançar; os objetivos propostos condicionarão todos os demais aspectos da programação, incluindo:

- técnicas a serem adotadas (curativa ou preventiva);
- atividades a serem desenvolvidas;
- recursos necessários para a realização destas atividades;
- dimensionamento destes recursos;
- definição de funções;
- sistemas e medidas de avaliação;
- previsão orçamentária.

Como se vê, a complexidade de uma programação, tal como a concebemos, faz com que ela se coloque fora das possibilidades do trabalho que ora se apresenta aqui.

Contudo, por força da necessidade, o trabalho com os pacientes que se apresentam para tratamento deve prosseguir. Assim para esse problema prático que pede atenção imediata, até que se torne possível uma programação adequada para a sua assistência global, poder-se-ia pensar e propor um esquema de trabalho, que indicasse a assistência que lhes poderia ser prestada na situação presente. Tal esquema de trabalho teria de ser, evidentemente, elementar. A título de subsídios para o planejamento do trabalho imediato a ser realizado, são relacionadas, a seguir, as atividades essenciais de enfermagem com os pacientes internados, com um quadro da mesma natureza dos que foram incluídos no estudo.

O trabalho imediato a que acima se referiu pode ser considerado sob os seguintes aspectos:

- I - Trabalho com os pacientes e suas famílias durante a internação e posteriormente em tratamento ambulatorial;
- II - Trabalho de continuação do levantamento de dados, para maior esclarecimento do problema

ma do não retorno dos pacientes que deveriam fazer seguimento ambulatorial.

I - Trabalho com pacientes e famílias.

1. Atividades que poderiam ser desenvolvidas:

1.1 - Objetivo

O objetivo do trabalho com os pacientes e suas famílias será o de sua motivação. De tal forma se cuidaria de atender às suas necessidades, que se faria possível aumentar a porcentagem de retorno dos pacientes de traumatologia para tratamento ambulatorial após a alta, a fim de que o problema do não retorno só venha a existir em volume significativo, se for devido a fatores incontroláveis pelo Hospital.

1.2 - Atividades essenciais

Orientação do paciente e sua família quanto a:

interpretação do diagnóstico e tratamento médico (tipo e duração);

responsabilidade do Hospital no tratamento :

responsabilidade do paciente e da família no tratamento;

participação do paciente no tratamento durante a internação, (cuidados pessoais, movimentação ativa no leito);

- Preparo para alta hospitalar:

participação da família no cuidado ao paciente: higiene corporal; alimentação; necessidades nutritivas e tipos de alimentos; movimentação passiva do paciente no leito; assistência para movimentação ativa do paciente no leito; conservação do aparelho de gesso;

improvisações no lar para receber o paciente - após a alta: para o leito do paciente; para - higiene corporal; para eliminação vesical e intestinal;

interpretação da importância do seguimento ambulatorial;

medidas preventivas de deformidades:

interpretação das condições do paciente - na data da alta hospitalar.

1.3 - Atividades essenciais com os pacientes - em seguimento ambulatorial:

- Pré consulta:

verificação dos exames solicitados;

exame dos pacientes quanto a: condições físicas; movimentação ativa e passiva; condições do aparelho de gesso; condições da incisão que ratória; condições de higiene.

- Pós consulta

interpretação dos exames solicitados;

verificação dos exames solicitados para pres tação das devidas informações ao médico e de terminação das medidas conseqüentes;

orientação relativa à medicação e tratamentos indicados pelo médico:

orientação complementar sobre movimentação - passiva e ativa do paciente; cuidado com aparelho de gesso; higiene; alimentação e preven ção de deformidades;

encaminhamento para outras Instituições com relatório do tratamento realizado e ensino i niciado com o paciente e família;

registro estatístico das atividades realiza das;

avaliação do trabalho e dos recursos usados, incluindo levantamento periódico dos índices - do não retorno dos pacientes e dos seus fatores causais;

verificação do comparecimento dos pacientes na data marcada para controle ambulatorial, para anotação dos faltosos e posterior marcação de visita domiciliar.

II - Trabalho de continuação de levantamento - de dados, para maior esclarecimento do problema do não retorno dos pacientes para seguimento ambulatorial.

1. Objetivos:

- Conhecimento dos fatores que contribuem para a existência do problema;
- Conhecimento dos dados que possibilitarão a elaboração de um programa de trabalho para o tratamento do problema.

Assim posto, considere-se agora que, a par do trabalho com os pacientes internados, no seu aspecto grandemente preventivo, o trabalho de maior vulto e importância - prende-se ao tratamento fundamental do problema: conhecer e atuar sobre os fatores que contribuem para a sua existência.

De acordo com os resultados obtidos, por não-apresentarem relação de causa e efeito com o problema do não retorno dos pacientes, alguns destes fatores presumidos a priori, podem já ser afastados. Dentre esses incluem-se: idade, sexo, tipo de tratamento e fase do tratamento na alta hospitalar. Isto significa que se fará necessário um inquérito de campo, uma vez que os dados não se encontram registrados, mas deverão ser verificados junto dos pacientes que não retornaram.

Para finalizar, poder-se-ia dizer que a utilidade deste trabalho, a par dos subsídios colocados, poderia ser também a de constituir um modelo para o levantamento - que certamente deverá ser realizado nas demais áreas de atuação de enfermagem da Divisão Hospital de Ortopedia e Traumatologia, levantamento esse que possibilitaria a existência de uma programação global das atividades de enfermagem a serem realizadas.

SUMMARY

The Author studied 700 patients who have suffered orthopedic trauma and were treated as in-patients at Divisão Hospital de Ortopedia e Traumatologia in 1969.

After being discharged from the unit all of them were transferred to the outpatient department. It was found out that a great deal of those patients did not follow the doctors' orders, and did not return as requested, even those who were in cast, or had been discharged just after bone surgery. As the present study comprises patients lacking material conditions to resort to private or insurance health assistance for subsequent follow-up, the Author concludes that this particular attitude of disregarding the medical recommendation concerning the follow-up amounts to a problem which demands a new approach by the nursing department, especially by the public health nurses working at the outpatient department.

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

1. Campere, E.C. - Fractures - Atlas y tratamiento
Ed. Interamericana, SA - 5ª ed. México
1964 - p. 46.
2. Cave, Edwin F.- Fractures and others injuries
Ed. The Year Book Publishers, Inc -USA
1958 - p. 32.
3. Chaves, M.M. - Teoria da odontologia sanitária
São Paulo, Faculdade de Higiene e Saú-
de Pública da U.S.P., 1960 - (Manual
de Odontologia Sanitária, v.1).
4. De Palma, Antony F. - The Management of -
Fractures.
Ed. Saunders Company - USA - 1958 vol.
1 - p. 14.
5. Ribeiro, C.M. - Atividades de Enfermagem de Saú-
de Pública no Hospital: estruturas or-
ganizacionais que favorecem o desenvol-
vimento dessas atividades - Rev. Bras.
de Enfermagem - 1 e 2 - Jan/Março -
1972 - p. 81.
6. São Paulo - Regulamento do Hospital das Clíni--
cas - F.M.U.S.P. - Decreto 32.469 -
1958.

A N E X O - I

[illegible]