IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO NA FORÇA DE TRABALHO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA NO DEPARTAMENTO
REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

DAISY LESLIE STEAGALL-GOMES

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA AO
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

ORIENTADOR: PROF. DR. CID GUIMARÃES

SÃO PAULO
1 9 8 6

DEDICATÓRIA

Enfermeiro de Saúde Pública, reconheço-os admiráveis. Mesmo entre todas as situações adversas que têm caracterizado sua prática profissional, mesmo sob críticas e censuras, vocês continuam resistindo ao desânimo, sem desistirem de trabalhar e de participar, num esforço conjunto pelas mudanças dos rumos da política de Saúde no Brasil, junto à população brasileira.

AGRADECIMENTOS

As dificuldades do cotidiano não deixaram de se mostrar em nosso trabalho. Para vencê-las, foi necessário o auxílio de outros, que ajudaram a diminuir a nossa ansiedade, aliviando o sofrimento inútil da tensão mental.

Dentre eles os Professores Doutores: Lincoln Steagall, Nilce Piva Adami, Augusta Thereza de Alvarenga, Sabina Davidson Gotilieb, Ruy Laurenti, José Carlos Seixas, Maria de Lourdes Rodrigues; as professoras Adélia de Jesus Gomes, Vera Gaetani e a Enfermeira Luzia Márcia Romagnoli.

O trabalho-obrigação, para o qual somos remunerados e que é exercido através de nosso compromisso profissional, torna-se mais efetivo, quando realizado com prazer, interesse e espírito de colaboração. Assim, ele se torna capaz de transformar o ambiente e o homem, criando o bem.

Expresso, pois, muita gratidão a todos vocês que integram o Serviço de Biblioteca e Documentação do Campus de Ribeirão Preto da USP e da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, USP, e todos os integrantes da Pós Graduação desta Unidade. Aos Setores Administrativos e de Enfermagem do DRS₆ de Ribeirão Preto, ao pessoal de enfermagem do DRS₅ de Campinas.

Todos temos tarefas a executar, funções pessoais e intransferíveis no Grupo a que pertencemos. Quero agradecer aos meus colegas da Área de Enfermagem de Saúde Pública: Maria Cecília P. de Almeida, Iranilde J. Messias Mendes, Vera Heloisa P. Vinha, Maria Helena Pi de Oliveira, Angela Maria M. Takayanagui, Maria Cristina S. Vila e Odécio Sanches; pela compreensão que tiveram comigo, quando não pude colaborar, para a manutenção de nosso trabalho coletivo, com o mesmo empenho que antes.

Talves a associação mais importante existente na Terra em sua função educativa e regenerativa, seja a família. Foi dentro desta relação, que entre outras lições, aprendi que o cumprimento do dever não nos preserva dos males que a vida nos reserva, mas ele transmite à nossa alma o vigor e a coragem necessários ao nosso desenvolvimento, gerando resistência à lutas diárias.

Agradeço a Deus as bênçãos da vida e a oportunidade de tê-los como familiares: mamãe Nenê, papai Carlos, irmã: Sarah, Denisarth, Dina, Lincoln, Ilza, Maurício, Valéria, Washington, Agnes e Elisabeth.

Denizard

A nossa comunhão tem implicado num regime de vivência, através da qual temos nos esforçado, buscando confiança e assistência mútua. Seu espírito tem se empenhado diuturnamente a esse compromisso de assistência, de tal intensidade e carinho, que foi capaz de me fazer chegar até aqui.

Aceite a minha gratidão de todos os dias.

Dr. Cid

Aprendi durante estes meses que a tensão não substitui o esforço construtivo que devemos à realização de nossas tarefas. Que não só teoria, cultura, ponderação, ^{mas} lógica e juízo claro das proporções de vem ser as marcas de nosso caminho.

Há em meu espírito, guardado em seu imo, uma gratidão nem sempre revelada, a todas as almas amigas que no silêncio de suas preces, de seu amor, amizade e dedicação, têm me amparado.

São incontáveis as mãos que se tem estendido em minha direção, não há como enumerá-las.

Obrigada a todos.

A identificação do enfermeiro na força de trabalho de Enfermagem de Saúde Pública, no Departamento Regional de Saúde 6 de Ribeirão Preto da Secretaria de Estado da Saúde, destacando e analisando alguns aspectos que o caracterizam, constituiu o objetivo geral deste trabalho.

Utilizou-se, como fonte primária e direta de coleta de dados um questionário, cujo conteúdo incluía: dados de identificação, nível de formação, progressão funcional, funções, expectativas futuras, quanto ao exercício profissional e filiação à órgãos de classe.

A totalidade do grupo estudado (35) era do sexo feminino, predominando: o grupo etário de 20 a 30 anos (40,0%), as casadas (51,5%), e com tempo de serviço entre zero a 15 anos (77,2%). Com referência à sua interproporcionalidade com as demais categorias, as enfermeiras se distribuíam nas seguintes relações: 1 enfermeira/13,5 pessoal auxiliar e 1 enfermeira/8,1 médicos. Quanto à formação profissional, 68,5% realizaram habilitação em Enfermagem de Saúde Pública e 8,6%, Especialização em Saúde Pública. Não havia para as enfermeiras carreira nem quadro e seus vencimentos estavam entre 2 e 7 salários mínimos e apenas uma com 10. Todas (100%) rejeitaram o processo de avaliação de desempenho. A função administrativa é exercida por todas as enfermeiras com predomínio de frequência entre as inspetoras e de CS, 68,5%. A de assistência de enfermagem, teve sua maior frequência (73,3%) entre as chefes e/ou com encarregatura. Há indícios de desvios de funções e o grupo identificou como fator preponderante que as impede de cumprí-las, a própria estrutura técnico-administrativa, que indicou como sendo a área mais carente de reformulação. As enfermeiras sentem-se preparadas para a participação dos programas de assistência primária e 84,3% delas pretendem permanecer em exercício até a aposentadoria. Estavam associadas às entidades de classe nas seguintes frequências: Associação Brasileira de Enfermagem 29,4%, Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São Paulo, 23,5% e Conselho Regional de Enfermagem, 100,0%.

The general purpose of this study was the identification of the nurse within the work force of public health nursing in the regional Health Department of Ribeirão Preto of the State Health Secretariat.

A questionnaire, the options of which include: identification, level of training, progress in career, function, future professional expectations and membership of professional associations, was the chief data source. Of the group studied (35) were female of which 40% were between 20 and 30 years old; 51.5% were married and 77.2% had been in service for zero up to fifteen years. Regarding the other categories, the distribution was as follows: 1 nurse per 13.5 assistants; 1 nurse per 8.1 doctors. Concerning professional training, 68.5% were qualified in Public Health Nursing and 8.6% specialized in public health. No career opportunities were available in the nursing profession and their salaries ranged from 2 to seven minimum salaries, only one receiving 10. All (100%) condemned the system of performance assessment. All nurses performed largely administrative services, the inspectors some 65% of their time. Among nursing assistants this percentage rose to 73.3% for those in charge.

There was evidence of inappropriate task allocation, the chief factor being the technical/administrative infrastructure itself, this being the area most in need of reform.

The nurses were prepared to participate in primary care programmes and 84.3% intended to remain in service until retirement. They were members of various professional associations, the most frequent being: Brazilian Nursing Association (Associação Brasileira de Enfermagem) 29.4%, Professional Nurses Association of the State of São Paulo (Associação Profissional de Enfermeiros do Estado de São Paulo) 23.5% and Regional Nursing Council (Conselho Regional de Enfermagem) 100%.

ÍNDICE

- DEDICATÓRIA	
- AGRADECIMENTO	
- RESUMO	
- SUMMARY	
 CAPÍTULO I	
- INTRODUÇÃO	pag. 1
1. <i>Objetivos</i>	6
2. <i>Justificativas</i>	7
 CAPÍTULO II	
- MATERIAL E MÉTODO	11
1. <i>Área de estudo</i>	11
2. <i>Área geográfica</i>	12
3. <i>Instrumento de investigação</i>	13
3.1. <i>Razões da escolha desse instrumento-</i> ...	
<i>Questionário</i>	14
4. <i>Procedimento de coleta de dados</i>	15
5. <i>Procedimento de análise</i>	16
 CAPÍTULO III	
- A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	19
1. <i>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</i> ..	19
2. <i>Os Centros de Saúde</i>	23
3. <i>O enfermeiro nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde</i>	25
 CAPÍTULO IV	
- RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
<i>Distribuição do pessoal de enfermagem da CSC</i> ...	30
<i>Distribuição do pessoal de enfermagem do DRS₆</i> ...	35
<i>Distribuição dos enfermeiros e médicos do DRS₆</i> ...	41
<i>Distribuição dos enfermeiros do DRS₆ segundo:</i>	
- <i>Dados de identificação</i>	49
- <i>Formação profissional</i>	52
- <i>Situação funcional</i>	73
- <i>Funções</i>	91
- <i>Outras situações profissionais</i>	116

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	pag 123
CAPÍTULO VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	141

SIGLAS USADAS NO TEXTO

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
APS	Assistência Primária à Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CS(s)	Centro de Saúde
CSC	Coordenadoria da Saúde da Comunidade
DAU	Departamento de Assuntos Universitários
DRS	Departamento Regional de Saúde (nº 5 Campinas, nº 6 Ribeirão Preto)
DS	Distrito Sanitário
F. IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS/OPAS	Organización Panamericana de Salud
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
USP	Universidade de São Paulo

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A necessidade de adequação das instituições de saúde frente às exigências de uma atuação mais eficiente é um fato incontestável no Brasil atual.

Existe uma pressão da sociedade, cobrando dessas instituições a demonstração de seus resultados e esta pressão social reflete a necessidade de atualização e reorganização dos serviços de saúde incorporando métodos e tecnologias compatíveis com nosso meio e com a prestação de serviços, e ainda a capacitação dos recursos humanos. Não há, entretanto evidências, por parte dos serviços de saúde, de que investir nos recursos humanos de suas organizações seja um objetivo claramente definido em termos de uma política de pessoal e que faça parte do processo de modernização de suas instituições.

Desenvolver recursos humanos para a Saúde, é inserí-los na Política de Desenvolvimento, vinculada às Políticas de Saúde e de Educação, buscando como objetivo último o atendimento das necessidades de saúde da população. Esses recursos humanos da área da saúde ficam, assim, sujeitos às condições que definem as práticas de saúde e a forma como estas práticas estão socialmente organizadas.

Segundo os responsáveis pelos órgãos prestadores de serviços de saúde, a questão dos recursos humanos é apontada como um dos principais problemas do setor. Os aspectos enfatizados porém privilegiam sobretudo a dimensão quantitativa, "deixando de considerar sua relação com as determinações sociais mais amplas, que poderiam revelar a oferta insuficiente de profissionais, sua baixa remuneração, sua distribuição geográfica desigual e mesmo a falta de qualificação como 'efeitos e não causas' dos problemas de recursos humanos" (JUNQUEIRA, 1983). A visão quantitativa reduz o conceito de Recursos Humanos como mão-de-obra, in sumo do processo produtivo institucionalizado no setor.

Há conceitos atuais, entre eles o de MACEDO, 1977, que considera "como Recursos Humanos para a Saúde, todas as pessoas que dentro de uma sociedade adquiriram uma capacitação específica e assumem respon

JUNQUEIRA, Luciano A.P. A gestão dos recursos humanos na Secretaria da Saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, 3(7):87-95, nov. 1983. (p. 87).

MACEDO, Carlyle Guerra de. Recursos humanos para a saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19. / CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1, São Paulo, 1977. *Documentos básicos*. São Paulo, 1977. p. 13-28.

sabilidades na realização de atividades de saúde, estejam ou não vinculadas a instituições do setor."

Vários questionamentos têm surgido sobre o modelo vigente de prestação de serviços de Saúde, exigindo dos órgãos responsáveis dessa área uma reflexão e posicionamento, diante da necessidade de adequação das práticas desenvolvidas nos serviços. Discutir sobre recursos humanos em saúde não é, portanto, tarefa fácil, sobretudo quando se trata da complexidade e abrangência dos seus aspectos de formação e utilização no contexto econômico, político e social do país.

Identifica-se esta preocupação nas propostas do próprio Estado, no sentido de estabelecer uma política de recursos humanos para o Setor Saúde. Já em 1980, na *7a. Conferência Nacional de Saúde*, isso ficou evidente; em 1986 na *8a. Conferência Nacional de Saúde* a política de recursos humanos foi destacada como prioridade. Nesta última, ela aparece junto à Reformulação do Sistema Nacional de Saúde (tema 2), merecendo por parte do M.S. um desdobramento, com a realização da CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS realizada em Brasília, em outubro de 1986.

Uma observação básica a ser considerada como premissa é a crescente importância na organização do seu contingente humano: qualquer empreendimento dependerá, antes de mais nada, desse elemento indispensável para o alcance dos objetivos a que se propõe.

Há um crescente reconhecimento que o mais importante tipo de investimento isolado para o desenvolvimento econômico é o que se faz nos recursos humanos. Afirma-se no RELATÓRIO SOBRE RECURSOS HUMANOS, 1965, que "o investimento no fator humano poderá produzir melhor resultado, em termos de aumento de produção, do que qualquer outro."

Os recursos humanos e sua administração constituem-se em um dos aspectos mais críticos e complexos da administração de uma unidade de saúde: é o seu recrutamento, seleção, programação, treinamento e utilização, fator essencial e condição básica principal para a realização das atividades de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório dos grupos de debate. In CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília, 24-28 março, 1980, *Anais*. Brasília, M.S., 1980. p. 155-217.

8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final. Brasília, 17-21 mar., 1986. 21 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Relatório Final, Brasília, out. 1986. 81 p. (mimeog.) (20-50).

RECURSOS HUMANOS PARA O DESENVOLVIMENTO. Trad. Condorcet Rezende. Rio de Janeiro. Fund. G.V. 1965. 213 p. (Administração para o desenvolvimento)(7) (p. 28).

Nesta linha de raciocínio, representam recursos humanos para a Saúde, o pessoal de todos os níveis das instituições que atuam no setor e o numericamente mais expressivo, é o da enfermagem.

A enfermagem é o grupo de trabalho mais amplo de toda a área da saúde e também na rede da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Cabe ao setor de enfermagem prestar assistência a indivíduos, família ou grupos - enfermos ou sadios, em uma extensa variedade de funções e atividades durante todo o período de funcionamento das unidades. Este grupo de enfermagem é formado pelo enfermeiro, obstetriz, sanitário e atendente, fazendo-se representar em todos os níveis, através de competência e atividades, na Regional e nos seus respectivos Distritos Sanitários.

Dada a importância e a complexidade da função do pessoal de enfermagem, BERGMAN, 1979, lembra ser fundamental que se dê atenção ao recrutamento, seleção, treinamento, utilização e manutenção desse grupo. O planejamento desse pessoal exige um critério abrangente, baseado em medidas válidas, em informações fidedignas, flexível e suscetível de aplicação.

Acredita-se pois ser indispensável melhorar as informações sobre enfermagem possibilitando assim um conhecimento mais profundo dessa categoria, o seu número e situação funcional e também sua formação, experiência, disponibilidade, e precisa definição sobre suas funções, atualização e expectativas futuras, em relação ao serviço.

Cumprir relevar os dados quantitativos globais, referentes à enfermagem, assim como, sua atuação e a forma como, especialmente os profissionais estão sendo utilizados.

O enfermeiro e sua prática profissional no Brasil, tem se convertido, em objeto, de questionamento e reflexão, principalmente por eles mesmos. Muitos deles têm contribuído para traçar o seu perfil para completar a sua perspectiva, sua prática, sua inserção na estrutura dos serviços, suas funções, seus procedimentos, origem de seus mitos, seu saber, sua formação, mas ainda há muito o que se explorar nesse campo, para que haja um domínio de compreensão da prática da enfermagem.

BERGMAN, Rebecca. Problemas de planificación de algunas categorias de recursos humanos. Personal de enfermeria. In: *Planificacion del personal de salud: principios, métodos, problemas*. Ginebra. OMS. 1979. Cap. 9, p. 227-241 (p. 227).

Entre os trabalhos que privilegiaram a profissão e a prática da enfermagem citam-se: ALCÂNTARA, 1963; FERREIRA-SANTOS, 1973; ABEn, 1980; VERDERESE, 1980; ALMEIDA et alii, 1981; LORENZETTI, 1982; ALMEIDA E SILVA, 1984; COFEN/ABEn, 1985; ROCHA, 1985; COFEN/ABEn, 1986.

A consciência do seu desempenho profissional e da sua valorização, tem levado a categoria a redefinir seu espaço na prática institucional a que pertence e com isto levado a repensar em seus problemas. Sabe-se haver ainda escassez de dados e informações, e se estes fatos no passado não foram percebidos, hoje já se esboçam algumas tentativas visando a obtenção de informações quantitativas e qualitativas no sentido de examinar suas deficiências e posições já adquiridas, estabelecer novas propostas e tomar decisões frente a inquietação em que vive esse grupo profissional.

Há muito que se discutir e aclarar no que se refere ao enfermeiro e a sua própria prática profissional.

Nesse sentido autores como VIEIRA & SILVA, 1982, lembram que "quando se trata de recursos humanos em enfermagem, sua escassez, qualidade e distribuição inadequadas, têm sido sempre apontadas como problemas a serem confrontados pelo setor saúde para superar suas deficiências. Conseqüentemente, a própria prática de enfermagem é questionada

ALCÂNTARA, Glete. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculo à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1963. [Tese de Cátedra-EERP-USP] 177p.

FERREIRA-SANTOS, Célia A. A enfermagem como profissão - Estudo num Hospital Escola. São Paulo. Pioneira. Ed. USP. 1973, 177 [Tese de Doutorado - EERP-USP].

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Levantamento de recursos humanos e necessidades de enfermagem no Brasil*. 1956/1958. Brasília, ABEn, 1980. 402p.

VERDERESE, Olga. Analisis de la enfermería en la América Latina. Washington, OPS, 1980, p. 1-24 (Publicación Científica, 393).

ALMEIDA, Maria C.P.; SILVA, Graciete B.; RUFFINO, Márcia C.; STEAGALL-GOMES, Daisy L.; YAZLLE-ROCHA, Juan S. Contribuição ao estudo da prática da enfermagem - Brasil. Ribeirão Preto, EERP-USP, 1981, 58 p. (mimeog.).

LORENZETTI, Jorge. Caracterização da força de trabalho da enfermagem no Município de Florianópolis, 1982 [Tese de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina] 75 p.

ALMEIDA, Maria Cecília P. Estudo do saber em enfermagem em sua dimensão prática. Rio de Janeiro, 1984 [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz] 179 p.

SILVA, Graciete B. A enfermagem profissional brasileira: análise crítica. São Paulo, 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP] 198 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982/1983. Força de trabalho em enfermagem (V.I); Enfermagem no contexto institucional (V.II). Rio de Janeiro. COFEN/ABEn 1985 e 1986.

ROCHA, Semíramis M.M. A puericultura e a enfermagem no Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 1985 [Tese de Doutorado. EERP-USP] 174 p.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982/ 1983. Enfermagem no contexto institucional. Rio de Janeiro. COFEN/ABEn, 1986. 165 p. (V.II).

VIEIRA, Terezinha T. & SILVA, Ana Ligia Cumming. Recursos humanos na área de enfermagem - adequação da formação e utilização. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 24-29 out., 1982, *Anais*. Brasília, ABEn, 1982, p. 61-77 (p.6).

na medida em que, atendendo ao sistema, não vem satisfazendo às expectativas de saúde da população."

Tal situação também é identificada por VERDERESE, 1980, afirmando que as características atuais da prática de enfermagem são resultados e não causas da situação vigente. Assim, uma análise das causas que possam explicar estas características ajudaria a detectar formas mais apropriadas para a definição do problema e, conseqüentemente para o seu encaminhamento.

Há um interesse manifesto dos profissionais da área de enfermagem, que se expressa por suas lideranças, principalmente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aspirando à união de esforços para obtenção de dados que contribuam para um diagnóstico mais real da situação dos recursos humanos da área de enfermagem e de sua prática.

Reconhece-se a profundidade do assunto e ainda que existam trabalhos inovadores, as discussões não se esgotaram em relação ao enfermeiro e sua prática profissional.

O XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1983, considerando que a escassez de informações fidedignas sobre recursos humanos de saúde no País, especialmente na área de enfermagem, tem se constituído sério entrave para o planejamento e a utilização adequada desses recursos, recomendou "às entidades de classe que, num movimento centrípeto, promovam discussões amplas, com assessoria de sociólogos, economistas e políticos, sobre o problema de formação e utilização de recursos humanos em saúde, sobre a qualidade dos serviços de saúde, a fim de garantir a participação de todos na definição de prioridades e formulação das demandas ao sistema político."

Considera-se assim que o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde requer a disponibilidade e a formação de conhecimento, tornando-se este essencial para a área em questão.

Busca-se com esta pesquisa, ampliar a área do saber, especialmente aquelas advindas da análise de situações concernentes aos recursos humanos.

VERDERESE, Olga. Analisis de la enfermeria en la America Latina, op. cit., p. 1.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Recomendações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, São Paulo, 24-30 set., 1983, *Anais*. São Paulo, ABEn, 1983.p. 137-143 (p. 138).

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

Identificar o enfermeiro do Departamento Regional de Saúde 6, Ribeirão Preto (DRS₆), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), destacando e analisando alguns aspectos que o caracterizam.

1.2. Objetivos Específicos

- . Estabelecer a proporcionalidade numérica existente entre o pessoal de enfermagem.
- . Determinar a relação numérica entre enfermeiros e médicos.
- . Caracterizar o enfermeiro em relação a sua formação profissional.
- . Analisar a progressão funcional (vertical e horizontal) do enfermeiro.
- . Verificar as funções que são executadas pelos enfermeiros, identificando aquelas inerentes ou não ao cargo.
- . Identificar as expectativas profissionais dos enfermeiros e seu vínculo com os órgãos da categoria.

2 - JUSTIFICATIVA

Acredita-se que os ajustamentos que se fazem na área da saúde, possam ser agilizados pelas informações e resultados de estudos e pesquisas, por serem eles fatores relevantes para o melhor conhecimento da referida área. Constata-se a validade deste tipo de produção para realimentar propostas de ações, não somente para desenvolvimento de recursos humanos, mas para se conhecer a própria evolução do setor (seu histórico).

Acresce informar que, embora a enfermagem represente o maior grupo de trabalhadores da Saúde, o Brasil se ressentia da ausência de profissionais atuantes neste campo. Nada mais justo portanto que possibilitar a este profissional ver seus problemas, aspirações, utilização de sua força de trabalho observados e discutidos à luz dos aspectos que os envolvem.

Fala-se em novas propostas para o Setor Saúde e em estratégias mais amplas de políticas sociais.

Isto significa mudanças na atitude e prática profissional, no Setor Saúde, envolvendo uma redefinição de funções. Só se poderá ter o enfermeiro integrado nessa nova situação se ele for conhecido no seu ambiente e na sua prática profissional, caracterizando suas condições de trabalho e as injunções políticas que o afetam levando a distorções e deterioração daquelas condições.

A escassez de pesquisas em enfermagem, voltadas para seu próprio campo e para a área da saúde pública, pode ser demonstrada pelo Quadro I, onde podemos ver a produção de monografias e teses de enfermeiros, produzidas no período de 1963 a 1984, segundo os Catálogos "Informações sobre Pesquisa e Pesquisadores em Enfermagem", produzidos pela ABEn.

QUADRO I - Pesquisas realizadas por enfermeiros segundo os assuntos enfocados, no período de 1963/1985 no Brasil. ABEn.

VOLUME	ASSUNTOS				Total
	Saúde Pública	Profissão	Categoria Profis.	Outros	
I	03	02	04	51	60
II	13	01	-	46	60
III	11	03	-	74	88
IV	11	05	-	61	77
V	07	-	-	45	52
TOTAL Nº	45	11	04	277	337
%	13,3	3,2	1,2	82,2	100%

FONTE: "Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem."
Vol. I a V.

O Quadro acima revela haver escassez de trabalhos sobre a profissão (3,2%), categoria profissional (1,2%) e a saúde pública (13,3%) sendo fator limitante no sentido de contribuir com propostas conclusivas para o estabelecimento de uma política de recursos humanos em enfermagem; sabe-se que são os estudos e as pesquisas sobre o assunto que vão subsidiar as decisões e ações, informar e realimentar matéria sobre os recursos humanos.

A produção de conhecimento é função essencial para o desenvolvimento de pessoal para a Saúde e a própria prática deve ser vista como um modo de gerar conhecimentos, além de funcionar como um meio eficaz para a identificação de necessidades de saber e para validar novos conhecimentos.

Sobre o assunto MACEDO, 1979, diz que "a pesquisa em saúde não deve ser alheia à prestação de serviços e a Ciência não deve distanciar-se da prática. Ambas, isoladas, perdem substância: a Ciência, principalmente no campo social, se aliena e se faz inaplicada; a prática não refletida, se torna rotina e com o tempo inadequada e ineficaz."

Compreendendo que o papel da Universidade deve ir além de

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. *Informações sobre pesquisa e pesquisadores em enfermagem* 1979/1985. 5 V.

MACEDO, Carlyle Guerra. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, I. Brasília, 1979. Brasília, Câmara dos Deputados, 1979, 18 p. (mimeog) (p. 11).

suas responsabilidades no ensino, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, deverá também, através de pesquisa, crítica e reflexão, desenvolver conhecimento em direção aos recursos humanos e da prestação de Serviços de Saúde, fortalecendo os vínculos entre as áreas de ensino e dessa última. Essa integração traz como conseqüência a melhoria da formação dos novos profissionais, um estímulo ao aperfeiçoamento e melhoria dos serviços.

Por outro lado, a Secretaria de Estado da Saúde, em se constituindo num órgão operacional de grande responsabilidade a nível de Estado, onde se concentra a grande massa de trabalhadores da saúde pública, desempenha papel importante, em relação ao desenvolvimento de recursos humanos. Havendo articulação entre ela e a Universidade, suas unidades serão dinamizadas e com isso se permitirá o adequado desenvolvimento dos recursos humanos como se espera, com melhor utilização da capacidade instalada de ambos.

O presente estudo traz como proposta caracterizar o trabalho dos enfermeiros que atuam na rede de Serviços do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS₆) da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. A autora docente da USP, desenvolve seu trabalho de ensino e supervisão de alunos em unidades deste Departamento.

Os Centros de Saúde, Distritos e até a Regional do DRS₆ têm servido de campo de estágio a diferentes Faculdades ligadas à Saúde, da cidade de Ribeirão Preto, dentre elas a Escola de Enfermagem da USP, que vem fazendo dessas unidades um importante campo de estágio e de preparo de seu pessoal discente. Conta para isso com a supervisão de seus docentes, em estreita colaboração com o pessoal de serviço em todos os seus níveis, contribuindo para a formação de profissionais de enfermagem, em especial de saúde pública.

Estas considerações embasam a afirmação de que uma pesquisa com esta proposta já referida, constitui-se uma forma de procedimento científico, orientada para analisar e até intervir numa realidade existente, trazendo subsídios à Secretaria de Estado da Saúde sobre os problemas que envolvem os seus enfermeiros e a busca de soluções apropriadas para resolvê-los.

Apesar da complexidade de que se reveste o trabalho, é válido acreditar-se na sua importância para o Setor Saúde o que levou a sua realização, pois só através da pesquisa poder-se-á identificar aspectos que sejam significativos e sirvam como subsídios para os ajustamentos por hora exeqüíveis que se mostrarem necessários, em relação ao potencial destes recursos.

Reconhece-se que um trabalho como este seria mais abrangente se o mesmo se constituísse num empreendimento interdisciplinar, em que

se contasse com outros profissionais da área da saúde e de outras áreas do conhecimento como das Ciências Sociais, a enfermagem seria provavelmente beneficiada com uma contribuição mais ampla.

Por outro lado, se a vivência da autora lhe serviu de motivação, há também as suas dificuldades em se manter imparcial na discussão, pois devido ao seu envolvimento profissional, os sentimentos afloram diante das situações, apesar do seu esforço em manter a exposição isenta o máximo possível de seus valores pessoais.

Esta situação não é particular, mas reconhecida, pela colocação de PONCE DE LEON, 1975, quando observa: "seja qual for o nosso campo de trabalho em enfermagem, qualquer tarefa ou função em que nos empenhemos, estará influenciada por nossos próprios valores, pelas condições sociais em que vivemos, pelas características de nossa personalidade, pelo conceito que tenhamos de enfermagem, por nossos objetivos particulares ou profissionais, por nossas atitudes em relação ao mundo e à vida. E isso é válido tanto para as atividades mais simples, como administrar um medicamento, como para funções complexas, transcendentais, como educar para saúde ou educar as gerações atuais e futuras de enfermeiras."

Ainda que se registrem estas considerações e limitações este trabalho poderá fazer emergir questionamentos geradores de outras pesquisas, levando a repensar a posição da enfermagem como profissão, ampliando o saber nesta área ainda carente de trabalhos.

CAPÍTULO II

MATERIAL E MÉTODO

CAPÍTULO II

MATERIAL E MÉTODO

1. Área de Estudo

Em razão deste trabalho ter sido realizado nas unidades do DRS₆, Ribeirão Preto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cabe fazer aqui alguns esclarecimentos preliminares sobre as referidas unidades, seus programas e sua proposta de trabalho para a enfermagem.

A programação de trabalho da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, órgão a que está ligado o Departamento Regional da Saúde₆ de Ribeirão Preto, tem, como objetivo geral, a melhoria da qualidade e quantidade de prestação de serviços de saúde à população, seguindo as prioridades gerais da SES. Conforme suas diretrizes, compete à Coordenadoria de Saúde da Comunidade procurar sistematizar, dentro de princípios gerais e uniformes, as atividades de rotina dos Centros de Saúde. Para alcançar esse objetivo, entre outras medidas de assistência à saúde, os trabalhos são realizados por meio de programas de assistência à gestante, à criança e ao adulto, além de sub-programas que abrangem esses três grupos e se destacam pela sua importância epidemiológica. São eles: Pneumologia Sanitária - com ênfase no controle da tuberculose; Dermatologia Sanitária - ênfase no controle da hanseníase; Saúde Mental; Odontologia Sanitária; Oftalmologia Sanitária; Saneamento, Vigilância Epidemiológica e Controle do Exercício Profissional, tendo como atividade de apoio, a Educação.

Os programas e sub-programas são desenvolvidos e complementados por meio de atividades como: consulta médica, visita domiciliária, exames complementares, atendimento de enfermagem, aplicação de provas, testes, tratamentos, suplementação alimentar e atividades educativas a grupos. As ações educativas individuais integram-se a essas atividades, diluindo-se no conjunto das ações específicas que as compõem.

O atendimento de enfermagem está incluído em períodos previstos, em todos os programas e sub-programas, aos quais são atribuídas e delegadas ações, previamente definidas, em função dos objetivos. Mesmo aos atendimentos executados fora da programação, em situações ocasionais, atribuem-se ações específicas de triagem e encaminhamento.

O serviço de enfermagem deve prestar atendimento integral aos pacientes, atendendo-os nas suas necessidades de saúde, adotando medidas de avaliação sistemática dos resultados obtidos, provendo cuidados de enfermagem seguros por meio da aplicação de normas estabelecidas para o seu exercício.

Essas se referem ao pessoal e especificam requisitos em relação às suas funções, à delegação dessas, programas de educação em serviço à elaboração de orçamento, às linhas de comunicação e a sua relação com a comunidade.

O treinamento de pessoal é resultante das diretrizes e atividades determinadas pela programação, tomando-se por base as ações específicas das atividades desenvolvidas conforme a natureza do programa e o instrumento previsto para a sua execução.

2 - Área Geográfica

O presente trabalho ateve-se à Área do DRS₆, Ribeirão Preto, como mostra a Figura 1.

FIGURA 1 - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE, 6, DE RIBEIRÃO PRETO, SEGUNDO A CALIBRAÇÃO DE SEDES DA REGIONAL, DISTRITOS SANITÁRIOS E SESU MUNICÍPIOS, 1985.

O DRS₆, com sede na cidade de Ribeirão Preto abrange 27 468km²*(¹) e uma população estimada para 1985 em 1 753 484 habitantes *(²).

A rede de serviços do DRS₆ compreende a sua sede que é na cidade de Ribeirão Preto, 8 Distritos Sanitários sediados nela própria e em Araraquara, Batatais, Franca, Jaboticabal, Ituverava, São Carlos e São Joaquim da Barra, e 71 unidades de Centros de Saúde de níveis I, II e III distribuídos pelos 63 Municípios que compõem a região.

Esta pesquisa, efetuada em 1985 teve a população de estudo abrangendo a totalidade dos enfermeiros existentes na época - 35 - que atuavam no DRS₆.

3 - Instrumento de Investigação

Dentre as abordagens que poderiam ser utilizadas para este trabalho, optou-se pelo uso do questionário aberto por possibilitar ao respondente expressar sua percepção e vivência do seu trabalho diário. Constituiu-se pois em fonte primária e direta de obtenção de informações junto as enfermeiras.

Feita a montagem preliminar do modelo do questionário seguiu-se um primeiro teste aplicando-o num grupo de 8 alunos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, em final do seu curso de habilitação em enfermagem de saúde pública, estagiários há um ano em Centros de Saúde. Com base nesses resultados procedeu-se a uma reformulação do instrumento de coleta de dados num segundo modelo.

Este foi submetido à validação com a finalidade de detectar dúvidas, quanto ao entendimento das questões, sua distribuição, adequação das palavras e se o espaço deixado era suficiente para as respostas. Foi realizado no Centro Interescolar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, sendo utilizados 13 enfermeiros docentes desta Escola.

Escoimado das falhas e omissões, obteve-se o terceiro modelo que foi aplicado no DRS₅ de Campinas, com a mesma estrutura do DRS₆, coletando-se 17 questionários respondidos por enfermeiros. Este material foi tabulado, e seus resultados estudados e analisados visando a detecção de novos erros, dúvidas e também de se obterem sugestões para sua

*(¹) Fundação IBGE - Sinopse preliminar do Censo Demográfico (Recenseamento Geral, 1980)

*(²) Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

melhoria. Elaborou-se um novo modelo e reaplicando-o novamente em 8 enfermeiros da DRS₅, Campinas, chegando-se ao quarto modelo.

Com base nesses últimos questionários aplicados e analisados, compôs-se o quinto e definitivo modelo, empregado para o levantamento dos dados primários do trabalho (anexo 1).

Uma carta dirigida ao respondente com explicações sobre o objetivo do trabalho, modo de responder e os agradecimentos da autora pela colaboração prestada, acompanhou o modelo final.

Tendo em vista os objetivos do trabalho, a montagem foi estruturada permitindo cobrir os cinco itens básicos, que ficaram assim distribuídos:

I - Dados de identificação	- questões 1 a 3
II - Formação profissional	- questões 4 a 18
III - Situação funcional	- questões 19 a 26
IV - Funções do enfermeiro	- questões 27 a 36
V - Outras situações profissionais	- questões 37 e 38

3.1. Razões da escolha, desse instrumento de coleta de dados e de informações - O Questionário

Fato conhecido em todo o país é o uso de questionário por órgãos governamentais e particulares para obtenção de informações. Como lembra MANN, 1970, o formulário da declaração de imposto de renda que os contribuintes recebem anualmente para pormenorizarem seus rendimentos e certos gastos e o censo decenal da população são exemplos bem conhecidos de questionário.

Há vantagens no seu uso, e SELTZ et al, 1965, enumera, entre outras, a de ser processo menos dispendioso, requerer menor habilidade para sua aplicação, poder ser aplicado simultaneamente a um número maior de pessoas, e o fato de ser possível abranger uma área ampla. É de natureza impessoal e quem responde pode ter maior confiança em seu anonimato, sendo portanto livre para expressar opiniões, exercendo por isso menor pressão sobre os indivíduos.

Os limites do questionário e suas dificuldades são também conhecidos e, entre estas, o risco dos que tem elevado número de ausência

MANN, Peter H. *Métodos de investigação sociológica*. Trad. Octávio Alves Velho. Rio de Janeiro, Zahar, 1970. 198 p. (p. 138).

SELLTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.N. *Métodos de pesquisa das relações sociais*. Trad. Inah de Oliveira Ribeiro. São Paulo, Herder-EDUSP, 1965. 715 p. (p. 278).

de respostas, o que pode influenciar a representatividade dos resultados, impossibilidade de esclarecimento em caso de não entendimento de perguntas, dificuldade para realizar o controle e a verificação da informação.

Apesar destas restrições, segundo ANDER-EGG, 1974, ele oferece outras vantagens, algumas já citadas, e possui, segundo esse autor, três qualidades essenciais: 1) adaptação ao objeto da investigação; 2) adaptação aos meios de que se dispõe para realizar o trabalho; 3) precição das informações em grau de exatidão suficiente e satisfatório para a análise do objeto proposto.

Elaborar um questionário exige cuidados especiais, sendo necessário fixar antes os objetivos da pesquisa, traduzir estes objetivos em ítems bem redigidos. Assim o modelo inicial foi testado algumas vezes, para que fossem eliminados possíveis erros, omissões, etc.

Com respeito à elaboração dos questionários, o que se conhece, como diz BOYD e WESTFALL apud ALBOU, 1973, é aquilo "que resulta da experiência."

Considerando as vantagens, as dificuldades, as limitações a que está sujeito o instrumento, a possibilidade de diminuir os erros através de uma construção bem elaborada seguindo as regras descritas por ALBOU, SELLTZ et alii e WITT, 1973, e somando-se algumas experiências já vividas, é que se decidiu lançar mão desse instrumento (questionário), como meio de se obterem dados necessários à realização desta pesquisa.

4 - Procedimento de Coleta de Dados

Antes da aplicação desse questionário procedeu-se a reunião prévia com todo o grupo de enfermeiros da DRS₆, para que os tomassem conhecimento da pesquisa e da importância de sua colaboração. Com isso pretendia-se evitar que houvesse desinteresse caracterizado por ausências, omissão de respostas ou outros fatores negativos e indesejáveis,

ANDER-EGG, Ezequiel. *Introducción de las técnicas de investigación social*. 4a. Ed. Buenos Aires, Humanitas, 1974. 340 p. (p. 278).

ALBOU, Paul. *Questionários psicológicos*. Trad. Miguel Chalut. São Paulo, São Paulo Ed., 1973. 211 p. (p. 125).

SELLTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.N. *Métodos de pesquisa das relações sociais*, op. cit. p. 275.

WITT, Aracy. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo. Edit. Resenha Tributária Ltda., 1973, 141 p. (p. 12).

os quais poderiam alterar os resultados do trabalho. Foi o próprio grupo que marcou a data para que em uma reunião todas respondessem o questionário.

Assim a aplicação se efetuou num mesmo dia e hora marcados previamente, com autorização da inspetoria de enfermagem do DRS₆, e a própria autora o aplicou. Os casos de dúvidas foram esclarecidos, no momento em que elas ocorreram.

O tempo dispendido no preenchimento do questionário foi em média 1,16 h. Considera-se ter sido esta média em virtude do uso de dependências do DRS₆, e algumas enfermeiras terem sido interrompidas várias vezes para atenderem solicitações pessoais telefônicas por problemas de serviço.

Em se tratando de perguntas abertas, o trabalho embora mais exaustivo, permitiu por outro lado, ouvir e sentir as colocações feitas pelas enfermeiras, o que enriqueceu o processo de pesquisa. As informações foram distribuídas em tabelas e quadros.

Durante a operacionalização da pesquisa a autora valeu-se de fontes secundárias para completar os dados. Foram elas:

- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Fundação Sistema Estadual de Análise (SEADE);
- Departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo (DRHU);
- Coordenadoria Geral de Planejamento da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto;
- Departamento Regional de Saúde, 6, Ribeirão Preto - Seção de Pessoal.

5 - Procedimento de Análise

O modelo que serviu de parâmetro para a comparação de algumas respostas obtidas, é o que a legislação da Secretaria de Estado da Saúde prevê, especificamente, para o enfermeiro, segundo a reforma administrativa dessa Secretaria regulamentada pelo artigo 89 da Lei 9717 de 30 de janeiro de 1967 e as demais publicações oficiais que a complementam.

Quanto a análise e discussão das funções exercidas pelas enfermeiras, utilizou-se como referência o "Modelo da estrutura funcional da enfermeira de saúde pública" de ANDRADE & ADAMI, 1976, onde as auto-

ANDRADE, Odete Barros & ADAMI, Nilce Piva. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública. Modelo programático de preparo requerido para o exercício dessas funções. *Enf. Novas Dimens.*, 2 (6): 308-318, 1976. (p. 309).

FUNÇÕES DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA

FIGURA 2 - MODELO DA ESTRUTURA FUNCIONAL DO TRABALHO DA ENFERMEIRA DE SAÚDE PÚBLICA

ras explicitaram de modo sumário as atividades que integram cada área funcional como se vê na FIGURA 2.

Considerando-se estarem as enfermeiras distribuídas em quatro categorias funcionais: Inspetoras, Distritais, Chefes e/ou com Encarregatura e de CS, utilizou-se para cada uma delas as atribuições que lhe são oficialmente definidas. Estas foram alistadas separadamente, questões 27, 27a, 27b, 27c do questionário, e cada enfermeira assinalou as que executava e sua respectiva freqüência. Os resultados foram colocados nas Tabelas A,B,C e D presentes nos anexos de números 2,3,4 e 5. Posteriormente, os dados foram agrupados pelas funções: (Fig. 2) de prestação de assistência de enfermagem, administração, ensino, assessoria e pesquisa, e distribuídos nas Tabelas de números 20, 21 e 22, onde se lê a percentagem que corresponde ao total de execução da referida função pelo total de enfermeiras que compõe a categoria.

A alistagem de funções teve como base a Resolução SS nº 10 de 30 de junho de 1971 - para as inspetoras de enfermagem; a Portaria SS-CG nº 17 de 17 de agosto de 1984 - para as enfermeiras distritais; Portaria SS-CG nº 26 de 15 de dezembro de 1981 - para as enfermeiras chefes e/ou com encarregatura e Portaria SS-CG, nº 3 de 7 de fevereiro de 1983 - para as enfermeiras do Centro de Saúde.

Quanto à freqüência com que a função e/ou atividade é realizada, foram utilizados os conceitos: "sempre" - quando ela é executada diariamente; "às vezes" - executada em alguns dias da semana e "excepcionalmente" - quando a execução é casual.

As questões de números: 9a, 26a, 28a, 29a, 29b, 35a, 35b e 38a, deixaram de ser discutidas pela razão de sua análise exigir outras informações que no momento não se mostraram de interesse para este trabalho.

SECRETARIA DA SAÚDE. Resolução SS. nº 10, de 30 jun. 1971: funções do inspetor. *Diário Oficial do Estado: Sec. T*, São Paulo, 1 jul. 1971. p. 18 e 19.

Portaria SS-CG nº 17, de 17 ag. 1984: funções do enfermeiro distrital. *Diário Oficial do Estado. Sec.I*, São Paulo, 18 ag. 1984. p. 16.

Portaria SS-CG nº 26, de 15 dez. 1981: funções dos enfermeiros chefes ou com encarregatura. *Diário Oficial do Estado: Sec.I*, São Paulo, 19 jan. 1982. p. 17 e 18.

Portaria SS-CG nº 3, de 7 fev. 1983: funções dos enfermeiros de Centro de Saúde. *Diário Oficial do Estado: Sec.I*, São Paulo, 8 mar. 1983. p. 19.

CAPÍTULO III

A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

CAPÍTULO III

A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

A reconstituição histórica aspira^a esclarecer os fatos, embrenhando-se no passado e nas mudanças ocorridas, para melhor compreender o processo de desenvolvimento até os dias atuais.

O presente capítulo, valer-se-á de uma visão histórica, a fim de identificar como o enfermeiro se incorporou na SES. Não se aterá no entanto a uma análise explicativa dos fatores determinantes deste processo de inserção do enfermeiro.

:1 - A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES)

O ano de 1947 representa um marco importante na história da institucionalização das ações de saúde pública em São Paulo.

MASCARENHAS, 1973, assinala que, em 10 de junho de 1947, os assuntos relacionados à área de Saúde desligaram-se do Ensino, ocasião em que é criada a Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde Pública e da Assistência Social.*

Mesmo separados das atividades de ensino, os serviços de Saúde Pública continuaram com as mesmas dificuldades de organização anteriores. Com efeito, nessa fase, as atividades de Saúde Pública eram, na quase totalidade, executadas pelo Governo do Estado, cabendo à União, além dos serviços de saúde dos portos, o controle da febre amarela, da peste e do bôcio endêmico.

O ano de 1964 constitui outro momento importante no processo de reorganização da Secretaria quando, mediante acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, chegaram a São Paulo dois técnicos norte-americanos: Prof. Herman Hilleboe, especialista em Medicina Preventiva e em Saúde Pública e o Prof. Morris Schaeffer, técnico em Administração Pública, para prestarem colaboração na organização e administração dos serviços de saúde, cuja missão era:

"1. observar, tanto quanto pudessem, as operações da Secretaria e dos órgãos que a compõem;

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Histórico da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 7: 433-46, 1973. (p.440).

2. recomendar modificações específicas;
3. prestar assistência na preparação de uma proposta de convênio entre o Estado, Governo Federal, o FISI e a OPAS em colaboração com a Secretaria" (HILLEBOE & SCHAEFFER apud MASCARENHAS, 1973)."

Do relatório apresentado pelos autores, MASCARENHAS, 1973, destaca o seguinte trecho:

"O tradicional problema de organização de saúde pública e a tradição brasileira de individualismo refletem-se claramente na organização atual da Secretaria, que tem a forma de uma estrutura feudal bastante complexa, composta de muitos centros de poder autônomo, apenas nominalmente subordinados ao Secretário responsável pela administração de toda a Secretaria."

O período dessa Consultoria deixa entrever que a estrutura da Secretaria permanecia com as deficiências de um agregado de órgãos, com fraca articulação entre as diferentes atividades, todos funcionando com excessiva autonomia, trazendo conseqüências negativas, tanto para a própria organização, como para os efeitos das ações de Saúde Pública.

Havia a necessidade de uma reorganização dos serviços de Saúde Pública em São Paulo que se mostrava urgente e inadiável.

A década de 60 assinala inúmeras transformações, uma delas a edição do Decreto-lei nº 200, de 25.02.1967, preconizando um amplo programa de reformas para a Administração Pública Federal. Dentre essas reformas, aquelas relativas ao setor Saúde, em âmbito nacional. No que concerne ao Estado de São Paulo, o Decreto-lei nº 48.040, de 01.06.1967, que foi um desdobramento da lei 200, de 25.02.1967, foi a que estabeleceu o Plano de Trabalho para a Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual (SAUVEUR, 1983).

Assume a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social em fevereiro de 1967 o Dr. Walter Sidney Pereira Leser, que se encontra ante a exigência de implantação do plano do Governo, para descentralização das

HILLEBOE, Herman & SCHAEFFER M. Estudos sobre a proposta de reorganização da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social do Estado de São Paulo, 1964. apud MASCARENHAS, R.S. Histórico da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, 7:433-46, 1973 (p.442).

MASCARENHAS, R.S. Histórico da saúde pública no Estado de São Paulo. op. cit., p. 442.

SAUVEUR, Giselda Barroso Guedes de Araujo. O projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde em São Paulo: um novo modelo ou os desdobramentos da reforma administrativa de 1969. *Cadernos FUNDAP*. São Paulo, 3(6):59-70, julho, 1983. (p. 96).

atividades de Secretário de Estado, em regiões administrativas.

LESER, 1971, diz "que em consonância com a diretriz governamental, a Secretaria da Saúde, que há vinte anos carecia de organização adequada, iniciou suas atividades. Um grupo de trabalho, composto por sanitaristas da Secretaria e da Faculdade de Saúde Pública, apresentou, em 1967, o plano que fixou as diretrizes básicas para o estudo da reforma; em seguida, com estreita colaboração do Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA), foram concluídos os estudos parciais. Promulgaram-se diversos Decretos, atendendo a aspectos prioritários e em conformidade com o plano que preconizava a execução em etapas sucessivas."

Para esta reforma a administração contou com o relatório anteriormente apresentado pelos professores Hilleboe & Schaeffer, citados nominalmente por LESER quando este se refere à descentralização executiva, apontando os referidos professores que, em 1964, analisaram o controle altamente centralizado do poder de mando, nas ações administrativas da Secretaria.

A reforma delineou quatro áreas de ação conjugada: área deliberativa, executiva, assistencial assessora e assistencial auxiliar. Este esquema básico foi complementado por diretrizes que orientaram a estruturação: a) *integração dos serviços* em nível local, erigindo-se o Centro de Saúde como uma unidade sanitária polivalente; b) *descentralização executiva* através da regionalização; c) *centralização normativa*: a atuação normativa será centralizada e especializada; d) *sistemas*: certas atividades, de significação fundamental, devem ser escalonadas nos diversos níveis, embora finalmente reunidas em nível central; e) *supervisão* permanente e contínua; f) *criação de carreiras* específicas do campo da saúde pública; g) *formação e adestramento de pessoal*: deve existir um sistema permanente e h) *saneamento ambiental*: atividades de caráter básico para execução de programas de Saúde Pública. (São Paulo, 1971).

Assim, o Centro de Saúde é organizado como unidade sanitária polivalente, "verdadeiro eixo da organização, sob comando único, responsável pelos problemas de Saúde Pública da comunidade a que serve" (São Paulo, 1971).

LESER, Walter. Apresentação. In São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Reforma administrativa; textos legais e regulamentares: 1967/1970. São Paulo, 3(6):59-70. São Paulo, 1971. p. III-IV (p.111)

SECRETARIA DA SAÚDE. Reforma administrativa, textos legais e regulamentares. 1967/1970. São Paulo, 1971. 329 p. (p.111).

Ficam incorporados aos Centros de Saúde os serviços de saúde pública já existentes como: Postos de Puericultura, Serviço Obstétrico Domiciliar, unidades do Departamento Estadual da Criança, Postos de Assistência Médico-Sanitária, Dispensários e Postos do Instituto de Tracoma e Higiene Visual, Dispensários e Ambulatórios da Divisão do Serviço de Tuberculose e Dispensários e Postos do Departamento de Dermatologia Sanitária.

Essa integração, além de física e funcional, previa também a de atividades através de programas de Saúde Pública, que resumidamente compreendem o controle de doenças transmissíveis, saneamento do meio, higiene materna e da criança, assistência médica não especializada, controle da tuberculose e da hanseníase, epidemiologia e estatística, enfermagem, educação sanitária e administração.

Para SAUVEUR, 1983, "a análise mais detalhada das diretrizes imprimidas à Secretaria revela que um setor-chave contemplado na reorganização foi o de recursos humanos, com ênfase na formação de quadros técnicos em vários níveis de qualificação. Nesse sentido, seja pela natureza dos serviços prestados pela Secretaria, seja porque a eficiência da organização administrativa, em última análise, depende de recursos humanos capacitados, a reforma deu prioridade às diretrizes de formação e treinamento de pessoal, atividades consideradas básicas para as modificações pretendidas. Assim, a reforma preconizou a constituição de um sistema permanente para essa finalidade, sendo dada grande importância à criação de carreiras específicas no campo da saúde pública. Nesse particular a área de recursos humanos passou a ser percebida como um suporte indispensável ao eficiente desempenho das ações de saúde pública."

Na expressão de LESER, 1971, "a criação de carreiras específicas do campo de saúde pública é assunto pacífico que as organizações de saúde pública precisam contar com profissionais especializados nesse campo, em regime integral de trabalho, e a eles devem ser oferecidas, além de efetivas condições de trabalho, possibilidades de acesso e remuneração compatível."

Na sua gestão como Secretário da Saúde foi estudada a criação de carreira ou de grupos de cargos para atender a demanda de sanitário. Pelo Decreto-lei de 02/10/1969, regulamentada pelo Decreto 10/03/1970, foi criada a carreira de médico sanitário com 622 cargos.

Posteriormente, essa estrutura administrativa da Secretaria

SAUVEUR, G.B.G. de Araujo. op. cit., p. 62.

LESER, V. op. cit., p. III.

foi alterada pelo Decreto 52.182 de 16/07/1979, quando esse órgão pas
sou a denominar-se Secretaria de Estado da Saúde. Por esse diploma le
gal definiram-se as atribuições: exercer função de órgão normativo do
Governo do Estado do setor saúde; estudar, planejar, orientar, coorde
nar, supervisionar e executar, em todo o território do Estado, medidas,
visando à melhoria da condição sanitária da população, promovendo a saú
de e prevenindo a doença, bem como participar das medidas de recupera
ção da saúde; estudar problemas de saúde pública, promovendo pesquisas
científicas necessárias à sua solução; promover a articulação com ou
tras entidades estatais, paraestatais e privadas, cuja atuação possa
contribuir para consecução de suas finalidades (SAUVEUR, 1983).

A Resolução SS*30, de 14.04.1986, traz o Documento Base da
reorganização da Secretaria de Estado da Saúde, que parte de princípios
que se caracterizam, fundamentalmente, pela redêfinição do papel das u
nidades prestadoras de serviços e pela preocupação com sua eficácia e e
ficiência, e com um acesso rápido e desburocratizado às mesmas. Esta re
organização, segundo o documento, é um processo que visa a atingir um
novo e melhor modelo de assistência à saúde.

Houve uma reformulação da Regionalização Administrativa do
Estado** que criou as novas Regiões de Governo, os Escritórios Regio
nais de Governo (ERGs) e para essa mesma área geográfica criaram-se os
Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).

Os ERSAs substituem os Departamentos Regionais e os Distri
tos Sanitários, e ficando afetos a eles todos os equipamentos de saúde
existentes na sua área geográfica de abrangência: Centro de Saúde, Hos
pitais, Laboratórios e Ambulatórios de Saúde Mental.

2 - Os Centros de Saúde

Em São Paulo, um evento importante para a Saúde Pública foi
a instalação do primeiro Centro de Saúde, baseada na proposta de um no
vo modelo de atendimento à população, procedente de uma reforma do Ser
viço Sanitário do Estado (Decreto nº 3.876, de 11/07/1925 e Lei 2.121

SAUVEUR, G.B.G.A., op. cit., p. 62.

* SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS nº 30, de 14 abr., 1986.
Documento Base da reorganização da Secretaria de Estado da Saúde. Diá
rio Oficial do Estado: Seq. I. São Paulo, 15 abr. 1986. p. 17-20.

** Decreto 22 170 de 29 de novembro de 1984.

de 30/12/1925) que, segundo MASCARENHAS, 1949, "representou uma mudança completa nos rumos seguidos até então pelos serviços de saúde pública." Com ela saímos da fase da polícia sanitária para entrar na de educação sanitária."

A criação de Centros de Saúde em São Paulo está ligada à pessoa do médico Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza que, como Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em 1927, reorganiza este serviço e cria os Centros de Saúde, permitindo, na época, a criação de duas unidades sanitárias locais, das quais uma era o Centro Modelo do Instituto de Higiene, primeiro Centro de Saúde do Brasil.

"Assim como os primeiros Centros norte-americanos brotaram de serviços de higiene infantil e outros, o do Instituto de Higiene, de 1922/1923, era fruto de um pequeno posto experimental contra verminose e de outro para doenças do trabalho, estendendo-se, após, aos principais ramos da assistência" (PAULA SOUZA & VIEIRA, 1936)".

O Decreto 9.341 de 20 de julho de 1938 organiza o Serviço do Interior do Estado, do Departamento de Saúde e dá outras providências. Em seu parágrafo "a" refere-se aos Centros de Saúde a serem instalados no interior, cuja finalidade, dentre outras é a de "dispensar à população assistência, com fim exclusivamente sanitário, encaminhando os doentes a outras instituições que se indicarem, sempre que os Centros de Saúde não se incumbirem do tratamento ou a assistência for de caráter exclusivamente clínico."

Estes centros de saúde organizados segundo este Decreto, os definia como unidade coletiva e polivalente em suas funções, tendo como finalidades essenciais a Educação Sanitária, Imunização contra moléstias transmissíveis, tratamento e pesquisa de focos em geral, assim como, exame médico periódico, inculcação de hábitos sadios e melhoria das condições sanitárias (CANDEIAS, 1984).

Outro Decreto-lei, o de nº 12.784, de 24/06/1942, reorganizou o Serviço do Interior do Departamento de Saúde transformando-o em

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. São Paulo, 1949. [Tese de Livre-Docência. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP] 565 p. (p.88).

PAULA-SOUZA; Geraldo Horácio & VIEIRA, F. Borges. Centro de Saúde "Eixo" da organização sanitária. São Paulo. Imprensa Oficial do Estado, 1944, 60 p. Reedição do *Boletim 59 do Instituto de Higiene de São Paulo*, 1936. (p. 28).

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1918/1945. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, 18 (nº esp.):2-60, 1984. (p.46).

* Diante das distorções relativas aos planos de assistência médica pelo sistema previdenciário, há uma proposta de "Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária". Ela pretende uma reversão gradual do atual modelo médico-assistencial assegurando melhorias na qualidade e cobertura, planejamento da assistência e aumento da produtividade. (NICZ).

A nível ambulatorial, propõe-se integrar em uma Rede Única os postos do INAMPS (PAM), as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Hospitais de Ensino e outros serviços ambulatoriais credenciados.

O Departamento Regional de Saúde₆ já está em pleno exercício ' dessa proposta, ao lado do INAMPS, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital das Clínicas, na chamada "Ações Integradas de Saúde (AIS)", basea dos no critério da regionalização e hierarquização, procurando a utilização total da capacidade instalada do setor público.

NICZ, Luiz Fernando. Previdência Social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto Lima. *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo, Pioneira, 1982 p. 163-228.

**Para MOLINA, 1973, a figura de maior destaque na história da enfermagem de Saúde Pública é a de icente de Paulo no século XVII (1633); que foi o propulsor da visita domiciliária.

MOLINA, Maria Tereza. *História de la enfermeria*. 2a. ed., Buenos Aires, Intermédica, 1973, 169 (p. 153).

Divisão do Serviço do Interior, onde no seu inciso II trata dos Centros de Saúde que foram divididos em duas categorias: o de primeira categoria para cidades com 20.000 habitantes ou mais e ainda em estâncias destinadas à cura de tuberculose; os Centros de Saúde de segunda categoria em cidades de 7.000 até 20.000 habitantes.

Os Centros de Saúde, segundo YUNES & CAMPOS, 1984, "deveriam atrair a população para tratá-la nos casos indicados ou encaminhá-la a instituições adequadas, padronizar os tratamentos das doenças transmissíveis, localizar focos, criar condições para educar o paciente e a família."

Apesar das dificuldades que a inovação dos CSs encontraram no "Instituto de Higiene de São Paulo" a idéia de Paula Sousa permaneceu, destinando-se posteriormente, este Centro de Saúde, para treinamento de seus alunos, como elemento de contacto com a população e também fonte de material para estudo.

A reforma da SES, na década de 60 promovendo a integração física e funcional de todos os serviços de Saúde Pública já existentes, transformou-os em CSs que conforme os programas executados, classificaram-se em Centros de Saúde; I, II, III, IV e V e Posto de Atendimento Sanitário (PAS).

Toda uma legislação foi elaborada em torno dos Centros de Saúde que foram, no decorrer do tempo, sofrendo mudanças e adaptações, tanto no que se refere a programas, à estrutura administrativa como à especificação de funções do pessoal.

Em 26.01.1981, o Decreto 16.545 reduziu todos os Centros de Saúde do Estado de São Paulo em três níveis somente: I, II e III. Esta alteração continuou respeitando a classificação dos mesmos conforme os programas que cumpriam e o seu nível em que são cumpridos. Convém assinalar ser esta classificação vigente até o momento.

✱

3 - O enfermeiro nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde

Há bastante tempo vem se registrando a inserção do enfermeiro junto a serviços de Saúde Pública. Em 1893, nos Estados Unidos instalou-se uma rede de lactários ("Milk Stations") ampliada e que se estendeu até 1919. Entre suas atividades incluía-se a visita domiciliária por

YUNES, João & CAMPOS, Oswaldo. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação dos recursos humanos para saúde. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, 18 (nº esp.):61-6, 1984.

*PONTES, 1971, assinala que a "Escola de Enfermagem Alfredo Pinto", no Rio de Janeiro, é a mais antiga do país. Surgiu num momento de crise de pessoal, eivada de erros, sem planificação didático-administrativa no antigo Hospital Nacional dos Alienados. Foi criada pelo Decreto 791, de 27 de setembro de 1890. Foram trazidas enfermeiras francesas nos moldes da Escola de Salpêtrière.

PONTES, Clélia. Contribuição a história da enfermagem. Escola Alfredo Pinto - a pioneira das Escolas de Enfermagem no Brasil. *Rev. Bras. Enf.*, 24(3 e 4): 199-214, 1971.

enfermeiras. Em 1902 em Nova York, por sua vez, foi criado o primeiro corpo de enfermeiras visitadoras para atender a problemas relacionados à Saúde Escolar (MASCARENHAS & RAMOS, 1966).

No Brasil o enfermeiro de Saúde Pública segundo PINHEIRO, 1921, surge quando o Departamento Nacional de Saúde Pública sentiu a necessidade de uma pessoa que continuasse no lar, o trabalho de educação sanitária. O Dr. Carlos Chagas, então diretor desse Departamento conheceu nos Estados Unidos a Enfermeira de Saúde Pública em ação e a seu exemplo iniciou um serviço idêntico no Brasil, para o que recorreu à Fundação Rockefeller. Esta enviou ao Rio de Janeiro uma enfermeira americana que estudou a situação local e chegou à conclusão de que havia necessidade da criação de uma escola de enfermagem que preparasse suas diplomadas também em Saúde Pública, originando a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, no Rio de Janeiro, no padrão "Nightingale."

Em 25 de janeiro de 1894, em São Paulo, inaugurava-se a Sociedade Hospital Samaritano, sendo contratadas cinco enfermeiras inglesas, cabendo a uma delas como responsabilidade o "controle e o treinamento de enfermeiras."

Presume-se que o curso de enfermagem criado por esta sociedade, segundo anotações de CARVALHO, 1980, tenha sido iniciado em 1900 ou 1901, sob orientação do Sistema Nightingale funcionando como escola tipicamente inglesa, pertencente ao sistema privado de ensino.

A Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano foi a primeira escola do padrão Nightingale organizada no Brasil,* e o Hospital Samaritano e o seu serviço de enfermagem muito se beneficiaram, segundo a autora "pois as enfermeiras inglesas, por contrato, deveriam também fazer enfermagem domiciliar, dando início ao exercício da enfermagem particular em São Paulo."

No ano de 1942, houve a implantação oficial, não mais por iniciativa privada, como foi em 1901, da Escola de Enfermagem de São Paulo, anexo a Faculdade de Medicina da USP, que junto às demais, marcou em definitivo o advento da enfermagem moderna no Brasil e em São Paulo.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos & RAMOS, Reinaldo. Evolução histórica da saúde pública. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. 12 (2):5-47, 1966. (p. 32).

PINHEIRO, Maria Rosa Souza. Problemas de enfermagem no Brasil do ponto de vista da enfermeira. *Anais de Enfermagem*. 4(4):278-298, 1951. (p. 279).

CARVALHO, Amália Correa. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; resumo histórico, 1942-1980, São Paulo, E.E. de São Paulo, USP, 1980. 271 p. (p. 22).

Especificamente na área de Saúde Pública, segundo GALVÃO, 1959, a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo da USP "tem tido marcada a a tuação sobre o preparo de enfermeiras" desde 1959.

No Estado de São Paulo, o Departamento de Saúde Pública, que depois passou em 1941 para a Secretaria de Educação e Saúde Pública criou em 24.08.1931 o Serviço de Enfermagem do Serviço Sanitário, que teve duração efêmera, sendo extinto pelo Decreto 5.276 de 3.12.1931, a tendendo a medidas de economia.

Em 1938, o Departamento de Saúde incluiria na sua organização, no que se refere aos recursos humanos: "os médicos consultantes, dentistas, auxiliares de radiologia e enfermeiras" (MASCARENHAS, 1949).

Embora a palavra usada fosse enfermeiro, não há maiores es clarecimentos, se havia algum diplomado, podendo inferir-se tratar do atendente.

Em 1942, quando os CSs foram divididos em duas categorias, segundo o número de habitantes da localidade, a legislação previa que o CS seria dirigido por Médico Sanitarista e, para o cargo de Visitadora Social, seriam exigidos diplomas de Educadora Sanitária, Enfermeira de Saúde Pública ou Assistente Social (MASCARENHAS, 1949).

Efetivamente o enfermeiro aparece mais tarde na SCs, quando de sua reforma administrativa em 1969, pelo Decreto 52.182, que criou na Coordenadoria da Saúde da Comunidade, o *Serviço de Enfermagem*, enumerando para o enfermeiro, em seu art. 54, as suas competências: supervisão, assessoria, controle e cooperação no adestramento do pessoal no seu art. 63 em que trata do grupo de superiores junto aos Diretores Re gionais, cita-se entre estes a Enfermagem de Saúde Pública.

Conquanto apenas nesta época o enfermeiro tenha se inserido na SES, já existia um Relatório elaborado por uma "Comissão para estudo de problemas referentes a Escolas de Enfermagem de São Paulo", que foi apresentado ao Governo do Estado de São Paulo, como resultado da Resolução Governamental nº 1.265, de 2 de maio de 1961; conforme apenso nº 7, entre as Recomendações finais, a de nº 6 dizia: "Que o Governo do Estado crie o Serviço Estadual de Enfermagem, na Secretaria da Saúde Pública

GALVÃO, Augusto Leopoldo Ayrosa. Faculdade de Higiene e Saúde Pública: sua evolução e seu papel no desenvolvimento da saúde pública no Brasil. *Arq. Fac. Hig. Saúde Públ. USP, São Paulo*, 13(1):1-11, 1959.

MASCARENHAS, R.S. Contribuição para o estudo da administração, op. cit. p. 153.

_____. Contribuição para o estudo da administração sanitária, op. cit., p. 185.

da Assistência social" (MASCARENHAS et al 1962).

A Resolução SS nº 4, de 08 de junho de 1970 "que dispõe sobre estruturação, competências e atribuições dos Distritos Sanitários" inclui em seu art. 2º, inciso II, o enfermeiro como um dos profissionais da equipe, cabendo em seu exercício "supervisionar e orientar a execução das atividades dos Centros de Saúde da área distrital, no campo da Enfermagem de Saúde Pública; promover e colaborar no adestramento de pessoal de serviço; auxiliar o Médico-Sanitarista - Chefe do Distrito Sanitário na execução de suas atribuições e executar tarefas afins."

Em 1976 foram criados, pelo Decreto 7 555 de 9 de fevereiro, 98 funções de setor técnico de enfermagem, e nesse mesmo decreto de ordem preferencial para designação do servidor é: enfermeiro efetivo, extranumerário e temporário; e finalmente em 1977 com a Lei Complementar* 168 de 6 de dezembro de 1977 são criados cargos no Quadro da Secretaria da Saúde e entre eles, 76 cargos de *Enfermeira Distrital* de Saúde Pública e 76 cargos de *Enfermeiro*, exigindo-se, segundo seu artigo II, a formação de Curso de Saúde Pública para o cargo de Enfermeiro Distrital de Saúde Pública e o de Enfermagem Básica para o cargo de Enfermeiro.

Em 1981 os Centros de Saúde foram reestruturados em três níveis: I, II e III. O Centro de Saúde de tipo I se enquadra como nível de serviços técnicos e contará com uma *Equipe de Enfermagem*. O Centro de Saúde II, com nível de serviço técnico, contará com o *Setor de Enfermagem* e no CS III - não disporá de enfermeiro.

A partir de 1969, segundo PASSERI, 1982, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Coordenadoria de Saúde da Comunidade, deu início aos processos seletivos para admissão de enfermeiros, bem como aos concursos para a nomeação do referido profissional. O número destes, em 1982, totalizou 287 enfermeiros com possibilidade de elevar-se, uma vez que, nessa época, ainda não havia concluído a admissão dos selecionados.

Segundo a autora "a rede deveria nessa época já contar com 430 enfermeiros, levando-se em consideração o Decreto 16.545 de janeiro de 1981, que reestruturou os centros de saúde e conclui: "que como está

MASCARENHAS ET AL. Relatório da Comissão para estudo de problemas referentes a escolas de enfermagem em São Paulo. *Rev. Brasil. Enf.* 15, (3):157-171, jun., 1962. (p. 157).

Lei Complementar 168 de 6.12.1977. Cria Quadro da Sec. Saúde (art. 1º, inciso II alínea "a" e inciso III, alínea "a").

PASSERI, Geraldina. *Situação da Enfermagem na Coordenadoria de Saúde da Comunidade*, Ribeirão Preto, 1982. (Palestra realizada no I Encontro de Enfermeiros de Saúde Pública, maio) 10 p. (mimeog.).

estruturada a Coordenadoria da Saúde da Comunidade deveria contar no mínimo com 527 enfermeiros nos diferentes níveis de atuação".

Eram atribuições dos enfermeiros na SES nessa época a gerência e coordenação do setor ou da equipe de enfermagem.

Fica pois determinado o momento histórico da inserção do Enfermeiro na SES, ou seja 1969 quando, efetivamente, estes profissionais assumiram suas respectivas funções, já descritas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem como profissão no Brasil apresenta uma característica "sui generis" entre as profissões da área da saúde por ser exercida por pessoal de diferentes níveis de formação. Constitui, segundo MATOS, 1978, uma equipe com a conformação de uma pirâmide, tendo no ápice os profissionais de nível superior, responsáveis pelo desenvolvimento da profissão e pela qualidade da assistência, prestada pelos outros membros da equipe; no corpo, o pessoal de nível técnico e auxiliar, executores de grande parte das ações de enfermagem; e na base, a grande maioria, representada, por aqueles que exercem ocupações de enfermagem, não possuindo, entretanto, formação regulamentada.

A força de trabalho em enfermagem no país é, portanto, composta por quatro categorias, segundo sua formação: o enfermeiro (curso de graduação de nível superior), técnico de enfermagem (curso de nível médio de 2º grau), o auxiliar de enfermagem (curso de nível de 1º e/ou 2º graus) e o atendente, sem preparo formal, submetido ou não a programas de treinamento em serviço. Este último grupo reúne todas as demais categorias de pessoal auxiliar não regulamentadas por lei como: agente de saúde, visitador sanitário e outros.

Há, portanto, uma divisão técnica do trabalho de enfermagem entre profissionais e ocupacionais, podendo ser observada na prática, no próprio desempenho de seus agentes. O enfermeiro é o coordenador e supervisor da equipe, e os demais elementos são chamados de pessoal auxiliar.

Na TABELA I estão os 13 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), assim como todo o pessoal de enfermagem vinculado a estes Departamentos.

Das 6 292 pessoas que integram a força de trabalho de enfermagem da CSC, 94,0% (5 904) são elementos auxiliares formados pelo visitador sanitário (31,0%) e atendentes (63,0%). O enfermeiro, em todos os níveis, representa apenas 5,5% desse pessoal.

Observa-se nesses dados um número maior de pessoal auxiliar e nele a predominância do atendente, mão-de-obra não qualificada e de baixo custo.

MATOS, Adalgisa Vieira. A enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Belem, jul., 16-22, 1978. *Anais*. Brasília, 1978. p. 13-30 (p. 13).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS DO SETOR DE ENFERMAGEM SEGUNDO OS DEPARTAMENTOS REGIONAIS E CARGOS QUE OCUPAM NA COORDENADORIA DA SAÚDE DA COMUNIDADE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1985.

DEPARTAMENTOS REGIONAIS*		C A R G O						T O T A L	
		E N F E R M E I R O			OBSTETRIZ	PESSOAL AUXILIAR			
		INSPETOR	DISTRITAL	CENTRO DE SAÚDE		VISITADOR SANITARIO	ATENDENTE	Nº	%
DRS ₁	SÃO PAULO E GRANDE SÃO PAULO	5	13	122	30	684	1555	2409	38,5
DRS ₂	SANTOS	1	1	11	5	54	102	174	2,5
DRS ₃	VALE DO PARAÍBA	1	1	16	4	98	172	292	4,5
DRS ₄	SOROCABA	2	2	19	-	136	283	442	7,0
DRS ₅	CAMPINAS	1	2	33	8	225	420	689	11,0
DRS ₆	RIBEIRÃO PRETO	2	8	23	2	171	302	508	8,0
DRS ₇	BAURU	1	2	14	-	81	183	281	4,5
DRS ₈	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	-	2	14	1	116	204	337	5,0
DRS ₉	ARAÇATUBA	1	3	6	-	99	250	359	5,5
DRS ₁₀	PRESIDENTE PRUDENTE	1	1	3	2	93	192	292	4,5
DRS ₁₁	MARÍLIA	1	-	12	-	90	138	241	3,5
DRS ₁₃	BARRETOS	-	-	2	-	40	86	128	2,0
	DE VALE	1	3	5	-	57	73	139	2,0
S.E.S. COORDENADORIA SAÚDE COMUNIDADE**		-	1	-	-	-	-		
T O T A L		Nº	17	39	280	52	1944	3960	6292 100,0
		%	0,5	0,5	4,5	0,5	31,0	63,0	100,0

FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS. SÃO PAULO, NOVEMBRO. 1985

*: DRS₁₂ - ARARAQUARA: criada e não instalada

** : Inclui-se aqui a categoria enfermeiro na Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

A questão da utilização de pessoal auxiliar em Saúde Pública, como o visitador sanitário, aparece no Brasil nos anos 40 nas unidades do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Sua preparação, segundo BASTOS, 1966, tinha a duração de 6 a 8 meses, geralmente, em regime de internato, financiada pelo SESP.

ALVIN, 1966 comenta que o SESP, reconhecendo o baixo padrão técnico desse pessoal e o treinamento limitado que era possível proporcionar-lhe, tentou minorar essa deficiência com programas de educação continuada, condição esta também defendida por KESIC, 1966, que afirma: "o aprendizado desses auxiliares deve prolongar-se por toda a vida por meio de um sistema contínuo de adestramento, no próprio local de serviços e cursos".

É lícito pensar que dada a projeção que o trabalho do SESP teve, o seu modelo refletiu sobre os demais Serviços de Saúde Pública, o que pode explicar o visitador sanitário nos serviços da SES.

Esta questão da utilização de pessoal auxiliar na enfermagem recebeu suporte da OMS, 1961, que justificou como sendo uma necessidade em países menos desenvolvidos, como no Brasil, país de grande extensão territorial e prescindindo de assistência médica, que não seria satisfeita com a utilização exclusiva do enfermeiro.

A situação encontrada na CSC é a de que entre o pessoal auxiliar, o atendente representa 63,0%, pessoal este sem preparo prévio formal e muitas vezes, sem nenhum treinamento. ROCHA, 1985, estudando a puericultura nos CSs da SES, retoma esta discussão, considerando que o preparo do pessoal auxiliar foi transferido do Setor Educação para o Setor Saúde limitando-se atualmente a um treinamento sumário que dura entre 15 e 20 dias.

BASTOS, N.C. Brito. Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública 1942-1965. Rio de Janeiro. F.SESP, 1966. 240 p. (p. 48).

ALVIN, Emengarda de Faria. Quinze anos de enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública. *Rev. Bras. Enf.*, 11(2):143-159, 1959. América Latina. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 60(6):469-485, jun. 1966. (p. 483).

KESIC, Branko. Adiestramiento y empleo de personal auxiliar de salud publica en America Latina. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 60 (6):469-485, jun. 1966.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SALUD. ENFERMERIA DE SALUD PÚBLICA. *Cron. Org. Mund. Salud.*, Ginebra. 15(3):1, 124p., 1961. (p. 93).

ROCHA, Semiramis M.M. A puericultura e a enfermagem no Estado de São Paulo; op. cit. p. 118.

Históricamente o fato se reproduz. CASTRO, 1958, estudando os serviços de higiene infantil em São Paulo, Capital, verificou que a grande maioria dos Postos de Puericultura contava com: um médico, um a tendente e um servente. TEIXEIRA, 1965, constatou que o atendente esta va presente em quase 90% dos órgãos da SES e Assistência Social de São Paulo. Quanto à sua escolaridade, exigia-se tão somente o curso primário completo ou mesmo incompleto.

A questão da escolaridade dos auxiliares não é fato isolado da SES mas é comum à força de trabalho em saúde no Brasil. NOGUEIRA, 1986, classificou-os como de baixo nível, justificando com os seguintes dados: "em 1980, 47% deles não detinha sequer o primeiro grau; so mente 20,6% apresentavam o segundo grau completo e 22,2% o primeiro grau."

Se os países com melhores condições sócio-econômicas utili zam pessoal auxiliar para realizar tarefas mais simples complementando o trabalho do profissional, a situação que se vive nos serviços da CSC é a desse pessoal realizando desde as tarefas mais simples de enferma gem, até as mais complexas. Eles não são utilizados somente com a fina lidade de complementar as atividades do profissional, mas para desempe nhar todas as funções necessárias.

A questão do preparo e da utilização de pessoal auxiliar nos serviços de saúde não pode ser tratada e resolvida de uma forma padroni zada no país como um todo, pela própria diversidade que as suas regiões apresentam. Há que se exigir a adoção de métodos que se ajustem às ne cessidades e possibilidades regionais. O problema deve ser solucionado como parte de um plano nacional de saúde. Convém que a substituição do profissional por auxiliares de serviço de Saúde seja medida de caráter transitório, destinada a atender as necessidades excepcionais que emer gem nessa área.

Dentre as justificativas para a situação encontrada no CSC, dada a maioria de pessoal auxiliar, principalmente a dos atendentes, há o argumento que prende-se a existência de oferta grande de indivíduos de

CASTRO, Paulo de Carvalho. Contribuição para o estudo da administração dos serviços locais de higiene infantil na Capital do Estado de São Paulo. São Paulo, 1958. [Faculdade de Higiene e Saúde Pública.USP] 89 p. (p. 64).

TEIXEIRA, Maria Silvana. Utilização do pessoal auxiliar em Enfermagem de Saúde Pública. São Paulo, [Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo] 1965. 94p. Tese (Doutoramento) (p. 71).

NOGUEIRA, Roberto Passos. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Brasília. OPS, 1986. 55 p. (monografias do GAP₁) (p. 43).

baixo nível de escolaridade que demandam a esse tipo de emprego. Talvez seja o resultado das poucas oportunidades de trabalho, e o Setor Saúde tira partido desta situação, utilizando uma proporção excessiva do pessoal com pouca qualificação, remunerando-os com salários baixos. Isto reflete de qualquer modo, a realidade do mercado de trabalho do pessoal de enfermagem. Esta análise, segundo NOGUEIRA, 1983, explica-se tanto nas unidades de saúde públicas, quanto nas hospitalares, visto que em ambas está presente a ênfase na quantidade que leva a utilização abusiva de pessoal de nível elementar, sem o mínimo de preparo, como resultado das pressões da chamada racionalização administrativa ou da ânsia de lucros.

Quanto ao enfermeiro, sua situação na CSC pode ser percebida pelo baixo percentual de sua presença, 5,5%, conduzindo ao seguinte raciocínio:

- Primeiramente sabe-se que espaço profissional é preenchido pelos elementos auxiliares, que recebendo salários diferentes e com níveis de formação diversos, executam a mesma função. Esta posição foi analisada por ANGERAMI & ALMEIDA, 1983.

- Não estando o espaço ocupado pelo pessoal de enfermagem claramente definido e delimitado, pelo contrário, ele tem mostrado se acomodar a pressões externas, a composição da força de trabalho em saúde tem a particularidade de se dar às custas de um contingente de pessoal pouco qualificado e de baixa escolaridade, fenômeno que ocorre em detrimento da qualidade dos serviços prestados à população.

- Esta distribuição de enfermeiro/pessoal auxiliar de enfermagem não é exclusiva da CSC. DURAND, 1985, descreve a situação de saúde paulista nos anos 70, mostrando que houve nessa época uma "absorção de apenas 1 400 enfermeiros diplomados para nada menos de 46 000 sem diploma." Esta situação, segundo o autor, evidencia o aumento no descompasso entre a formação e absorção do enfermeiro.

A proporção enfermeiro/pessoal auxiliar para os DRS da CSC foi de 1/17,5.

A caracterização do enfermeiro na força de trabalho de enfermagem no DRS₆, objeto desta pesquisa, passa a ser discutida e analisada a partir da TABELA 2.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força do trabalho em saúde de R. *Adm. Publ.*, Rio de Janeiro, 17(3):61-70, jul/set. 1983.(p. 66).

ANGERAMI, Emília L.S. & ALMEIDA, Maria Cecília P. O enfermeiro no seu "espço". *Educ. Med. Salud.* 10(20):150-61, 1983.(p. 152).

DURAND, José Carlos. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cadernos FUNDAP.* São Paulo, 5(10):4-23, julho, 1985 (p. 15 e 17).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS DO SETOR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO OS DISTRITOS SANITÁRIOS E CARGO QUE OCUPAM. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

SEDE DE DISTRITO SANITÁRIO	NÚMERO DE MUNICI- PIOS	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE	E N F E R M E I R A S *			PESSOAL AUXILIAR		T O T A L	
			INSPETOR	DISTRITAL	CENTRO DE SAÚDE	VISITADOR SANITÁRIO	ATENDENTES		
								Nº	%
RIBEIRÃO PRETO	12	18**	2	2	13	40	75	132	26,0
ARARAQUARA	12	13	-	1	4	29	48	82	16,0
BATATAIS	7	7	-	1	2	14	25	42	8,5
FRANCA	10	11	-	1	3	27	48	79	15,5
JABOTICABAL	7	7	-	1	1	25	41	68	13,5
ITUVERAVA	5	5	-	-	1	12	21	34	6,5
SÃO CARLOS	6	6	-	1	1	20	29	51	10,0
SÃO JOAQUIM DA BARRA	4	4	-	1	-	4	15	20	4,0
T O T A L	Nº 63	71	2 0,5	8 1,5	25 5,0	171 33,5	302 59,5	508	100,0

FONTE: SEÇÃO PESSOAL DO DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO

* FORAM INCLUIDAS 2 ENFERMEIRAS QUE SÃO CONTRATADAS PELA PREFEITURA: 1 EM SANTA LÚCIA E UMA ESTAGIÁRIA EM PONTAL e 2 ENFERMEIRAS DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO PAULO - USP

** OFICIALMENTE APARECEM 15 UNIDADES, MAS HÁ 3 SUBCENTROS QUE FUNCIONAM NA CIDADE EM BAIRROS DIFERENTES E FAZEM PARTE DA SEDE.

Nesta TABELA 2, encontra-se o quadro geral do pessoal de enfermagem do DRS₆ em seus diferentes cargos, distribuídos pelos seus 8 Distritos Sanitários. A região é formada por 63 municípios que dispõem de 71 Centros de Saúde.

O quadro de pessoal de enfermagem totaliza 508 pessoas. Desse total, 473 formam o pessoal auxiliar, (93,0%), sendo 171 visitantes sanitários, (33,6%), e 302 atendentes, (59,5%), e apenas 35 enfermeiras, (7%). Estas enfermeiras se distribuem em quatro níveis funcionais: enfermeira inspetora (2), distrital (8), chefe ou com encarregatura (15) e a de CS (10).

A FIGURA 3 mostra o DRS₆ com seus oito Distritos Sanitários (DS) e os 63 municípios que o formam. Nesse mapa, as rodovias assinaladas têm seu km zero na cidade de Ribeirão Preto e guardam as seguintes distâncias: Batatais 38 km, Franca 84 km, São Joaquim da Barra 92 km, Iltuverava 121 km, Jaboticabal 38 km, Araraquara 84 km, São Carlos 98 km. Ribeirão Preto é também sede de DS. São variadas as distâncias entre as sedes dos Distritos e seus municípios.

Considerando-se a relação de distância entre a sede do DRS₆ e municípios, há cidades que distam até 157 km, como no caso de Igarapava.

Dispondo o DRS₆ de 35 enfermeiras, caberia às duas enfermeiras inspetoras u'a média de 31,5 municípios para cada uma e para as distritais quase 8 municípios. Cabe à primeira categoria, entre outras funções, a de inspecionar, supervisionar e avaliar em nível local a aplicação de normas técnicas e desenvolvimento de programas de trabalho, bem como motivar e orientar as chefias e o pessoal. Às distritais, entre outras funções, cabe a de participar de planejamento de programas, supervisão das atividades desenvolvidas pelos CSs, participar de treinamento de pessoal e assessorar a Diretoria do Distrito Sanitário. Estas atividades implicam no deslocamento do profissional em viagens pela região. Na FIGURA 3 pode-se observar as distâncias que esses profissionais têm que percorrer, para desempenho de suas funções.

As inspetoras por exemplo, podem percorrer de zero km, cidade de Ribeirão Preto, até 157 km, considerando que a visita destina-se a uma única cidade. Para as distritais, as quilometragens variam entre os diversos municípios de sua sede. Por exemplo as de Ribeirão Preto podem fazer de zero a 73 km, as de Araraquara de zero até 134 km, para apenas uma visita. Nesses exemplos só se considerou o percurso de ida.

As grandes distâncias, somadas à exatidão de recursos (via tura, motorista e combustível), dificultam o esforço do profissional em desempenhar o seu trabalho, criando obstáculos de difícil solução.

Observando-se o número de unidades, estas são 71, portanto mais que o número de municípios (há cidades com mais de um CS).

Sendo 25 as enfermeiras que trabalham em CSs independentes de chefia e/ou encarregatura, e relacionando-as com as 71 unidades, temos a proporção de 2,8 CSs por enfermeira. Se forem considerados os municípios, 63, manter-se-á o mesmo nível de proporção: 2,5. Esta distribuição geográfica e numérica das enfermeiras no DRS₆ mostra-se insuficiente, para cobrir a área e a respectiva população, deixando a descoberto parte de seus habitantes, comprometendo a assistência à Saúde e aumentando prováveis riscos aos pacientes, famílias e comunidade.

Quanto ao pessoal de enfermagem, a situação encontrada para o DRS₆ reproduz a situação da CSC, apresentada na TABELA 1. Mantém-se grande a frequência de pessoal auxiliar, 93,0%, para apenas 7,0% de enfermeiros.

Verifica-se, pois, que o número de enfermeiras é absolutamente insuficiente para as necessidades da população. Esta condição não é isolada, reflete a realidade do país.

NOGUEIRA, 1985, analisa esta tendência para o Brasil e mostra que os enfermeiros constituem a categoria que mais cresceu no período de 1970 a 1980. No entanto, a despeito do ritmo acelerado de crescimento, os enfermeiros compunham em 1980 apenas 2,5% dos profissionais da Saúde.

LOPES DE LA PEÑA, 1971, estudando a enfermeira de Saúde Pública, diz que as tentativas de restrição das despesas dos serviços de enfermagem, por parte dos órgãos de Saúde não mantendo profissionais em número adequado, acarretam despesas maiores, quer pelo mau funcionamen

NOGUEIRA, Roberto Passos. A política de saúde e a formação de recursos humanos. In SEMINÁRIO DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO. *Anais*. Ribeirão Preto, EERP/USP, 1985. p. 1-12 (p. 1).

LOPES DE LA PEÑA, Juana. A enfermeira de Saúde Pública; contribuição ao estudo de suas funções. São Paulo. 1971. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública. USP.] 102 p. (p. 93).

to dos serviços de enfermagem com atendimento de baixo padrão, e insatisfação dos próprios funcionários, quer pela má conservação dos equipamentos e material.

Num estudo recente realizado pelo COFEN/ABEn, 1985, no Brasil, encontrou-se a seguinte composição da força de trabalho em enfermagem: 91,5% pessoal auxiliar e 8,5% enfermeiros.

Estes autores acima citados chamam ainda a atenção para o fato de que tais recursos, quando alocados se distribuem 70,4% em hospitais e apenas 27,9% nas instituições para-hospitalares e encontrando-se os demais em estabelecimento de ensino (1,4%), nível central (0,2%) e em clínicas de enfermagem independente (0,5%).

A proporção de enfermeira/pessoal auxiliar encontrada no Brasil para Centros de Saúde, foi de 1 enfermeira para 8,2 auxiliares e nos Postos de Saúde, 1 enfermeira para 29,3 auxiliares (COFEN/ABEn, 1985). Segundo dados levantados por MATOS, 1978, nas Secretarias Estaduais de Saúde do país, verifica-se haver 1 enfermeira para 17,5 pessoal auxiliar, na Região Sul. Na CSC a proporção encontrada é a mesma, isto é, 1 para 17,5 (TABELA 1). Para o DRS₆, fica a proporção de 1 enfermeira/13,5 pessoal auxiliar.

Fica, portanto, demonstrado que todas essas relações encontradas demonstram insuficiência numérica de enfermeiros, pois, segundo foi recomendado no Seminário de Enfermagem em Garanhuns - PE, 1967, para a Saúde pública, a relação ideal enfermeira/pessoal auxiliar é de 1 para 4 (COFEN/ABEn, 1985).

A rede de unidades do DRS₆ compõe-se de 5 CSs₁, 24 CSs₂, 38 CSs₃ e 4 CSs Escolas e a alocação das 25 enfermeiras nessas unidades fica restrita a 11 enfermeiras em CSs₁, 8 em CSs₂ e 6 em CSs Escolas. Embora a legislação preveja enfermeiro para os CSs₂, há unidades em que esse cargo não foi preenchido.

Os CSs₃ não contam com esse profissional de enfermagem, o que torna a situação agravada pois estas unidades se localizam onde a população geralmente não dispõe de outros recursos médico-sanitários, e o atendimento do CS₃ é mantido por pessoal auxiliar, nem sempre contando com médico em horário integral.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde, op. cit., p. 35.

MATOS, Adalgisa Vieira. A enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde, op. cit., p. 13.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde, op. cit., p. 36.

Ha que se considerar que, parte desse pessoal auxiliar, além de não possuir formação básica específica nem todos foram devidamente treinados.

A TABELA 3 mostra os profissionais médicos e enfermeiros que compõem a rede de serviço do DRS₆.

Do total de 321 profissionais, 296 são médicos, (89,0%) e 35 são enfermeiras (11,0%). Na distribuição de cargos a proporção é a seguinte: dos 9 cargos de inspetores, 7 são ocupados por médicos e 2 por enfermeiras. No caso dos Distritos Sanitários (DS), dos 20 cargos existentes, 12 são de médicos e 8 de enfermeiras. A nível de Centro de Saúde (CS) os médicos ocupam 267 cargos que correspondem a 91,5% e as enfermeiras apenas 25 cargos (8,5%).

Como foi visto, nesse Departamento Regional de Saúde há vários profissionais e ocupacionais, sendo o principal elemento o médico. "Esta condição lhe assegura a hegemonia do controle técnico e operacional do cuidado ao paciente, mediante prescrição de atos que são executados por outros profissionais de menor qualificação" SANTOS & VIEIRA, 1979.

No DRS₆ é evidente a hegemonia do médico. Esta influência de grande prestígio de algumas profissões, como da medicina, é vista por CARVALHO, 1975, como fator que determina aumento de vagas e de auxílios financeiros a essas escolas, pela maior demanda de candidatos, em prejuízo das demais da área da saúde, gerando desequilíbrio na formação de recursos humanos nessa área.

Por outro lado, como já foi visto há em toda CSC a predominância de pessoal auxiliar despreparado, (atendentes e visitantes). Esta situação mostra uma polarização de pessoal auxiliar de um lado e de outro uma presença maciça da categoria mais qualificada - os médicos. Esta força de trabalho assim distribuída e utilizada, não está levando em conta a qualidade dos serviços finais prestados à população. Há um grande espaço entre a prescrição médica e o cuidado direto ao paciente.

No que concerne às atividades médicas não se discutirá o fato do atendimento satisfazer ou não as necessidades de saúde da população do DRS₆, o que não se objetiva no momento, o que se sabe, através

SANTOS, Isabel dos & VIEIRA, Cesar Augusto de Barros. Análise crítica da prática atual da enfermagem no país. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, ag. 5-11, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979, p. 85-89 (p. 88).

CARVALHO, Amália C. Recursos humanos em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* Rio de Janeiro, 28:72-87, 1975 (p. 71).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS, SEGUNDO CARGOS QUE OCUPAM E CIDA
DES SEDES DE DISTRITO SANITÁRIO, DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

CIDADE SEDE DE DISTRITO	C A R G O S															T O T A L				
	I N S P E T O R					D I S T R I T O					C E N T R O D E S A U D E									
	MÉDICO		ENFERMEIRA		TOTAL	MÉDICO		ENFERMEIRA		TOTAL	MÉDICO		ENFERMEIRA		TOTAL	MÉDICO		ENFERMEIRA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
RIBEIRÃO PRETO	7	78,0	2	22,0	9	1	33,5	2	66,5	3	84	87,0	13	13,0	97	92	84,0	17	16,0	109
ARARAQUARA*	-	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	4	36	90,0	4	10,0	40	39	88,5	5	11,5	44
BATATAIS	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	24	92,5	2	7,5	26	25	89,0	3	11,0	28
FRANCA	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	33	91,5	3	8,5	36	34	89,5	4	10,5	38
JABOTICABAL	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	26	96,0	1	4,0	27	27	93,0	2	7,0	29
ITUVERAVA	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	17	94,5	1	5,5	18	18	95,0	1	5,0	19
SÃO CARLOS	-	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	4	32	97,0	1	3,0	33	35	94,5	2	5,5	37
SÃO JOAQUIM DA BARRA	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	15	100,0	-	-	15	16	94,0	1	6,0	17
T O T A L	7	78,0	2	22,0	9	12	60,0	8	40,0	20	267	91,5	25	8,5	292	286	89,0	35	11,0	321

FONTE: Seção de pessoal do DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO

*Foram incluídas 2 enfermeiras e 16 médicos do Serviço Especial de Saúde (SESA) da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - USP.

das anotações de PRADO, 1985, é que a proporção de médicos por habitantes no Estado de São Paulo em 1970, era de 7,1 médicos/10 mil habitantes e em 1980 era de 10,9 médicos/10 mil habitantes. Segundo as metas propostas pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPS,1973), o que se propunha a atingir em 1983 era a proporção de 8 médicos por 10 mil habitantes. Apesar dos cuidados que se deva ter na utilização de padrões internacionais, dadas as realidades sociais, econômicas e culturais diferentes o fato a assinalar é que o Estado de São Paulo ultrapassou em 1980 a meta que deveria ser atingida em 1983, quanto à proporção médico/habitante.

A relação médico/enfermeiro, segundo documento do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Departamento de Assuntos Universitários (DAU) (s.d.) era em 1975, no Brasil de 1 enfermeiro/6,7 médicos, quando nos países desenvolvidos, a situação era inversa, isto é, havia 6 enfermeiros para 1 médico.

A proporção em 1980, segundo o IBGE, para o Brasil era de 1 enfermeiro/8,5 médicos e para o Estado de São Paulo 1 enfermeiro/10 médicos. No DRS₆ foi encontrado para 1985 a relação 1 enfermeira/8,5 médicos.

Ainda que alguns autores indiquem como relação postulada internacionalmente, a distribuição de 3 enfermeiros por médico, entre eles DURAND, 1985, o que se observa é que mesmo nesse nível a distribuição do DRS₆ é inversa à esperada e se for considerada a relação somente para os Centros de Saúde, obtém-se para 1 enfermeira/10,6 médicos.

PRADO, Niobe. Profissões de saúde: profissão de mulher? *Cadernos FUNDAPE*. São Paulo: 5(10):44-56, julho. 1985.

ORGANIZATION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Plan Decenal de Salud para las Americas*. Washington. OPS. 1973 (Doc. Oficial 118). 71 p. (p. 71).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. *Desenvolvimento do ensino superior em Enfermagem no Brasil*. Brasília, s.d., 118 p. (p. 89).

FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico, mão-de-obra-Brasil. In IX RECENSEAMENTO GERAL DO BRASIL-1980. Rio de Janeiro, IBGE, 1983. Vol. 1, tomo 5, nº 1, 243 p. (p. 68).

_____. São Paulo. In IX RECENSEAMENTO GERAL DO BRASIL-1980. Rio de Janeiro. IBGE. 1983. Vol. 1, tomo 5, nº 19, 357p. (p. 68).

DURAND, José Carlos. Profissões de saúde em São Paulo: op. cit. p. 15 e 17.

Na TABELA 4 encontra-se a distribuição das enfermeiras segundo o cargo e o número de habitantes por Distritos Sanitários. Mas considerando que as enfermeiras inspetoras e distritais não prestam assistência de enfermagem, a relação enfermeira e população será feita com as enfermeiras de CSs.

Ora sendo a população estimada em 1 753 485 habitantes e as enfermeiras de CS, 25, a proporção é de 1 enfermeira/70 139 habitantes.

Em 1960 a OPAS preconiza para a Saúde Pública:

- . 1 enfermeira de Saúde Pública por 50 mil habitantes — 0,2 por 10 mil
- . 1 enfermeira diplomada adicional por 10 mil habitantes — 1,0 p/10 mil
- . 5 pessoal auxiliar por 10 mil habitantes ————— 5,0 por 10 mil.

Nessa base, seriam necessários, para os Serviços de Saúde, 6,2 por 10 mil habitantes.

No ano de 1972, na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, foi reconhecida a escassez desse pessoal, (a relação era 2,3 enfermeiros/10 mil habitantes) e se recomendou para a América Latina a relação 4,5 enfermeiras/10 mil habitantes, o que implicaria a capacitação de, aproximadamente, 125 mil enfermeiros, com um aumento de 184% de cargos para enfermeiro.

O trabalho do COFEN/ABEn, 1985, relacionado aos enfermeiros de Saúde Pública identificou, na realidade nacional a proporção de 0,09 enfermeiros/10 mil habitantes (1 enfermeiro/110 mil habitantes).

A inquietação com a desigualdade da proporção enfermeiro/população está em inúmeros trabalhos como: OPS, 1976; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1974; MEC/DAU, (s.d.); LORENZETTI, 1982; PRADO, 1985. Este último encon

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A saúde na América e a Organização Panamericana da Saúde. Washington, maio, 1960, 112 p. (p. 88).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Recursos humanos para la salud - Recomendaciones y meta del Plan Decenal de Salud para las Americas, 1971-1980. *Educ. Med. Salud.*, 7(3-4):421-435, 1973 (p. 427 e 435).

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil. op. cit., p. 45.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Washington, OPS, 1976 (publ. cont. 332), 19p. (p. 3)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inst. Pres. Castello Branco/FIOCRUZ. Grupo de trabalho sobre recursos humanos para a saúde. (Relatório). Rio de Janeiro, nov. 1974, 39 p. (mimeog.) (p. 9).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Desenvolvimento do ensino superior em enfermagem no Brasil. Op. cit. p.

LORENZETTI, Jorge. Caracterização da força de trabalho da Enfermagem.. op. cit., p. 2.

PRADO, Níobe. Profissões de saúde: profissão de mulher? op. cit. p. 50.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS SEGUNDO O CARGO, E O NÚMERO DE HABITANTES POR ENFERMEIRA, SEGUNDO OS DISTRITOS SANITÁRIOS A QUE PERTENCEM. DRS₆-RIBEIRÃO PRETO, 1985.

SEDES DE DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA POR DISTRITO EM 1985	NÚMERO DE ENFERMEIRAS			NÚMERO DE HABITANTES POR ENFERMEIRA		
		INSPETORA	DISTRITAL	CENTRO DE SAÚDE	INSPETORA	DISTRITAL	CENTRO DE SAÚDE
RIBEIRÃO PRETO	564 214	2	2	13	282 107	282 107	43 401
ARARAQUARA	324 471	-	1	4	162 235	324 471	81 117
BATATAIS	114 817	-	1	2	57 408	114 817	57 408
FRANCA	233 960	-	1	3	116 980	233 960	77 986
JABOTICABAL	162 851	-	1	1	81 425	162 851	162 568
ITUVERAVA	66 598	-	-	1	33 299	66 598	66 598
SÃO CARLOS	214 496	-	1	1	107 248	214 496	214 496
S.JOAQUIM DA BARRA	72 077	-	1	-	36 038	72 077	72 077
T O T A L	1 753 485	2	8	25	876 742	219 185	70 139

FONTE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - (SEADE) - (População estimada para 1985)

trou para o Brasil em 1980 a proporção de 1,1 enfermeiro/10 mil habitantes. CARVALHO, 1975, refere-se a Portaria Ministerial 132/66 que instituiu a Comissão de Especialistas de Ensino em Enfermagem* (suprimida em 1967) encarregada de elaborar o "Plano Decenal para o desenvolvimento em Enfermagem" o qual não chegou a ser considerado. Nela havia uma estimativa para 1976, cabendo às unidades sanitárias 13 200 enfermeiros.

Fundamentados nas recomendações de que estabelece a distribuição enfermeiro/população pode-se observar que esta situação no DRS₆ não está dentro da proporção recomendada.

Importa ainda que se considerem duas situações que estão imbricadas a esses achados: uma é que a distribuição é teórica e outra é que todo o raciocínio feito em todas as tabelas, e em particular a TABELA 4, partiu da premissa de que sejam 25 enfermeiras em efetivo exercício nos CS, o que não corresponde à realidade. Sucede que ao se fazer o cálculo de pessoal, segundo DUTRA, 1983, "acrescenta-se 30% do total de pessoal, para substituição de licença, férias, faltas ou dias não trabalhados."

Vale assinalar que ao considerar mais essas "eventualidades", a situação torna-se complexa, devendo-se ainda considerar a densidade demográfica, a complexidade dos serviços e as necessidades da população a ser atendida.

A observação feita nos serviços de saúde a que se tem acesso, somado aos trabalhos e pesquisas sobre a prática da enfermagem, mostra que há indícios de desemprego e subemprego do enfermeiro. Um desses trabalhos, feito pelo COFEN/ABEn, 1985, descreve a absorção dos egressos de Escolas de Enfermagem, que no início do ano de 1970 possivelmente atingia 100%, passando nos últimos três anos**, a 65%. Esta situação assume proporções graves, quando se considera o deficit real de enfermeiros, mencionados anteriormente na pirâmide ocupacional.

NOGUEIRA, 1986, estudando a oferta e demanda do enfermeiro em

CARVALHO, Amália C. Recursos humanos em enfermagem. op. cit. p. 73.

DUTRA, Vanderli De Oliveira. Recursos Humanos. In GONÇALVES, Ernesto Lima, coord. O Hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo, Pioneira, 1983. p. 67-114 (p. 105).

COFEN/ABEn. Direito à saúde e direito à assistência de enfermagem. Brasília. COFEN/ABEn, 1986. 18p. (p. 12).

NOGUEIRA - Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. op. cit. p. 15.

* Integravam essa comissão, as enfermeiras: Waleska Paixão, Maria Rosa S. Pinheiro, Circe de Mello Ribeiro, Isaura Barbosa Lima e Haydée Guanaís Dourado.

** Refere-se ao trabalho COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de saúde no Brasil.

tre 1977 e 1983, encontrou nessa série histórica a existência de 23 033 formados para 7 629 empregos. Essa diferença (entre os números de formados e empregos criados), é de tal magnitude (3 enfermeiros/1 emprego) que permite caracterizar uma escassa capacidade de geração de empregos para o enfermeiro no país.

A situação do DRS₆, quanto a número de enfermeiros alocados em sua rede de serviço reflete a situação do enfermeiro no país. A situação mostra que a baixa absorção destes profissionais pelos serviços de saúde, caracteriza-se por uma condição de desemprego e subemprego, e um número reduzido desses profissionais, para atender a uma população a cima de sua capacidade.

Sendo a cidade de Ribeirão Preto, a que dispõe de maior número de enfermeiras, dentre todas as demais cidades do DRS₆, elaborou-se a TABELA 5 mostrando como elas se distribuem.

Com os desdobramentos do CS₁ e do CS Escola as unidades de Ribeirão Preto totalizam o número de 6, atendidos por 8 enfermeiras, numa relação 1,3 enfermeira/1,0 CS. Considerando a área da cidade de Ribeirão Preto (401,28 km²), cabe a cada uma, em média, 50,16 km². E considerando sua população (371 090) cabe a média de 1 enfermeira/46 386 habitantes.

Este quadro representa um desdobramento da análise e discussão da TABELA 4, reproduzindo na área urbana de Ribeirão Preto, a situação identificada para o DRS₆.

A análise das Tabelas de 1 a 5 demonstra a necessidade de adequação dos serviços e seus recursos visando a atender às exigências de uma atuação eficiente, através de uma política nacional de recursos humanos, que exclua também a possibilidade de se marginalizarem grupos profissionais com menor poder de influência.

Entende-se que as mudanças devam decorrer de propostas políticas, com estratégias que levem a uma nova prática e mudanças nos serviços, resultantes de modificações, tanto na formação, como na utilização dos recursos humanos. Não se deve negar a oportunidade de entendimento, que deve permear essas decisões, entre os órgãos formadores e os de serviço, chegando-se a um consenso entre formação e utilização de pessoal de enfermagem.

Existe atualmente uma política mas que se mostra inadequada para atender às necessidades da Saúde do país. Impõem-se, portanto, mudanças. Estas mudanças, segundo o entendimento de MACEDO, 1979, "condu

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS COM EXERCÍCIO NOS CENTROS DE SAÚDE DA ÁREA URBANA DE RIBEIRÃO PRETO, SEGUNDO A MÉDIA DE Km² POR ENFERMEIRA E O NÚMERO DE HABITANTES POR ENFERMEIRA, DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

CENTROS DE SAÚDE	ÁREA TOTAL EM Km ²	POPULAÇÃO ESTIMADA DOS CENTROS DE SAÚDE	NÚMERO DE ENFERMEIRAS	MÉDIA DE Km ² POR ENFERMEIRA	NÚMERO DE HABITANTES POR ENFERMEIRA
CENTRO DE SAÚDE I *	300,83	239 595	3	100,27	79 865
CENTRO DE SAÚDE II** (C.S.ESCOLA)	61,12	103 925	4	15,28	25 981
CENTRO DE SAÚDE II (VILA VIRGINIA)	39,33	27 570	1	39,33	27 570
T O T A L	401,28	371 090	8	50,16	46 386

FONTE: Coordenadoria Geral de Planejamento da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, maio de 1985.

Fundação do Sistema Estadual de análise de Dados (SEADE). Estimativa da população para 1985.

*CS₁ - tem outro subcentro no mesmo bairro

**CS₂ - Escola - tem mais 2 subcentros, dentro de sua área. Totalizam portanto 6 unidades na cidade de Ribeirão Preto.

zem ao processo de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde e compreende a determinação dos serviços adequados ao seu atendimento e da organização e funcionamento dos sistemas para sua prestação - aspectos centrais da Política de Saúde Global."

ALCANTARA, 1969, já concluía, após a análise da situação da enfermagem, que havia necessidade da formulação de uma política para o desenvolvimento dos recursos humanos, visando a melhor utilização do pessoal disponível e dos recursos financeiros para a formação de novos profissionais, e em 1985, o COFEN/ABEn confirma essa mesma necessidade de que o êxito da mudança depende de uma política efetiva dos recursos humanos para a saúde.

Dada a especificidade de seu trabalho, considera-se essencial que a enfermagem desenvolva uma consciência sobre o problema global, estimulando o desejo coletivo de resolvê-lo. Deve-se aproveitar a oportunidade para ir à busca de soluções dentro de uma determinação objetiva com a união da categoria profissional, para que esta seja contemplada com uma política de recursos humanos que atenda as reais necessidades da sua prática e da saúde da população. Possa esta política levar a uma valorização do profissional de enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia dos serviços. Para tanto são recomendáveis duas premissas: primeiro a definição de uma Política de Saúde, de acordo com a necessidade da população e segundo que haja uma Política de Recursos Humanos que esteja de acordo com a Política de Saúde.

Em 1986 essa questão ganha foro na 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, quando um de seus temas pós-conferência privilegia a discussão do assunto, na CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS o que demonstra o reconhecimento e o interesse dos poderes públicos para o problema.

A TABELA 6 distribui as enfermeiras do DRS₆, segundo grupo etário, estado civil e sexo. A totalidade dessa categoria é feminina, com predomínio do grupo etário de 20 a 30 anos; (40,0%) e de casadas (51,5%).

Esse achado do DRS₆ confirma a característica existente na enfermagem, ligada ao sexo, evidenciada pela maioria expressiva do contingente feminino dentro dessa categoria profissional e ocupacional. Is

ALCANTARA, Glete. O pessoal de enfermagem necessário em face da realidade Sócio-Econômica do Brasil. Ribeirão Preto, 1969, 19 p. (mimeog.) (p. 17).

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil. op. cit. p. 30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8a. Conferência Nacional de Saúde, op. cit. p. 11.

_____. Conferência Nacional de Recursos Humanos, op. cit. p. 20.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS 35 ENFERMEIRAS* SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E ESTADO CIVIL DO DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

GRUPO ETÁRIO	E S T A D O C I V I L				T O T A L	
	SOLTEIRA	CASADA OU OUTRA FORMA DE UNIÃO	VIÚVA	SEPARADA, DESQUITADA, DIVORCIADA	Nº	%
20 — 30	6	8	-	-	14	40,0
30 — 40	1	7	-	2	10	28,5
40 — 50	1	3	1	1	6	17,0
50 — 60	3	-	-	-	3	8,5
60 e mais	-	-	2	-	2	6,0
TOTAL	Nº 11	18	3	3	35	100,0
	% 31,5	51,5	8,5	8,5		

* Todas as enfermeiras são do sexo feminino

so não é fato novo. Já em 1966, ALCÂNTARA a caracterizou, segundo as concepções existentes na época e pela predominância quantitativa de mulheres na área, como "uma ocupação feminina".

Essa predominância do sexo feminino no DRS₆ e na enfermagem em geral mostra que o grande contingente ativo feminino está nos níveis de menor qualificação, principalmente os auxiliares e atendentes. O que se tem observado na área da Saúde, de um modo geral, é que os cargos de nível superior de qualificação têm sido preenchidos por indivíduos da parcela masculina.

Analisando a inserção da enfermagem nas instituições de saúde, OLIVEIRA, 1981, considera que apesar da mulher constituir mais de 50% da população brasileira, sua participação é pouco expressiva, condicionada por fatores culturais que concorrem para reter a mulher no lar, e atitude autoritária em relação à mulher, cuja origem pode ser encontrada nos esquemas de dominação que caracterizam o sistema patriarcal tradicional brasileiro.

ALCÂNTARA, Glete. A enfermagem moderna como categoria profissional. op. cit. p. 31.

OLIVEIRA, Maria Ivete R. Saúde para todos e a inserção da enfermagem nas Instituições de Saúde. *Rev. Paul. Enf.* São Paulo 1: 23-27, jul / ag. 1981. p. 24.

Esta análise da enfermagem, como profissão exercida por mulheres, tem sido evidenciada por outros autores, entre eles MATOS, 1980 e OLIVEIRA, 1977, como um fator importante a ser considerado, pois parece estar associado a condicionamentos e limitações impostas à mulher. Para OLIVEIRA, 1977, este fator é identificado como responsável pelas dificuldades de relacionamento da enfermagem com as demais profissões, ligado, portanto, ao caráter feminino, atribuído à profissão e aos reflexos da posição da mulher na força de trabalho.

SILVA, 1979, considera que "um ponto sobressai nessa análise: a *discriminação*, velada ou aberta, em maior ou menor grau, que historicamente, tem pesado sobre os ombros de mulheres e enfermeiras."

Outra situação a que estão expostas as enfermeiras do DRS₆, é o cumprimento de sua função biológica, como reprodutoras e responsáveis pelos filhos, o que as leva ao afastamento do seu trabalho profissional, sobretudo aquelas na faixa etária de maior comprometimento com os papéis de dona-de-casa e da maternidade. Estas percorrem o chamado "trilho duplo", isto é, cuidam do lar, dos filhos e do emprego. Sua permanência no trabalho é interrompida pelos eventuais novos nascimentos ou inter-ocorrências relacionadas aos filhos e ao lar. Esses fatores diminuem o período de tempo de atividade profissional.

Um dado importante ligado à condição feminina, é oferecido por JOHNSON & SCHULZ, 1979. Diz ele que "a vida útil de trabalho de um enfermeiro é de cerca de 20 anos, ou seja menos da metade da vida útil da força de trabalho em geral." MENDES, 1985, num estudo feito com pro

MATOS, Adalgisa Vieira. Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, jun. 1-7, *Anais*. Brasília, ABEn, 1980, p. 85-104 (p. 89).

OLIVEIRA, Maria Ivete R. Relações da enfermagem com as demais carreiras universitárias. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, 1977. *Anais*. Brasília, ABEn, 1977, p. 59-63 (p. 60).

SILVA, Graciete Borges. Desenvolvimento da enfermagem. Correlação dos problemas da profissão e da mulher na sociedade. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, ag. 5-11, 1979, *Anais*, Brasília, ABEn, 1979, p. 27-32 (p. 32).

JOHNSON, Alton C. & SCHULZ, Rochweel. A administração de hospitais. São Paulo, Pioneira, 1979, 345 p. (p. 112).

MENDES, Dulce. Assistência ao cliente versus administração dos serviços de enfermagem - a ambigüidade funcional da enfermeira. São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP] 138 p.

fissionais de enfermagem concluiu que, a partir do seu ingresso ela tem aproximadamente 10 anos de tempo como força de trabalho economicamente ativa.

Ao se considerar as enfermeiras do DRS₆ por faixa etária, nota-se que foi maior a presença daquelas entre 20 e 30 anos, (média de 25 anos). Estes resultados coincidem com os de HAGA, 1986. Este autor ao estudar a participação da mulher no mercado de trabalho na Grande São Paulo, encontrou 55% pertencentes à faixa etária de 15 a 39 anos. A partir dos 40 anos, e, especialmente a partir dos 50, a participação da mulher decresce de forma significativa.

A situação nacional da enfermagem, quanto à idade foi evidenciada como força de trabalho predominantemente jovem e a categoria vem passando por um processo de rejuvenescimento nos anos recentes; houve também um aumento na proporção de enfermeiras casadas em atividade e a hegemonia feminina continua presente na enfermagem. São os resultados do trabalho COFEN/ABEn, 1985.

Não há dúvida de que o processo de modernização e desenvolvimento da sociedade vem alterando este panorama. Poder-se-ia citar a tendência à redução do número de filhos (e da redução do tamanho médio da família), a maior escolarização da mulher e sua expectativa de realização profissional. Estes fatores possibilitam a mulher participar do mercado de trabalho. Mas convém, todavia, lembrar que essa tendência ainda não se tornou de todo equilibrada e igualitária o quanto se deseja na participação da mulher nesse mercado.

O nível de formação atual das enfermeiras do DRS₆ é mostrado na TABELA 7. Esta revela que em sua maioria, 77,5%, possuem Habilitação em Enfermagem; destas 25 são habilitadas em enfermagem de saúde pública, 68,6%, no entanto há 22,5% do total sem habilitação.

As enfermeiras informaram também terem feito curso de especialização (45,4%) em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar, Enfermagem Psiquiátrica, Psicodrama e Pedagogia Aplicada à Enfermagem, com frequência relativa de 8,6% para os três primeiros e 2,8% para os demais.

A predominância de enfermeiras com habilitação em Enfermagem

HAGA, Atsuko. A participação atual da mulher no mercado de trabalho. *Rev. Fund. SEAD/São Paulo em perspectiva*. São Paulo. 2 (1): 5-16, jan/abr., 1986.(p. 6).

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil, op. cit.. p. 61.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS SEGUNDO A ESCOLA QUE FEZ O CURSO.,
ANOS DE FORMADA E REALIZAÇÃO DE PESQUISA DRS₆, RIBEIRÃO PRETO, 1985.

A N O S DE FORMADA	R E A L I Z Ç Ã O D E P E S Q U I S A										T O T A L										
	E S C O L A Q U E S E F O R M O U																				
	S I M			N Ã O							E S C O L A Q U E S E F O R M O U										
	ESCOLA PAULISTA MEDICINA	EERP* USP	T O T A L		BAURO	PUC CAMPINAS	MADRE DEODORA	SÃO JOSE	EE-S.PAU LO**-USP	EERP USP	T O T A L		ESCOLA PAULISTA MEDICINA	EERP USP	BAURO	PUC CAMPINAS	MADRE DEODORA	SÃO JOSE	EE-S.PAU LO-USP	T O T A L	
Nº			%	Nº							%	Nº								%	
0 — 5	-	2	2	33,3	1	-	-	-	-	6	7	24,1	-	8	1	-	-	-	-	9	25,7
5 — 10	-	2	2	33,3	1	1	-	-	1	3	6	20,7	-	5	1	1	-	-	1	8	22,9
10 — 15	-	-	-	-	-	-	-	1	-	9	10	34,5	-	9	-	-	-	1	-	10	28,6
15 — 20	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3,5	-	-	-	-	-	1	-	1	2,8
20 — 25	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	10,3	-	2	-	-	-	-	1	3	8,6
25 — 30	1	1	2	33,3	-	-	1	-	1	-	2	6,9	1	1	-	-	1	-	1	4	11,4
TOTAL	1	5	6	100,0	2	1	1	2	3	20	29	100,0	1	25	2	1	1	2	3	35	100,0

* EERP-USP. ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP.

** EE- SÃO PAULO-USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO-USP.

de Saúde Pública, deve-se à estrutura do ensino e não à exigência da SES. Esta pede apenas o diploma de enfermeiro. A exceção fica para o cargo de enfermeiro de distrito, para o qual é exigida a Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.

A Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública é dominante em todo o país, apesar destes habilitados terem que se empregar em hospitais, fato decorrente da sua não absorção pelos serviços de Saúde Pública.

O atual currículo de enfermagem* oferece habilitação nas áreas de Enfermagem Obstétrica, Médico-Cirúrgica, Saúde Pública e Licenciatura. Sendo assim, o aluno pode, já no terceiro ano do curso, fazer sua opção e diplomar-se com esse título de habilitação. (MEC/CFE)

Após terminar o curso, são reduzidas as possibilidades de pós-graduação. Dentre as enfermeiras do DRS₆ não havia nenhuma realizando esse curso ("stricto sensu"). As que se titularam em pós-graduação "lato sensu" fizeram curso de especialização, aos quais elas têm mais facilidade de acesso, apesar da pouca oferta.

Os achados da pesquisa do COFEN/ABEn, 1985, mostraram que 40% dos enfermeiros da amostra cursaram especialização e as áreas mais procuradas foram as de Educação e Ensino, Administração Hospitalar e Saúde Pública. Estes dados assemelham-se aos achados deste trabalho.

Os dados da TABELA 8 revelam que as enfermeiras do DRS₆ quanto aos anos de formatura, distribuem-se entre zero e 30 anos, com predomínio do intervalo de 0 a 15 anos, 77,2%. Quanto à procedência, 25 (71,4%) são egressas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, vindo a seguir as egressas da Escola de Enfermagem de São Paulo, da USP, que são 3 (8,5%).

Quanto à realização de pesquisa, seis já participaram dessa atividade, sendo que quatro concluíram o trabalho mas nenhum foi ainda publicado; apenas uma foi autora principal, sendo que as demais co-autoras.

Esses resultados mostram que as enfermeiras do DRS₆ em atividade, em sua maioria, estão formadas há menos de 15 anos, com uma redução numérica brusca que se acentua à proporção que se distancia o tempo de graduação.

*Parecer CFE 163/72, aprovado pela Resolução CFE 4/72.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA/CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. *Currículos mínimos dos cursos de nível superior*. 2a. ed., Brasília, D.F. Departamento de Doc. e Divulg., 1975, p. 183-185.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem na Instituição de Saúde. op.cit., p. 89.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS SEGUNDO OS CURSOS DE GRADUAÇÃO REALIZADOS DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

C U R S O S	T O T A L	
	Nº	%
HABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM DE		
SAÚDE PÚBLICA	22	63,0
OBSTETRÍCIA	1	3,0
HABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM DE		
SAÚDE PÚBLICA E LICENCIATURA	3	8,5
HABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-		
CIRÚRGICA E LICENCIATURA	1	3,0
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM	3	8,5
SEM NENHUM DESSES CURSOS	5	14,0
T O T A L	35	100,0

Estudos a este respeito são mencionados por MENDES, 1982, apud Taylor et al. Estes demonstram que a "participação ativa do enfermeiro na força de trabalho sofre gradativamente, nos dez anos seguintes à sua graduação, um esvaziamento crescente, atingindo a uma redução de 60% da totalidade da força de trabalho inicial. Com o distanciamento do período de graduação, 30% do total do grupo de enfermeiros estudados retornam ao processo produtivo, alcançando, em torno do vigésimo ano de graduação, aproximadamente 70% da totalidade de profissionais que ingressaram na força de trabalho."

Esta situação pode ser explicada pela função biológica da profissional, pois o afastamento no decênio inicial coincide com o período da reprodução da mulher, retendo-a no lar, até que seja liberada para o mercado de trabalho. Entretanto, no DRS₆, há pouca possibilidade de confirmar esse retorno ao trabalho, dada a insuficiência de informa-

MENDES, Dulce de Castro. Recursos humanos na enfermagem - adequação da formação a utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, out., 24-29, 1982. *Anais*. Brasília, ABEn, 1982. p. 78-86 (p. 28).

* LOPES, 1983, relacionou as seguintes dificuldades e limitações sentidas pelos enfermeiros de serviço na realização de pesquisas: a inexistência de núcleos de pesquisa, orientadores, bibliotecas, laboratórios específicos de enfermagem, recursos humanos e materiais. Estes enfermeiros "classificaram o seu trabalho como duro, cansativo, desestimulante, instável (devido a freqüentes mudanças de horário, serviços e plantões) e acrescentaram que a falta de permissão para desenvolverem trabalho de pesquisa durante o horário de serviço contribui para que se sintam sem qualquer motivação, pois no final do expediente pouco ânimo lhes resta para tais atividades."

LOPES, Creso Machado. A produção dos enfermeiros assistenciais em relação à pesquisa em enfermagem em um município paulista. Ribeirão Preto, 1983. [Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 133 (p. 109).

ções. Isto requer outras investigações, para que os dados confirmem ou neguem esse processo e esclareçam se existem outras causas associadas ao afastamento e volta ao trabalho.

A investigação científica é um dos processos que podem assegurar a melhoria da prática profissional; pode-se dizer que é preciso movimentar-se em direção à pesquisa, com maior efetividade e eficiência do que até agora, particularmente entre os enfermeiros da área de serviços. Considera-se que a produção de pesquisa de profissionais pode permitir que seus resultados sejam revertidos à melhoria de sua prática.

No entanto os dados sobre realização de pesquisa no DRS₆ mostraram número baixo. Isto sugere algumas considerações como a que é feita por NOGUEIRA (s.d.), de que no Brasil a pesquisa em enfermagem teve seu início há 30 anos e, parece, influenciada pela evolução da própria enfermagem. É recente essa atividade entre os enfermeiros e a Enfermagem é uma profissão nova, se comparada à Medicina.

Além da falta de tradição em pesquisa na enfermagem, há outros fatores que limitam o enfermeiro; entre estes, a maioria das escolas não oferecer cursos de iniciação científica. Os enfermeiros de serviço têm dificuldade para se atualizarem, através de cursos e frequência a bibliotecas, pois não são estimulados para essa função. Estes fatos explicam o baixo percentual dessas atividades no DRS₆. Importante considerar também que ao nível dos serviços não há estímulos ou condições, a nenhum profissional, inclusive o médico para a pesquisa. Nesse processo a prática institucional dos serviços não privilegia essa atividade.

*

Há necessidade de se repensar nesta ocorrência, uma vez que se reconhece a importância dessa função. Em 1978, a OPS recomendava que o pessoal de enfermagem, inclusive o que presta cuidados diretos, deveria adotar a investigação como um instrumento para gerar conhecimentos e adequar as suas funções. O XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1985 recomendou aos enfermeiros o incremento da Educação Continuada, o ensino e a Pesquisa, e que sejam direcionados à realidade brasileira.

NOGUEIRA, Maria Jacyra C. A pesquisa em enfermagem no Brasil-Retrospectiva histórica. São Paulo. S.D., 13 p. (mimeografado) (p. 11).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La toma de posición de enfermería como una respuesta a la problemática de atención de salud en América Latina. Informe de Expertos de Ciencias de la salud. Washington, 10-12 jul. 1978. 22 p. (mimeografado) (p. 7).

DECLARAÇÃO DO XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem. *Boletim Ass. Bras. Enf.*, Brasília, 27 (4):4, out./dez. 1985. (p. 4).

ALMEIDA, Maria Cecília P.; STEAGALL-GOMES, Daisy Leslie; RUFFINO, Márcia C.; SILVA, Graciete B. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM;33, Manaus, 2-7 ag., 1981. *Anais*. Brasília, 1981. p. 119-127.

A pesquisa do pessoal de serviço é um grande recurso e RIBEIRO, 1984, a revela não só no sentido de experimentar idéias e planos novos, como também no de procurar a melhoria e atualização da prática, e ainda avaliar os resultados das decisões governamentais que mantêm a estrutura da equipe de enfermagem com distorções inaceitáveis.

Para as Escolas de Enfermagem, esses trabalhos seriam de grande importância para correções necessárias do ensino teórico e prático, e mesmo até como diretrizes para reformas na estrutura curricular. Por outro lado, se comporiam subsídios a um trabalho conjunto do pessoal de enfermagem com as chefias competentes da SES, voltada à avaliação e propostas de mudanças na assistência prestada, na estrutura do serviço e na própria profissão e sua prática.

Há duas situações a serem repensadas. Primeiro que estes trabalhos não fiquem direcionados somente aos aspectos técnico-científicos da profissão (a assistência de enfermagem), mas que se contemple a própria situação do profissional, o ensino e a saúde pública. Há carência de trabalhos nessas áreas, como já foi alertado por ALMEIDA et al. em 1981.

A divulgação de trabalhos tornou-se atualmente uma barreira séria a ser vencida pela categoria. Conseguir hoje publicação de trabalho em enfermagem é quase privilégio. No momento conta-se apenas com cinco revistas em circulação*, o que dificulta a continuidade de estudos de questões que, eventualmente tenham sido tratadas insuficientemente e com isso, afirma SANTOS, 1979, não se tem compilado o conjunto de pesquisas de enfermagem de modo a assegurar a apreensão do máximo de produção científico-cultural.

Além da baixa produção de trabalhos de pesquisa realizados pelas enfermeiras do DRS₆ (apenas 6), as 4 já concluídas não foram publicadas. Perda de esforço, tempo, dinheiro e grande prejuízo pela falta de oportunidade de divulgação, além da frustração ao esforço do profissional.

RIBEIRO, Circe de Melo. A pesquisa e a prática da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 3-6 abr. 1984. *Anais*, 1984. p. 10-26 (p. 15).

SANTOS, Isabel. Problemática da Enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL EM ENFERMAGEM, Ribeirão Preto, 20-22 nov., 1979, *Anais*, Ribeirão Preto, ABEn, 1979. p. 115-118 (p. 115).

* Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Gaucha de Enfermagem e Revista Baiana de Enfermagem.

TABELA 9 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ENFERMEIRAS SEGUNDO OUTROS CURSOS E TREINAMENTOS RECEBIDOS. DRS₆-RIBEIRÃO PRETO, 1985

CURSOS E TREINAMENTOS	T O T A L	
	Nº	%**
SIM		
31 (88,6%)		
HANSENOLOGIA	19	54,3
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	17	48,6
TISIOLOGIA	5	14,3
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS	3	8,6
PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZAÇÃO	3	8,6
OUTROS*	6	17,1
NÃO	4	11,4

* OUTROS CURSOS: Relacionamento interpessoal, epidemiologia, planejamento familiar, bioestatística e planejamento em saúde.

** Esta porcentagem foi calculada em relação ao total de 35 enfermeiras.

Na TABELA 9 estão os cursos e treinamento feitos pelas enfermeiras do DRS₆. Os dados mostram que obtiveram uma frequência maior, os cursos de Hansenologia 54,3%, Vigilância Epidemiológica 48,6% e Tisiologia 14,3%. Estes cursos fazem parte de programas específicos das CSC e nesse período enfatizava-se, principalmente a Hansenologia, curso oferecido no Hospital "Lauro de Souza Lima" de Bauru, pertencente a SES, o que facilita a oportunidade dos enfermeiros de serviço realizá-lo. Esta justificativa explica sua maior frequência no DRS₆.

A TABELA 10 distribui as enfermeiras segundo o tipo de treinamento recebido, quando de sua admissão ao serviço. Somente 17 foram treinadas, 48,5%. Destas, 10 foram supervisionadas por enfermeiro, 4 por médico e 3 por ambos.

O treinamento em serviço mostra-se de grande valor principalmente para a melhoria da prática, através do preparo dos recém-admitidos, aperfeiçoamento da prática daquele que já está em exercício e preparar o pessoal em face de mudanças que ocorrem na SES.

Embora importante, o treinamento não está sendo oferecido rotineiramente no DRS₆. Tal situação pode ser explicada pelo pequeno número de enfermeiras existentes e pela não institucionalização do processo de educação em serviço, o que resulta na existência de funcionários des

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS, SEGUNDO O TIPO DE TREINAMENTO RECEBIDO QUANDO DE SUA ADMISSÃO E O PROFISSIONAL QUE SUPERVISIONOU. DRS₆-RIBEIRÃO PRETO, 1985.

TIPO DE TREINAMENTO	Nº	%	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO		
			ENFERMEIRO	MÉDICO	MÉDICO E ENFERMEIRO
TREINAMENTO PROGRAMADO	10	59,0	7	2	1
ESTÁGIOS EM OUTROS SERVIÇOS	2	11,5	-	2	-
PRÁTICA COM ORIENTAÇÃO	5	29,5	3	-	2
T O T A L	17	48,5	10	4	3
		%	(58,8%)	(23,5%)	(17,6%)
SEM TREINAMENTO	18	51,5			
T O T A L	35	100,0			

preparados para as suas funções.

O Ministério da Saúde* em 1974 criou um grupo de trabalho, em cujo relatório final sobre Recursos Humanos para Saúde, numa de suas proposições, destacou a educação do pessoal de enfermagem de forma sistemática e obrigatória, como um dos instrumentos estratégicos para que se alcance o objetivo de manter o pessoal com sua qualificação sempre atualizada.

Outra posição é resultado da 63a. Conferência Internacional do Trabalho, sobre a Participação da Enfermagem, 1977, quando foi assinalado como alternativa "... A outra saída seria pela educação, cada categoria do pessoal de enfermagem, progredir gradualmente" (EDITORIAL, 1977).

Apesar do valor reconhecido do treinamento, das recomendações e da SES, 1976, ter regulamentado sua legislação, inclusive com unidades especiais existentes na CSC que mantêm Seções e Setores de Treinamento (Adestramento de Pessoal) à nível Central e nos Departamentos Regionais, os dados mostraram que esse treinamento não está se efetivando no DRS₆.

Outro fato conhecido, que se constitui uma grande dificuldade nas organizações públicas, é aquela lembrada por MATOS, 1982, a "descontinuidade administrativa".

Esta limitação ou quase ausência de treinamento observada entre as enfermeiras da DRS₆, além da dificuldade do profissional adaptar-se, cria tensões, insatisfação, atritos e se reverte negativamente na assistência à população.

A supervisão do treinamento, é básica. No caso das enfermeiras, somente 58,8% dos casos foi feita por outra enfermeira. Como se falou, a carência desses profissionais na rede do DRS₆ leva à quase ausência desses treinamentos e muitas vezes, quando eles são feitos, a supervisão é dividida com o médico ou somente feita por ele, o que não é recomendável, por se tratar de profissional de outra área.

A situação tende a agravar-se com a implantação de programas ligados a Assistência Primária, para a qual é necessário preparar pes

* Ministério da Saúde. Portaria 271 de 05.06.1974.

EDITORIAL. *Rev. Brasil. Enf.* 30 (3): 225-226, 1977 (p. 226).

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Departamento de Administração da Secretaria. Seleção para exercício de chefias e encarregaturas administrativas em Distritos Sanitários e Centros de Saúde. São Paulo. jun. 1976, 79 p. (p. 19).

MATOS, Ruy de Alencar. O desenvolvimento de recursos humanos na administração pública - do modelo tecnocrático ao modelo democrático. *R. Adm. Públ.*, Rio de Janeiro, 16 (3):4-24, jul./set., 1982 (p. 23).

soal. ADAMI, 1977 já manifestava a necessidade de se desenvolverem programas de treinamento e reciclagem para o pessoal de enfermagem, a fim de que este possa executar as ações de saúde com menor probabilidade de riscos à população.

Os Quadros apresentados neste trabalho foram elaborados, de acordo com as expressões que as enfermeiras utilizaram no questionário.

O QUADRO I mostra a apreciação das enfermeiras sobre a sua formação acadêmica. Quanto ao conteúdo teórico, oferecido durante o curso, 73,5% acharam suficiente e 26,5% opinaram ter sido insuficiente e estas atribuíram grande peso relativo (89,0%) à inadequação do ensino e do próprio currículo. Quanto à parte prática, 67,5% julgaram-na suficiente e 32,5% insuficiente, atribuindo a insuficiência ao ensino e currículo, (91,0%). As críticas ao currículo e ao ensino teórico-prático, ficaram centradas, dentre outras, em observações como: falta de ênfase na Saúde Pública, ensino fora da realidade, principalmente porque a prática foi em hospital, não há estímulo e apoio para pesquisa, o currículo é inadequado, estágios sem supervisão, desarticulação entre escola e campo de estágio, faltou formação de consciência crítica sobre a profissão, etc. Estas restrições ao curso feito eram esperadas, uma vez que 28,5% do grupo não tinha habilitação em enfermagem de saúde pública.

Apesar das restrições feitas pelas enfermeiras quanto ao seu próprio curso terem se mostrado em nível não "alarmentês", elas têm uma relevância significativa, por se mostrarem associadas à situação atual do ensino de enfermagem.

A crítica feita pelas enfermeiras do plano secundário em que é colocada a Saúde Pública e pelo fato da prática estar sendo feita em hospitais, não é uma observação isolada. No Brasil os serviços de Saúde e a formação de seu pessoal têm-se centrado no hospital, e a enfermagem segue essa mesma tendência, acentuando o seu preparo para a assistência hospitalar em detrimento da assistência à comunidade, onde se concentra o maior volume de necessidades a serem atendidas.

A política adotada no país privilegia o setor hospitalar privado, através do complexo previdenciário e aí se concentra o grande volume de recursos que se desloca para o atendimento individual - curativo em detrimento do coletivo - da Saúde Pública e esta postura se reproduz no ensino e preparo do pessoal da área da saúde.

A crítica das enfermeiras do DRS₆, é endossada por várias ob

ADAMI, Nilce Piva. Situação de saúde no país - implicações para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, 1977. Anais. Brasília, 1977. p. 7 a 15 (p. 13)

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS*, SEGUNDO A APRECIÇÃO FEITA SOBRE SUA FORMAÇÃO ACADEMICA.
DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

T E O R I C A				P R Á T I C A			
SUFICIENTE	INSUFICIENTE		JUSTIFICATIVA	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		JUSTIFICATIVA
	Nº	RELACIONADO A:			Nº	RELACIONADO A:	
25	8 (89,0%)	CURRÍCULO E ENSINO	FALTOU ÊNFASE NA SAÚDE PÚBLICA DURANTE O CURSO, E O MINISTRADO FOI CURTO. AUSÊNCIA DE FORMAÇÃO SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE E MATERIAS SOCIAIS. FALTA DE EMBASAMENTO POLÍTICO. ENSINO POUCO REAL COM POUCAS DISCUSSÕES, SEM TRABALHOS NA COMUNIDADE E EM EQUIPE. NÃO HÁ ENSINO, ÊNFASE E APOIO PARA PESQUISA E NO ENSINO FALTA EMBASAMENTO CIENTÍFICO. FALTOU ENTROSAMENTO COM INSTITUIÇÕES E ADEQUAÇÃO DO ENSINO PRÁTICO E TEÓRICO. NÃO TEVE FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SENTE-SE DESPREPARADA PARA A PESQUISA. O "CURRÍCULO" É INADEQUADO.	23	10 (91,0%)	CURRÍCULO E ENSINO	ESTÁGIOS FORA DA REALIDADE PORQUE FORAM EM HOSPITAL ESCOLA, CURTOS, NÃO ABRANGENTES, MUITO VOLTADOS PARA AS TÉCNICAS, DEFICIENTES EM RELAÇÕES HUMANAS E ALGUMAS DISCIPLINAS FICARAM SEM ESTÁGIO. OS ESTÁGIOS FICARAM COM PROMETIDOS PORQUE HAVIA NOS HOSPITAIS CARENÇA DE MATERIAL, CARGA HORÁRIA PEQUENA. NÃO HAVIA HOSPITAL ESCOLA. FALTOU RELACIONAMENTO COM OUTROS PROFISSIONAIS, FORMAÇÃO DE CONSCIÊNCIA CRÍTICA SOBRE A PROFISSÃO E PREPARO PARA O TRABALHO NA COMUNIDADE. ESTÁGIOS FEITOS SEM SUPERVISÃO. DESARTICULAÇÃO ENTRE ESCOLA E O CAMPO DE ESTÁGIO. NÃO TEVE HABILITAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.
	1 (11,0%)	DOCENTES	FALTOU PROFESSOR HABILITADO PARA DAR FORMAÇÃO SUFICIENTE.		1 (9%)	DOCENTES	DOCENTES NÃO DOMINAM A PRÁTICA EM CAMPO
25 (73,5%)	9 (26,5%)			23 (67,5%)	11 (32,5%)		

* 1 ENFERMEIRA NÃO RESPONDEU À QUESTÃO

servações que se encontram na bibliografia. Entre elas, citam-se a do III Plano Nacional de Desenvolvimento, do MS, 1979 "estoque de recursos humanos com características orientadas às condições do mercado atual de trabalho, em que destacam: a concentração urbana, especialização precoce, desprestígio das profissões auxiliares, deficiente preparação em todos os níveis, habilitação técnica sem a compreensão e o compromisso com a realidade social." Em 1986, na 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, uma das conclusões foi: "inadequada formação de recursos humanos, tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e trabalho."

Essas críticas não ficam a nível nacional. São mais amplas. Por ocasião da IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, 1978, surgiram algumas críticas, e entre estas as que se seguem: Não há definição clara para a preparação dos vários tipos de pessoal entre as instituições que prestam serviços e as que formam recursos humanos. - É inadequada a capacitação, que é manifestada concretamente nos conteúdos curriculares pouco vinculados às necessidades de saúde mais frequentes... - metodologias e atitudes que conduzem à formação de profissionais sem o espírito de crítica, isto é, que aceitam sem dúvidas as técnicas e os procedimentos em uso... (OPS, 1978).

Existe por parte dos órgãos oficiais a consciência desta situação, da dicotomia entre órgãos formadores, utilizadores e as necessidades a serem atendidas. O próprio MEC, 1981, afirmou que "clama-se pela formação de médicos gerais embora se observe, na prática, que as escolas organizam sua estrutura acadêmica para a formação de especialistas e subespecialistas, refletindo as condições do mercado de trabalho, por ser este, reconhecidamente, fator hegemônico na determinação do perfil do profissional a ser formado." No entanto, em 1976 o próprio MEC/DAU, estudando o curso de graduação de enfermagem, recomendou "necessidade

MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Plano Nacional de Desenvolvimento - Saúde. Brasília, julho, 1979. 39 p. (mimeografado) (p. 27).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 82. Op. cit. p.6

REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE LA SALUD DE LAS AMERICAS, 1977. Washington. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1978. 53 p. (OPS. Doc. oficial, 155).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Secretaria de Ensino Superior. Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para Saúde. Brasília, 1981. 55p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde nº 4) - (p. 13).

de revisão curricular visando à formação de profissional polivalente e generalista, com sólidos conhecimentos para atuar nos programas de saúde de maior abrangência social;..." (MATOS, 1978).

O tema é complexo, amplo, profundo, dinâmico e por vezes até contraditório quando é analisado historicamente. Para FERREIRA, s.d., este direcionamento do ensino "criou o vínculo quase total do sistema formador ao hospital, criou um corpo clínico superespecializado e divorcia do das necessidades reais da saúde da comunidade, gerando assim um círculo vicioso no qual o sistema educacional se encontra principalmente dirigido a satisfazer os requisitos do próprio funcionamento desta complexa instituição."

Em 1970, foi realizado o II SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, chegando-se em uma de suas conclusões ao reconhecimento unânime de que o currículo estava desvinculado da realidade, por não atender nem à educação do aluno, nem tampouco às demandas do mercado de trabalho. O ano de 1972 foi marcado pelo novo currículo.* : que não surge com clareza de definição quanto a estrutura política de saúde no país, e as críticas e restrições a ele continuam conforme registraram as respostas do grupo de enfermeiras do DRS₆. Estas mostram que a forma do ensino também não foi suficiente, sobretudo a prática.

As escolas, por outro lado, vêm enfrentando inúmeras barreiras para oferecerem aos alunos de enfermagem de Saúde Pública, uma prática exercida dentro dos serviços de saúde pública de que se dispõe. A situação não é nova. Ela existe de há muito. Quando em 1972 ADAMI estudou os "Campos de Prática de enfermagem de saúde pública no Estado de São Paulo", entre as suas conclusões, está a de que os programas de ensino não apresentam todos os componentes necessários do trabalho do docente e discente, que o ensino e o exercício de enfermagem estão dissociados. nos campos de prática estudados e que estes estabelecimentos apresentam recursos de enfermagem insuficientes em quantidade e qualidade.

MATOS, Adalgisa V. A enfermagem e o sistema nacional de saúde. op.cit. p. 28.

FERREIRA, José Roberto. O papel do hospital à luz das novas tendências do ensino médico. Washington. Organização Pan-Americana de Saúde, s.d., 14 (mimeografado) (p. 1).

SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2. Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Ribeirão Preto, EERP-USP/OPAS/OMS, 1970, 187 p.

* Parecer 163/72, Resolução 4/72.

ADAMI, Nilce Piva. Campos de prática de enfermagem de Saúde Pública no Estado de São Paulo. São Paulo. 1972. [Tese Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, USP] 142 p. (p. 132).

Ainda nesse mesmo ano NOGUEIRA, 1972 em suas conclusões em relação à coordenação do ensino de enfermagem de Saúde Pública, recomenda a importância de sua maior homogeneidade e que sejam definidas as bases do ensino, atendendo-se às necessidades da comunidade sendo para isso indispensável uma tomada de consciência por parte dos docentes.

A Comissão de Técnicos da OMS em Enfermagem e Saúde da Comunidade, 1974, estudando a participação da enfermagem na melhoria da saúde da comunidade, mostrou, em um gráfico, aqui reproduzido na FIGURA 4, como se distribuem os serviços de enfermagem, em alguns países em desenvolvimento.

FIGURA 4 - RELAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EXISTENTES, AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE E A FORMAÇÃO PRÁTICA DO ENFERMEIRO

A FIGURA 4 evidencia o fato de que apesar dos doentes hospitalizados representarem uma pequena parcela da população que precisa de assistência, dispensa-lhes uma grande proporção de serviço de enfermagem disponível. Por outro lado, o atendimento nos Centros de Saúde urbanos recebe uma proporção menor de assistência de enfermagem e os habitantes de zona rural ou lugarejos carecem dessa assistência ou recebem bem pouco.

NOGUEIRA, Maria Jacyr Campos. Tentativa de avaliação do ensino de enfermagem de saúde pública em nível de graduação nas Escolas de Enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo. 1972. [Tese Doutorado. Escola de Enfermagem de São Paulo, USP] 108 p. p. 103.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermería y salud de la comunidad. cit., p. 13.

A figura indica ainda a discrepância no ensino de enfermagem que proporciona um grande volume de prática na assistência hospitalar com uma proporção bem menor de prática a nível de comunidade.

A carência de formação em Saúde Pública, apesar do profissional estar em exercício nessa área, foi mostrada na discussão da TABELA 7. Há no DRS₆ 28,5% de enfermeiras sem habilitação em enfermagem de Saúde Pública e muitas, não receberam formação nessa área. A própria SES não exige esta habilitação para o ingresso em suas unidades.

A formação profissional vem sendo analisada, discutida, objetivando definir o profissional de que se necessita.

Muitas propostas têm surgido no sentido de uma adequação correta ao planejamento de formação e utilização de recursos humanos, na área da Saúde, eliminando distorções, que tem levado ao comprometimento da assistência. Entre estas menciona-se a da publicação de AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS, 1982 mostrando que a tendência da profissão é de ultrapassar o compromisso individual e o compromisso com o *status quo* para um compromisso social, através de preparo do indivíduo, não apenas tecnicamente, mas, formando-o no compromisso de mudança; outros optam para a conduta de abranger conteúdos curriculares adequados preparando o enfermeiro para seu exercício, tanto em Centro de Saúde, ou numa Regional de Secretaria de Estado da Saúde, como num Hospital (NOGUEIRA, 1985); outros assumem um posicionamento de visão mais abrangente, considerando a questão da formação do enfermeiro voltada para uma visão pluralista de atendimento, incluindo aspectos diferenciados de cobertura de saúde, desde o cuidado mais elementar ao indivíduo sadio, a escola, comunidade, até o mais complexo e sofisticado cuidado do doente e hospitalizado (MEC-DAU) (s.d.); e ainda aquelas propostas que sugerem uma política de formação de recursos humanos para orientar a política nacional, cujas diretrizes sejam orientadas através da política institucional (para articular os setores), política nacional de Educação, política Econômica; política Social e a política nacional de Saúde que, baseadas em estratégias operacionais, facilitariam sua execução (MS, 1980).

AVALIAÇÃO & PERSPECTIVAS. Brasília. SEPLAN/CNPq, 1982. p. 135-191 (Ciências da Saúde, 6. Enfermagem, 38) (p. 162).

NOGUEIRA, Roberto Passos. A política de saúde e a formação de recursos humanos. op. cit. p. 8.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - DAU - Desenvolvimento do ensino superior de enfermagem no Brasil. op. cit. p. 79.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatórios dos grupos de debate. op. cit. p. 165.

Estas considerações sobre o currículo e o ensino, ainda que sumárias, indicam claramente que os objetivos propostos não foram alcançados, e se mantém a contradição que vem se perpetuando, do discurso da formação entre generalista e o especialista e continuando os hospitais especializados como centro de referência e treinamento de pessoal da área.

Outra proposta alternativa que surgiu foi aquela que centra as discussões na "necessidade de melhorar a comunicação, no sentido de facilitar a coordenação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino" (MEJIA, 1979).

As diferentes relações, entre Escolas e Serviços de Saúde, levaram a refletir sobre uma articulação, cuja estratégia seria a Integração Docente Assistencial (IDA), colocada como forma de "integrar a Universidade com o Sistema de Saúde local, de modo permanente, não se limitando a simples utilização de seus serviços, para a prática e a docência" (MEC, 1981).

Verifica-se que a Universidade está praticamente alijada, e segundo essa proposta, ela poderá contribuir com seus recursos humanos e materiais, isto é, seu pessoal, seus hospitais e serviços. A Universidade, além de sua responsabilidade de órgão formador do desenvolvimento do conhecimento e da pesquisa, da crítica e da reflexão do processo de aprimoramento de pessoal, terá também sua participação direta na prestação de serviços e no planejamento, programação e avaliação das ações de saúde.

Esta alternativa poderá aproximar a Universidade e os Serviços de Saúde e, como conseqüência, à desalienação das universidades da realidade social. Permitir ainda uma dinamização e eficiência dos serviços, estimulando estes a participarem do ensino e pesquisa.

No entanto, como afirmou MENDES, 1982, decorridos muitos anos, após discursos e recomendações oficiais, "o perfil e o quantitativo do pessoal de enfermagem não alcançaram as transformações que se pretendiam, perdurou a situação crítica agravada com o incremento populacional."

MEJIA, Alfonso. Proceso de desarrollo del personal de salud. In Planificación del personal de salud. Ginebra, OMS, 1979, 357 p. (p. 63).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Secretaria do Ensino Superior. Programa de integração docente - assistencial - IDA. Brasília, 1981, 32 p. (Cadernos de Ciências da Saúde, nº 03) (p. 12).

MENDES, Dulce de Castro. Recursos humanos na enfermagem. Adequação da formação e utilização. op. cit. p. 28.

Na TABELA 11, os resultados asseguram que as enfermeiras usam como meio de atualização, livros e revistas em igual percentual (97,1%), seguidas pelas teses e monografias (54,3%), revistas estrangeiras (37,1%) e outros recursos (31,4%). Essa utilização não é freqüente, ocorrendo às vezes ou excepcionalmente, exceção feita às revistas nacionais (57,1%) e livros (48,6%) que são consultados sempre.

De acordo com as respostas, as dificuldades para essa atividade (TABELA 12) prendem-se à falta de biblioteca (71,5%), material disponível e alto custo para aquisição e ou assinatura de periódicos (68,5%). Aludiram ainda, que a dificuldade de acesso às bibliotecas e a não permissão para retirada de material disponível nelas (45,7%) as impedem de utilizar seus recursos.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, ressalta a informação e a documentação científica como elementos valiosos para o processo de capacitação de recursos humanos, auxiliando na permanente atualização, transmitindo novos conceitos. Considera também importante que haja divulgação de material existente na biblioteca e maior facilidade de acesso ao material bibliográfico.

Sucede, entretanto, que todos os profissionais, especialmente os da área de serviço, ^{mão} conseguem acesso ao conhecimento, que pela possibilidade de compulsar material bibliográfico, quer por outras formas. As enfermeiras do DRS₆ confirmaram esta dificuldade.

Verifica-se não ser nova esta situação nem restrita ao DRS₆. Um estudo realizado por CASTRO et al. 1971, com vários profissionais da área da saúde, no Rio de Janeiro, mostrou que o grupo em questão apontou como empecilho à consulta bibliográfica, o fator tempo como um dos mais importantes, pois o sistema de trabalho não prevê horas para atualização do conhecimento, e a leitura de estudo tem que ser feita em casa, utilizando as horas de lazer; outra dificuldade foi a do domínio de Línguas estrangeiras.

O fator tempo, para as enfermeiras do DRS₆, foi também considerado limitante.

A participação das enfermeiras nos eventos e encontros da classe (TABELA 13), mostra que, em ordem decrescente, elas participam de Seminários (74,3%), grupo de estudo (71,4%), reuniões de classe (65,7%) e Congressos (40,0%). A freqüência a esses eventos, todavia, não é contínua

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1982. 32 p. (p. 25 e 26)

CASTRO et al. Educação de recursos humanos e a atual mão-de-obra no setor saúde. Rio de Janeiro. INEP-MEC-NIERHS. 1971, 358 p. (p. 201).

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E DA PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS SEGUNDO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO UTILIZADO PARA SE ATUALIZAREM NA ÁREA DO SABER. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO UTILIZA		LIVROS	REVISTAS NACIONAIS	TESES E MONOGRAFIAS	REVISTAS ESTRANGEIRAS	OUTROS*
S I M	SEMPRE	15 (43,0%)	10 (28,5%)	3 (8,5%)	-	4 (11,4%)
	AS VEZES	17 (48,6%)	20 (57,4%)	10 (28,5%)	7 (20,0%)	7 (20,0%)
	EXCEPCIONAL MENTE	1 (2,8%)	3 (8,5%)	6 (17,0%)	5 (14,2%)	-
	SEM FREQÜÊNCIA	1 (2,8%)	1 (2,8%)	-	1 (2,8%)	-
N Ã O		1 (2,8%)	1 (2,8%)	16 (46,0%)	22 (63,0%)	24 (68,6%)
T O T A L		35 (100,0%)	35 (100,0%)	35 (100,0%)	35 (100,0%)	35 (100,0%)

*OUTROS: normas, técnicas, manuais, apostilas, programas

TABELA 12 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ENFERMEIRAS SEGUNDO AS DIFICULDADES QUE ENCONTRAM PARA SE ATUALIZAREM DRS₆-RIBEIRÃO PRETO, 1985.

I T E M S	T O T A L	
	Nº	%**
A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI BIBLIOTECA OU MATERIAL DE ESTUDO DISPONÍVEL	25	71,5
O CUSTO É ALTO PARA AQUISIÇÃO DE LIVROS E ASSINATURAS DE REVISTAS	24	68,5
BIBLIOTECAS SÃO DE DIFÍCIL ACESSO E NÃO TÊM DIREITO À RETIRADA DE MATERIAL	16	46,0
A INSTITUIÇÃO NÃO ESTIMULA ATUALIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS'	15	43,0
A INSTITUIÇÃO NÃO OFERECE PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO OU TREINAMENTO	7	20,0
FALTA DE ESTÍMULO PESSOAL	7	20,0
PROBLEMA E COMPROMISSO FAMILIAR	3	8,5
OUTROS*	5	14,5

* Falta de tempo e recursos financeiros, dificuldade em ausentar-se do serviço, de aplicar na prática novos conhecimentos e os cursos são em outros municípios.

** Porcentagem calculada em relação ao total de 35 enfermeiras.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS, SEGUNDO SUA PARTICIPAÇÃO E A FREQUÊNCIA NOS EVENTOS DE INTERESSE DA CLASSE. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

E V E N T O S	S I M				N A O	T O T A L
	F R Q Ü E N C I A				FREQUÊNCIA	
	SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL- MENTE	SUB TOTAL		
GRUPO DE ESTUDO	7 (20,0%)	13 (37,2%)	5 (14,2%)	25 (71,4%)	10 (28,6%)	35 (100,0%)
SEMINÁRIOS	5 (14,5%)	19 (54,0%)	2 (6,0%)	26 (74,3%)	9 (25,7%)	35 (100,0%)
REUNIÕES DE CLASSE	7 (20,0%)	10 (28,5%)	6 (17,0%)	23 (65,7%)	12 (34,3%)	35 (100,0%)
CONGRESSOS*	-	9 (25,8%)	5 (14,2%)	14 (40,0%)	21 (60,0%)	35 (100,0%)
ESTÁGIOS	-	4 (11,5%)	3 (8,5%)	7 (20,0%)	28 (80,0%)	35 (100,0%)

* Uma enfermeira não especificou a frequência de sua participação em congresso

Realiza-se em algumas oportunidades, como foi expresso pela maioria, com "às vezes" ou "excepcionalmente".

TABELA 14 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE 35 ENFERMEIRAS SEGUNDO AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA PARTICIPAR DE EVENTOS E ENCONTROS DE INTERESSE DA CLASSE. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

DIFICULDADES E IMPEDIMENTOS	T O T A L	
	Nº	%**
AS DESPESAS SÃO ALTAS	27	77,0
PROBLEMAS FAMILIARES QUE DIFICULTAM AUSÊNCIA DO LAR	17	48,5
OS PARTICIPANTES ESCOLHIDOS SÃO EM NÚMERO LIMITADO	10	28,5
SÃO POUCOS OS ENCONTROS QUE INTERESSAM À SAÚDE PÚBLICA	8	23,0
FALTA DE ESTÍMULO PESSOAL	5	14,5
NÃO PODE SAIR, PORQUE NÃO TEM QUEM A SUBSTITUA NO CARGO	3	8,6
A INSTITUIÇÃO NÃO OFERECE AFASTAMENTO	3	8,6
OUTROS*	3	8,6

* Falta ajuda financeira, sobrecarga para a colega que fica, há ocasiões em que o afastamento é impossível.

** A porcentagem calculada foi em relação ao total de 35 enfermeiras.

Entre os impedimentos e dificuldades apontadas, (TABELA 14), três situações se destacam: despesas altas (77,0%), problemas familiares (48,5%) e a limitação de vagas (28,5%).

Como já foi discutido (QUADRO 1), a inadequação do processo formal de preparação de recursos humanos para Saúde, tem colocado no mercado de trabalho pessoas tituladas que não apresentam as competências requeridas pelos serviços. Este descompasso poderia ser atenuado, buscando-se adequá-los através de cursos, de estudo, de participação em reuniões e eventos da classe, programa de educação continuada e outros processos que levariam a aperfeiçoar e/ou atualizar os conhecimentos dos que estão na rede de serviços, no desempenho de suas funções.

A atualização do conhecimento feita de forma individual ou coletiva é uma necessidade para o desenvolvimento constante do profissional, principalmente atendendo às mudanças que se exigem a partir deste aperfeiçoamento e atualização permanentes.

* No entanto, 11 enfermeiras (32,0%) não querem nenhum curso.

Isto pode ser justificado pelas condições já vistas: não há carreira, a instituição não tem interesse, as condições financeiras são restritas, há dificuldades da profissional deixar o trabalho por não ter quem a substitua e os cursos são, na maioria, além de restritos, em cidades distantes da residência das mesmas. ANGERANI, 1986, assinalou a forte evasão de alunos do curso de pós-graduação ("strictu sensu") ligadas a serviço, o que levou os responsáveis a um ajuste, criando cursos de especialização. Isto, segundo a autora, merece ser avaliado no âmbito da política de recursos humanos.

O que fica visível é que o enfermeiro não é estimulado a ampliar o seu domínio técnico e científico, impedindo-o de tornar-se profissional especializado.

Esta necessidade de aprendizagem deve ir além do limite comum, para oferecer ao pessoal uma visão crítica e criadora da realidade para a qual trabalha, e particularmente os Congressos são oportunidades de encontros e discussões, em torno de temas atuais ligados a interesses da categoria.

Pelo que foi mostrado nas TABELAS 11 a 14, o que há, em resumo, é uma limitação de disponibilidade de material bibliográfico, escassez de oportunidade de cursos e encontros de interesse da categoria, dificuldade monetária como impedimento da pessoa dispor de viagem, alojamento, transporte; um desinteresse dos próprios Serviços em oferecer às enfermeiras cursos, e um número pequeno de funcionários, que impede o profissional de se afastar do cargo. Todas estas circunstâncias limitam, impedem, desestimulam e bloqueiam possibilidades de atualização, melhoria e crescimento das enfermeiras, na área do saber.

Na TABELA 15, estão as enfermeiras distribuídas, segundo a opção para o curso que gostariam de fazer. Responderam positivamente 68,0% e, dentre estas as opções mais freqüentes foram para o curso de especialização em Saúde Pública, num total de 41,6%. Como local para fazê-lo, a maioria 30,0% optou pela Faculdade de Saúde Pública da USP. A preferência de duração do curso variou de 2 até 12 meses, mas a maioria, 34,7%, prefere 6 meses.

Os cursos de especialização têm recebido a preferência das enfermeiras para sua capacitação de especialistas, mas no Estado de São Paulo a oferta ainda está restrita a alguns estabelecimentos de ensino: o da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, da UNICAMP em Campinas e o mais recente, iniciado em 1986, o da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Estas vagas são insuficientes para cobrir a demanda, o que tem se constituído num sério obstáculo.

Haveria necessidade dos cursos de especialização oferecerem mais vagas às enfermeiras de serviços de saúde, para que se elevasse a qualidade da assistência prestada à sua clientela e o profissional tivesse a oportunidade de melhorar as suas condições de desempenho, conquistando a oportunidade de um maior grau de satisfação no trabalho.

*

As análises das Tabelas 7 a 15 e Quadro 1, mostraram a posição dos enfermeiros quanto a sua formação profissional, atualização, treinamentos, perspectivas de novos cursos e participação em eventos da categoria.

No que concerne a formação dos enfermeiros, as críticas fei

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS* SEGUNDO O CURSO QUE GOSTARIAM DE FAZER E A ESCOLA
DRS₆- RIBEIRÃO PRETO, 1985

Cursos que gostariam de fazer	NÃO quer cursar	E S C O L A I N D I C A D A					T O T A L	
		Faculdade S.Pública USP SÃO PAULO	UNICAMP Campinas	Faculdade S.Pública ou UNICAMP	Escola de Enfermagem Rib.Preto- USP	SEM Indicação	Nº	%
Especialização em Saúde Pública	-	10	2	2	-	-	14	41,2
Atualização em Saúde Pública	-	-	-	-	1	2	3	9,0
Quer estudar mas não indicou o curso	-	-	-	-	-	3	3	9,0
Licenciatura e Mes- trado	-	-	-	-	-	2	2	5,8
Doutourado	-	-	-	-	1	-	1	3,0
Não quer estudar	11	-	-	-	-	-	11	32,0
T O T A L	11 32,0%	10 30,0%	2 5,8%	2 5,8%	2 5,8%	7 20,6%	34 100,0%	100,0

* 1 enfermeira não respondeu à questão

tas ao currículo leva a se pensar que o mesmo deve ser ajustado para permitir um padrão de terminalidade que os capacite ao exercício de suas atividades. Que esse preparo se faça não somente quanto à técnica, no reconhecimento da necessidade da população, mas também no aspecto crítico e conceitual.

Deve ser repensado, a nível da SES e dos seus serviços, o treinamento de seus profissionais no início de suas atividades. Seria recomendável um sistema que se dispusesse ao preparo, que encaminhasse o profissional às ações e direções exigidas nos programas. Este treinamento seria proposto não somente para a adaptação do enfermeiro à organização, mas também para sua integração e preparo para o desempenho de suas funções.

Paralela a esse treinamento deveria ser estudada a programação da Educação Continuada, considerando-a não como uma atividade isolada ou improvisada, mas um processo organizado, permanente, sistemático e amplo, que leve a atender a necessidade da clientela. Seja ela, o quanto possível, complementada por cursos e estágios fora da própria instituição, a fim de estimular a transformação dos Serviços de Saúde, bem como para que os enfermeiros tenham também a possibilidade de realizar pesquisas e participar do ensino.

As enfermeiras, de acordo com a forma, o cargo e sua situação funcional atual, estão na TABELA 16. Os dados mostram que a admissão através de concurso foi de 54,4%, figurando, a seguir, a prova de seleção, 34,4%, seguida de outras modalidades com números pouco expressivos.

Quanto à situação funcional atual, das 35 enfermeiras, 19 (54,4%), são efetivas, as demais estão sob outros regimes de trabalho, como o da Lei 500/74 com 28,5% delas.

O concurso é o meio empregado para o primeiro ingresso em cargo público. Este meio técnico de que lançam mão os órgãos da administração pública objetiva, de um lado, escolher profissionais capacitados, adequados para as funções específicas e de outro lado, impedir condições discriminatórias.

Cita-se MEIRELLES, 1966, "Pelo concurso se afastam os ineptos e os apaniguados, que costumam abarrotar as repartições, num espetáculo degradante de protecionismo e falta de escrúpulos de políticos que se alçam e se mantêm no poder leiloando empregos públicos."

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE ACORDO COM A FORMA E CARGO EM QUE FOI ADMITIDA E A SITUAÇÃO ATUAL. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

Forma de Cargo de admissão que foi admitida	CONCUR- SO	PROVA DE SELEÇÃO	SELEÇÃO POR TÍTULO	ESTÁGIO VOLUN- TÁRIO	INDICA- ÇÃO POLÍTICA	CONVÊNIO PREFEITU- RA	Situação funcional atual Cargo Atual	EFETIVA	LEI 500/74	ESTAGIÁ- RIA	CONVÊNIO
ENFERMEIRA	5	-	-	-	-	-	E.DISTRITAL	5	-	-	-
ENFERMEIRA	4	-	-	-	-	-	E.CHEFE	4	-	-	-
ENFERMEIRA	3	-	-	-	-	-	E.C/ENCARREGAT	-	3	-	-
ENFERMEIRA	2	-	-	-	-	-	INSPETORA	2	-	-	-
ENFERMEIRA	1	-	-	-	-	-	E.S/ENCARREGAT	-	1	-	-
ENFERMEIRA	-	2	-	-	-	-	E.C/ENCARREGAT	-	2	-	-
ENFERMEIRA	-	2	-	-	-	-	E.C/ENCARREGAT	-	-	-	2
ENF.VOLUNT	-	-	-	1	-	-	E.ESTAGIÁRIA	-	-	1	-
OBSTETRIZ	-	-	1	-	-	-	E.OBSTETRIZ	1	-	-	-
OBSTETRIZ	-	-	-	-	1	-	E.OBSTETRIZ	1	-	-	-
ENFERMEIRA	-	2	-	-	-	-	E.DISTRITAL	2	-	-	-
ENFERMEIRA	1	-	-	-	-	-	E.S/ENCARREGAT	-	1	-	-
E.DISTRITAL	1	-	-	-	-	-	E.DISTRITAL	1	-	-	-
ENFERMEIRA	-	1	-	-	-	-	E.CHEFE	-	1	-	-
ENFERMEIRA	-	1	-	-	-	-	E.CHEFE	-	-	-	1
ENFERMEIRA	-	2	-	-	-	-	E.S/ENCARREGAT	-	2	-	-
ENFERMEIRA	-	1	-	-	-	-	E.S/ENCARREGAT	-	-	-	1
ENFERMEIRA	1	-	-	-	-	-	E.CHEFE(SES)	1	-	-	-
ENFERMEIRA	1	-	-	-	-	-	ENF.(SES)	1	-	-	-
ENFERMEIRA	-	1	-	-	-	-	E.C/ENCARREGAT	1	-	-	-
ENFERMEIRA	-	-	-	-	-	1	ENFERMEIRA	-	-	-	1
TOTAL Nº	35	19	12	1	1	1		19	10	1	5
%	100,0	54,4	34,4	2,8	2,8	2,8		54,4	28,5	2,8	14,3

Na SES, atualmente, os concursos públicos e os processos seletivos são realizados por Comissões Especiais de seleção com assessoria, orientação e supervisão do Departamento de Recursos Humanos, (DRHU), da SES, sendo os concursos e provas seletivas, regidos pelo Decreto 21 872 de 6 de janeiro de 1984.

No grupo de enfermeiras estudado, apenas 11,2% não foram admitidas por concurso e prova seletiva.

Dentre todas, 54,4% estão efetivadas, justamente porque a nomeação para cargos efetivos é precedida de concurso público de provas ou de provas e títulos. Foi assim a admissão deste grupo.

Enquanto os processos seletivos são para admissão de servidor para funções-atividades de natureza permanente o que justamente corresponde à situação funcional daquelas que estavam na época pela Lei 500/74.

A carreira* e seu quadro** implicam em se considerar os recursos humanos como parte de um todo do processo da área da Saúde. Assim eles são valorizados e reconhecidos como necessários, para o desenvolvimento das atividades de Saúde Pública.

A relevância desse assunto pode ser vista pelas seguintes anotações: Em 1976, a 61a. Conferência Internacional do Trabalho, entre suas propostas sobre carreira, estabeleceu que se deviam adotar medidas para garantir perspectivas de carreira do pessoal de enfermagem, prevendo-se uma gama suficientemente variada de possibilidade de ascensão a todos. Deve haver uma estrutura de remuneração que permita recompensar a aceitação de responsabilidades crescentes e de funções que exijam um maior grau de conhecimento e habilidade.

No Brasil, em 1980, durante a 7a. Conferência Nacional de Saúde, o assunto foi lembrado e na proposição de diretrizes, os recursos humanos foram considerados objeto de atenção prioritária e integrada. "Se

* Carreira é o agrupamento de classe da mesma profissão ou atividade, escalonadas segundo a hierarquia do serviço, para acesso privativo dos titulares dos cargos que o integram. (MEIRELLES).

** Quadro é o conjunto de carreiras, cargos isolados e funções gratificadas de um mesmo serviço, repartição ou Poder. (MEIRELLES).

MEIRELLES, H.L. Direito Administrativo Brasileiro, op. cit. p. 356.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 61a. Genebra, 1976. Informe. Genebra. Oficina Internacional del Trabajo, 1976. 2 V.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Proposição de diretrizes; uma contribuição no Ministério da Saúde. (Versão preliminar). CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 24-28 de março, 1980, Anais. Brasília, M.S., 1980.p.231-247 (p. 239).

rão adotadas medidas que permitam a criação de carreiras funcionais para os trabalhadores da saúde... Essas carreiras deverão contemplar: o estímulo necessário às categorias profissionais com deficiências de oferta, ao pessoal de níveis elementar e médio, ao exercício geral das profissões, à produtividade, à dedicação e ao mérito; a progressão funcional com oportunidades de realização pessoal e profissional...".

A ABEn, em 1978, durante seu XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, considerando a necessidade do enfermeiro assegurar a crescente participação no nível decisório nos Serviços de Saúde do país recomendou "às Instituições de Serviço que formalizem um processo em que os enfermeiros possam habilitar-se devidamente para cargos de assessoramento e direção superiores, conforme o sistema administrativo dos serviços públicos do país."

Apesar do discurso sobre a conveniência da criação de carreira para o pessoal da área da Saúde, o enfermeiro não foi ainda contemplado com seu quadro e sua carreira na SES, embora profissionais da mesma área, (médicos e engenheiros) já o tenham conquistado, inclusive os da administração.

Duas Resoluções partidas do Senhor Secretário da Saúde, a 1a. em 1984 (Resolução S.S. 67, 8-10-84) em que se constituiu um Grupo de Trabalho para elaboração de "proposta de carreira", com prazo de 6 meses para apresentação de estudos e sugestões, referentes aos funcionários e servidores da Administração; e a 2a. em 1985 (Resolução S.S. 89, 24-06-85.) em que "considerando a necessidade de revisão do número de cargos e funções-atividades de Enfermeiro existentes no Quadro da SES e consequente fixação de padrões de lotação, consoante critérios técnicos; considerando as proposições apresentadas por enfermeiros da SES e por entidades de classe, resolve: Art. 1º. Fica constituído um Grupo de Trabalho com a finalidade de estudar e propor medidas relativas ao estabelecimento do conteúdo ocupacional da classe dos enfermeiros e a fixação dos correspondentes padrões de lotação, no âmbito desta Pasta."

Apesar deste interesse, estas medidas não foram capazes de concretizar as reivindicações das enfermeiras e de suas entidades de classe, permanecendo a mesma situação até o presente momento. Além de outras ligadas às condições gerais de trabalho da enfermeira, nega-se-lhe a oportunidade de ascensão. Tudo indica ser esta condição de trabalho uma das causas de insatisfação e frustração deste profissional, com vistas a sua prática.

Cumpra lembrar que não basta criar uma carreira, valendo-se de um diploma legal para se garantir o provimento de cargos. Os autores BACCHETTO & MITZAKOFF, 1981, lembram que há "todo um conjunto de providências relativas à formação de profissionais necessários, há processos eficazes de recrutamento, seleção e acesso, que devemser acionados para esse fim." Lembram esses autores, que a inobservância desses cuidados, no momento da estruturação da carreira de Médico Sanitarista, fez com que, cinco anos após a criação de cargos, 1974, apenas 30% deles estivessem providos.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS SEGUNDO ANOS DE TRABALHO* NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E MUDANÇA DE CARGO. DRS₆-RIBEIRÃO PRETO, 1985.

A N O S DE T R A B A L H O		MUDANÇA DE CARGO			T O T A L	
		N Ã O	S I M			
			SEM VANTAGEM	COM VANTAGEM	Nº	%
0	5	8	-	9	17	48,6
5	10	-	-	4	4	11,4
10	15	1	1	6	8	22,8
15	20	-	-	3	3	8,6
20	25	2	-	1	3	8,6
T O T A L		Nº	11	1	23	35
		%	31,5	3,0	65,5	100,0

* Regime de trabalho das enfermeiras é de 40 horas semanais

As enfermeiras do DRS₆ (TABELA 17), trabalham no regime de 40 horas semanais, não dispondo de outra opção. Das que tiveram mudanças de cargo (68,5%), obtiveram algum tipo de vantagem 65,5%. Estas profissionais estavam exercendo suas atividades num período compreendido de 1 a 25 anos com concentração maior entre as faixas de 1 a 15 anos, predominando nesta de 1 a 5 anos, de exercício no cargo.

Esses dados se tornam mais consistentes quando se relacionam a outros com os quais se embricam, como a questão salarial que será discutida a seguir.

BACCHETTO, Sinésio & MITZAKOFF, Maria Cristina de Azevedo. Seminário sobre recursos humanos na Administração Pública do Estado: Síntese dos trabalhos. *Cadernos FUNDAP*. São Paulo. 1 (1): 52-58, jun./1981.(p.57).

A TABELA 18 assinala que 33 enfermeiras do DRS₆ (94,3%), têm algum tipo de vantagem incorporada em seu salário, e estas são as mesmas atribuídas a todos os funcionários que mantêm vínculo empregatício com o Estado: quinquênios, salário-família, pró-labore e outros.

Os salários líquidos das enfermeiras (TABELA 19) estão apresentados em cruzeiros, que era a moeda corrente do país, na época em que os dados foram coletados. As faixas de vencimentos figura entre Cr\$ 335,00 até Cr\$ 1 800,00, que comparados ao salário mínimo da época, eram equivalentes de 2 a 10 salários. A maioria ficou concentrada entre 5 e 7 salários mínimos, totalizando 26 enfermeiras, (86,6%). Chama a atenção os extremos, pois havia enfermeiras recebendo 2 salários mínimos e somente uma recebia até 10, estando esta na faixa dos 25 anos de exercício, tendo sido incorporado adicionais e a 6a. parte à seus vencimentos, com tempo para aposentar-se.

As Tabelas 17, 18 e 19 referem-se a tempo de trabalho e salários.

A importância da política salarial é destacada por vários autores, entre eles CHIAVENATO, 1979, que coloca como "um dos aspectos mais importantes da filosofia de uma organização é a que se relaciona com a política de salários. O nível de salários em relação à produção é o elemento essencial tanto na posição competitiva da organização no mercado de trabalho, como nas relações da organização com seus próprios empregados."

A remuneração insuficiente do pessoal de enfermagem é situação conhecida internacionalmente. A própria ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT), afirma que a remuneração tem se fixado, sem se levar em conta a formação, o tipo de trabalho penoso, os níveis de funções e de responsabilidade, e os aumentos desses salários não estimulam o enfermeiro a fazer carreira.

Para essa ORGANIZAÇÃO "a remuneração do pessoal de enfermagem deveria, ser fixada em níveis que correspondessem às suas necessidades, qualificações, experiência, funções e responsabilidades, respeitando-se os imperativos e os riscos inerentes à profissão, capazes de atrair pessoal para a profissão e retê-los. Os níveis de remuneração deveriam ser

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração de recursos humanos*. São Paulo, Atlas, 1979. 376 p. (V. nº 3) (p. 198).

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO TRABALHO, 61a. *Informe*. op. cit. p. 79.

TABELA 18 - NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS SEGUNDO ANOS DE TRABALHO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E VANTAGENS INCORPORADAS EM SEU SALÁRIO. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

ANOS DE TRABALHO		VANTAGENS INCORPORADAS NO SALÁRIO										
		N ª O	QUINQUÊNIOS		SALÁRIO FAMÍLIA	PRÓ LABORE	P.I.S.	AVALIAÇÃO DESEMPENHO	GRATIF. NATAL	SEXTA PARTE	F.G.T.S.	PASEP
			1 a 3	4 a 6								
0	5	2	-	-	5	9	-	8	13	-	1	2
5	10	-	2	-	1	3	-	4	4	-	-	4
10	15	-	8	-	5	4	2	7	8	-	-	6
15	20	-	1	1	1	1	-	3	2	-	-	3
20	25	-	1	2	-	-	-	2	3	3	-	3
TOTAL	Nº	2	12	3	12	17	2	24	30	3	1	18
	%*	6,0	34,0	8,5	34,0	48,5	6,0	68,5	85,7	8,5	2,8	51,5

* Esta porcentagem foi calculada em relação ao total de 35 enfermeiras.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS*, SEGUNDO CARGO E SEUS VENCIMENTOS. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

SALÁRIOS LÍQUIDOS EM (1.000) EM CRUZEIROS**	ENFERMEIRA INSPETORA	ENFERMEIRA DISTRITAL	ENF.CHEFE E/OU COM ENCARREG.	ENFERMEIRA DE CENTRO SAÚDE	T O T A L
335 a 400	-	-	-	1	1 (3,3%)
400 a 800	-	-	-	2	2 (6,6%)
801 a 1000	-	-	8	3	11 (36,8%)
1001 a 1400	2	7	4	2	15 (50,0%)
1401 a 1800	-	1	-	-	1 (3,3%)
T O T A L	2	8	12	8	30 (100,0%)

* 5 enfermeiras não responderam à questão

** Salário mínimo na época Cr\$ 166.560,00:-(a moeda corrente no país em 1985 era o cruzeiro).

comparáveis aos de outras profissões que exijam qualificações e responsabilidades similares ou equivalentes."

No Brasil esta questão é reconhecida pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, que assim se expressou: Historicamente, neste país, os profissionais de Saúde tiveram uma remuneração salarial aquém da real dedicação que de mostram para com a saúde da população. Os atuais salários são insuficientes, tornando-se inferiores à execução de níveis salariais mais elevados e de mesmo valor nos diversos Estados da Federação. Além disso, há diferenças internas ^{nas} ~~nas~~ instituições - no tocante aos funcionários regidos pela CLT e os de regime estatutário - e as diferenças salariais entre instituições como INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde demonstram, na prática, que por tempos iguais de trabalho os tetos salariais são extremamente diferentes, gerando constante insatisfação".

Estas "diferenças internas às instituições", que o MS relacionou, é fato concreto no DRS₆. Há na estrutura administrativa da SES, uma clara hierarquia existente entre os seus diferentes profissionais, sendo demonstrada, entre outros fatores, o da escala de vencimentos, entre as categorias profissionais que a formam. Assim é válido pensar que as de maior prestígio são melhor remuneradas, ficando para as demais um salário modesto, como se vê na FIGURA 5, com as escalas de vencimentos* de enfermeiros e médicos.

A FIGURA 5 retrata que o maior dos vencimentos iniciais correspondentes aos cargos de enfermeiro é igual ao menor dos vencimentos iniciais, correspondentes aos dos cargos de médico consultante.

Os vencimentos finais dos enfermeiros inspetores, distritais e chefes ^{são} ~~são~~ idêntico ao vencimento final do médico consultante IV e superam ^{dos} ~~os~~ os profissionais médicos classificados como consultante I, II e III, e sanitaristas I e II.

Aos cargos de médico sanitarista III e IV e médico inspetor correspondem vencimentos finais superiores aos dos enfermeiros independente da qualificação.

Os vencimentos iniciais dos médicos (consultantes e sanitaristas), com exceção do médico consultante I, estão todos acima do nível inicial de todos os enfermeiros, qualquer que seja sua classificação.

— MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de grupos de debate. op. cit. p. 167.

* Escala de Vencimentos - Decreto 23 237 de 30.01.85 - DO - V. 95, nº 020, São Paulo, 5a.f., 31 jan. 1985, p. 1 a 6.

Enquadramento das classes. Decreto 23 205, de 14-01-85, DO, V. 95, nº 009. São Paulo, 3a.f., 15 jan. 1985, p. 1 a 4.

Esses vencimentos correspondem à jornada de 40 horas.

Fig. 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SEGUNDO O CARGO E RESPECTIVOS VENCIMENTOS INICIAIS E FINAIS NO DRS-6, RIBEIRÃO PRETO, 1985.

Todos os médicos da SES, recebem ainda o adicional de local*, que corresponde a um adicional de 91,0% que é incorporado a seus vencimentos.

Os médicos sanitaristas são os que ocupam cargos de direção, chefia, supervisão e inspeção, recebendo, quando no exercício do cargo, um pró-labore de 45,0%; para o Diretor de Departamento esse acréscimo é de 55,0%.

Esta situação salarial das enfermeiras é conhecida até da própria comunidade, principalmente através dos movimentos de esforço por obtenção de melhores salários e condições de trabalho. Nem mesmo o piso salarial existe para o enfermeiro. Este descompasso salarial tem gerado muitos problemas para os enfermeiros como: migrações desses profissionais na maioria dos países da América Latina ou mesmo, como em alguns desses países, em que um número cada vez maior de enfermeiros mudam de profissão (BOSP, 1973).

No Brasil esta posição já havia sido identificada desde 1956, pela ABEn que assim se expressou: "que o baixo padrão de remuneração dos enfermeiros os obriga a trabalhar em dois lugares, a fim de poderem suprir necessidades básicas de alimentação, vestuário, transporte e atualização de conhecimentos. Atendentes e mesmo serventes têm vencimentos superiores aos de muitos enfermeiros."

Estes desníveis salariais atualmente são ainda a causa de intensa rotatividade do pessoal, inclusive auxiliares, levando à perda de treinamento e à óbvia diminuição e resolução dos problemas de saúde da população.

A condição salarial das enfermeiras do DRS₆ de Ribeirão Preto (TABELA 19) é comparável à situação encontrada para o país como um todo. O COFEN/ABEn, 1985, identificou a faixa salarial de maior frequência entre 2 a 6 salários mínimos, e LORENZETTI, 1982, encontrou para o Município de Florianópolis a frequência oscilando entre 3 a 6 salários mínimos, o que confirma que a situação salarial dos enfermeiros, no DRS₆, reflete a situação nacional.

* Adicional de local. Lei complementar 341 e 342 de 1/1/84.

LA SITUACIÓN crítica de la enfermería in América Latina y el Caribe. *Boletín Oficina Sanit. Panam.*, 75 (2):146-166, 1973. (Reseñas) (p. 150).

ASSOC. BRAS. ENF. Levantamento de Recursos, op. cit. p. 176.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas instituições. op. cit. p.119.

LORENZETTI, J. Caracterização da força de trabalho. op. cit. p. 36.

Fato conhecido é que o ambiente de trabalho dos enfermeiros da SES, em muitas situações é insalubre. Por essa razão estes foram beneficiados com a Lei Complementar 432 de 18-12-85, dispondo sobre a concessão de um adicional de insalubridade aos funcionários e servidores da Administração Centralizada e das Autarquias do Estado. No entanto até o momento (14 de novembro, 1986) esse adicional não foi incorporado aos salários dos respectivos servidores.

As administrações públicas e privadas se esquecem de que o desenvolvimento de uma organização assenta-se na qualidade e na dedicação de seu pessoal. Por outro lado que uma boa política salarial é um dos melhores métodos para aumentar a produtividade, pois o funcionário se sentirá mais motivado ao esforço, quando recebe da organização, os incentivos adequados. Não é possível atrair para as atividades de Saúde Pública, pessoal qualificado sem uma remuneração realísticamente competitiva e favorável ao setor. "A competência e o aprimoramento devem ser recompensados por melhor remuneração do pessoal para permitir o aperfeiçoamento contínuo do sistema" (BASTOS, 1977).

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, o desenvolvimento de recursos humanos implica a busca da crescente valorização e fixação de seus profissionais, nos quadros das secretarias estaduais de saúde, o que poderá ser alcançado se, na definição de tais políticas, forem consideradas as características e as estratégias próprias, estabelecidas para o desenvolvimento de suas ações. A operacionalização se dará através de procedimentos e instrumentos próprios, destacando-se entre outros o plano de cargos e salários, contribuindo para o estabelecimento de uma política salarial justa e coerente com o desenvolvimento profissional alcançado pelos servidores das secretarias estaduais de saúde; estimulando-os a progredir pessoal e profissionalmente, obter-se-á, também um excelente mecanismo de compatibilização das atribuições dos cargos com as atividades, que conduzam à consecução dos objetivos do serviço.

TESTA, 1970, completa esta colocação, asseverando que "o estabelecimento de salários adequados, para reter o pessoal de saúde continua sendo um dos instrumentos primordiais, quando a política de recursos humanos se formula dentro de um marco referencial dos governos represen

BASTOS, Murillo Villela. O Sistema Nacional de Saúde. *R. Adm. Publ.*, Rio de Janeiro 11 (3):31-56. jul./set. 1977 (p. 49).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos, nas Secretarias de Saúde. op. cit., p. 171

TESTA, Mário. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. *Educ. Med. y Salud*, 4 (1/2): 49-70, 1970.

tativos e do capitalismo liberal... Uma das funções do governo do Estado moderno é "corrigir" os desvios produzidos pelo mecanismo de mercado, o qual significa, de fato, a regulação de preços, e neste caso do recurso humano. Deste modo, além de acabar com a mobilidade, a escala de salários diferenciados podem corrigir a composição do pessoal que forma a e quipe de saúde."

Cabe mencionar que grande parte dos problemas hoje enfrentados pelos enfermeiros e pessoal de enfermagem encontra-se atrelada à questão salarial. Ao longo do tempo houve um contínuo deterioramento em seus sa lários, criando o subemprego e, assim, além das considerações feitas, a estratégia de emprego múltiplo.

A solução é uma política salarial digna, acrescentada de in centivos, como a implantação de carreiras com possibilidades de progres são horizontal e vertical e a necessidade de quadro de lotação atualiza- dos e ajustados às necessidades dos serviços. Dever-se-ia evitar o que foi encontrado no DRS₆, onde salários iniciais são, por vezes, iguais ou até mesmo maiores do que os salários dos servidores que já se encontram há algum tempo prestando serviços na instituição.

É recomendável a igualdade de todos perante a lei (isonomia), assegurando, por direito, a capacidade técnica dos profissionais, sem pri vilégios entre as categorias, onde umas recebem menos do que outras, no desempenho de suas funções.

Há autores que enfatizam a existência de profissões "líderes" que são mais bem pagas e de maior pretígio, como LANDMANN, 1983, que fa zendo uma análise do médico e dos demais profissionais de saúde, afirma que médicos e dentistas, em geral, desfrutam de melhor "status" social e econômico, no Brasil, do que enfermeiros e outros profissionais que tra balham na área da saúde.

Como consequência da Lei Complementar 180 de 12-5-78 a admi nistração das unidades e da própria SES para poder desenvolver o Institu to de Evolução Funcional por Avaliação de Desempenho, estabelecida por esta Lei, elaborou-se o MANUAL DE AVALIAÇÃO DESEMPENHO, 1981 onde são estabelecidos os objetivos da mesma: "oferecer condições de estímulo ao funcionário/servidor no que se refere a comportamento, atitudes, aptidões ou conhecimento das atribuições que exerce; - dar maior valor ao desempe nho apresentado pelo funcionário/servidor, através de um instrumento que

LANDMANN, Jayme. *Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1983. 327 p. (p. 166).

SECRETARIA DA SAÚDE. Avaliação de desempenho - Manual. Grupo de Avalia- ção de Desempenho - Grad. SES. São Paulo, 1981. 19 p. (p. 3).

amplie seu horizonte salarial de forma mais imediata." Os fatores a se rem considerados são: qualidade e conhecimento do trabalho, capacidade de planejamento, organização, iniciativa e criatividade, responsabilidade, relacionamento, capacidade de decisão e julgamento, liderança, quantidade de trabalho, grau de confiança, interesse, assiduidade e pontualidade.

O que se prescreve neste manual é que, ao avaliar "se pondere bastante antes de assinalar qualquer ítem. Julgue com objetividade. Coloque aqui, sua RESPONSABILIDADE DE CHEFE. Sua autoridade será reafirmada com a utilização de critérios objetivos de avaliação."

As enfermeiras do DRS₆ indagadas sobre o conceito que tinham a respeito do chamado Boletim de Avaliação, opinaram conforme o registrado no QUADRO 2. Todas as que responderam, 31, (algumas enfermeiras, ainda não o conheciam, estavam em exercício há menos de 1 ano) fizeram sérias restrições, pois segundo elas, "além de não satisfazer o fim proposto, cria conflitos, animosidades, privilégios, além de ser utilizado para corrigir distorções salariais, o que não é sua proposta."

Afirmaram ser instrumento: "injusto", "falho", "ineficiente", "irreal", "arbitrário", "péssimo", "não é legitimado".

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, "o plano de avaliação de desempenho deve, obrigatoriamente, incorporar na sua concepção as características próprias da organização e execução dos serviços de saúde, associando desempenho individual a desempenho institucional, para reunir eficiência e eficácia num mesmo processo de avaliação" e para CHIAVENATO, 1979, "a avaliação de desempenho constitui uma técnica imprescindível na atividade administrativa. É um meio, através do qual se podem localizar problemas de supervisão de pessoal, de integração do empregado à empresa ou ao cargo que presentemente ocupa, de não aproveitamento de empregados com potencial mais elevado que aquele que é exigido pelo cargo, de motivação, etc."

Somadas estas considerações, o que se pede na SES é que se "julgue com objetividade", é para que isto suceda é preciso que os avaliadores evitem as tendências às distorções dos resultados da avaliação. Educar os avaliadores seria condição indispensável ao processo de avaliação.

Esta avaliação poderá ser útil para a administração em termos de adequação do indivíduo ao cargo, treinamento, promoção, incentivo sa

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos... op. cit., p. 17.

CHIAVENATO, Adalberto. *Administração de recursos humanos*. São Paulo, Atlas, 1979, 341 p. (V. 2), p. 207.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS* SEGUNDO O CONCEITO QUE EMITIRAM SOBRE O BOLETIM DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

AFIRMAÇÃO	T O T A L		JUSTIFICATIVA
	Nº	%	
INJUSTO, FALHO, INEFICIENTE, IRREAL E ARBITRÁRIO.	20	64,5	Número limitado de promoções. Causa revolta e cai a produção do serviço. Não avalia desempenho realmente. Cria animosidades e conflitos. Não permite à chefia promover com justiça. Não é sério. É uma afronta a qualquer profissional. Não tem critérios, não avalia nada. Uma farsa. Uma forma legalizada de privilégios. É questionável. Não confere com a realidade.
PÉSSIMO	7	22,5	Devido ao percentual por grupo. Cria dificuldades. Há lugar em que os conceitos são sorteados. Não existe coisa pior para o funcionalismo. Gera conflitos entre o pessoal.
PROBLEMA DE SALÁRIO	2	6,6	Forma de institucionalizar salário, com promessa de subida, número e letra. Utilizado para corrigir distorções salariais. Criado para ajudar no salário.
NÃO É LEGITIMADO	1	3,2	Deve ser feito por quem trabalha com a pessoa.
DISCORDA	1	3,2	Não concorda com essa avaliação.
T O T A L	31	100,0	

* 4 enfermeiras não responderam à questão

larial, melhoria de relacionamento entre chefia e subordinados; estímulo de maior produtividade, desde que não sofra distorções por parte do avaliador.

Segundo anotou STEAGALL-GOMES, 1977, os erros mais comuns destes são: *Erro do halo* - quando o avaliador permite que um aspecto do caráter ou do desempenho do homem influencie sua avaliação inteira; *tendência central* - é talvez o erro mais comum encontrado no processo de avaliação. É evidenciado quando o avaliador marca todo ou quase todo seu pessoal como médio; *erros constantes* - excesso de rispidez e excesso de maleabilidade, são os avaliadores "fáceis" e "duros" e esses erros são conhecidos como sistemáticos ou constantes. O avaliador ríspido tende a atribuir valores baixos, e o que tem excesso de maleabilidade, o clemente só atribui valores altos; *inclinações variadas* - são miscelâneas como: inclinação contra o sexo oposto, ou de uma outra raça, religião ou nacionalidade. Às vezes, atribui conceito alto ao mais antigo, ou acomodam-se às deficiências de seus funcionários, não admitindo que esses ^{não} tenham melhorado sob sua liderança.

Das observações levantadas pelas enfermeiras, desponta como os mais insidiosos a distorção, onde se verifica protecionismo, consideração pelo tempo de serviço, salário, promoção... criando, com este procedimento, atitudes de revolta, porque ganha pouco ou passa por outros problemas necessitando de ganhar mais, o que tem criado situações graves nos serviços, com manifestações de atitudes de "animosidade".

É preciso rever as propostas, os critérios que estão sendo utilizados, os verdadeiros fins a que se propõe o processo, orientar os avaliadores e dar conhecimento a todo o pessoal destas propostas, para que realmente se alcancem os objetivos a que se propôs criando a avaliação de desempenho.

Os autores BACHETTO & MITZAKOFF, 1981, em suas conclusões, propuseram uma "redefinição do conceito de merecimento, com a finalidade de eliminar do Boletim de Merecimento as condições essenciais, isto é, os fatores que avaliam o desempenho, permanecendo contudo a Avaliação dos Títulos."

Esta medida é razoável mas tem que se pensar na possibilidade de os enfermeiros poderem adquirir esses títulos através da carreira, cursos, estágios e outros meios de atualização e participação em eventos da

STEAGALL-GOMES. *Avaliação em saúde*. Ribeirão Preto. 1977. [Monografia de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 166p. (p.103)

BACHETTO, Sinésio & MITZAKOFF, M.C. Seminário sobre recursos humanos na administração pública do Estado. op. cit. p. 57

área da Saúde. Há que se estabelecer uma definição dos títulos a serem considerados, e os pontos atribuídos a eles, para que o processo resulte positivo nos serviços, abolindo-se os pontos negativos que esse boletim gerou e continua gerando entre os servidores, de um modo geral.

O estudo das funções do pessoal de enfermagem é de grande importância para o Setor Saúde. Os discursos atuais estão se referindo ao estabelecimento de novos modelos de prestação de serviço, e, como consequência, à necessidade de redefinição das funções do pessoal, procurando melhorar seu aproveitamento e sua utilização.

Entre as contribuições que esse estudo pode oferecer, citam-se: dar uma visão da situação atual da prática profissional e caracterizar o tipo de preparo que se deve oferecer aos alunos de graduação, segundo a demanda do mercado de trabalho.

Para alguns autores a análise de funções traz vantagens entre esses MAKENZIE, 1962, "delimitar funções evita muitas confusões e permite melhores relações de trabalho" e GODDARD, 1959, "1 - permite estabelecer um critério adequado para seleção de pessoal e organizar criteriosamente seu adestramento; 2 - define os elementos essenciais para cada cargo, determina os elementos auxiliares e as práticas inadequadas ou antiquadas que impedem o bom desempenho de funções importantes; 3 - indica os casos de duplicação total ou parcial de funções e emprego inadequado de pessoal disponível."

No Brasil, muitos foram os trabalhos que analisaram a função do enfermeiro, segundo propostas, objetivos e metodologias diferentes, mas todos trazendo subsídios importantes para análise e reflexão.

Destacam-se entre estes: ALVIN et al., 1966, FERREIRA-SANTOS & MINZONI, 1968, ALMEIDA, 1970, CARVALHO, 1970, CICONELLI et al., 1970,

MAKENZIE, Margaret. El grupo de trabajo en el servicio de enfermería de salud pública. In *Enfermería de salud pública - problemas y perspectivas*. Ginebra. OMS, 1962, p. 39-46 (Cuadernos de salud pública, 4) (p. 43).

GODDARD, H.A. Principios de administración aplicados a los servicios de enfermería. Ginebra. OMS, 1959, 115 p. (p. 54).

ALVIN, Emerganda de Faria; BORGES, Maria Valderes; BARROS, Therezinha A. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP. *Rev. Bras. de Enf.* 29(4):236-302, 1966, 236-302.

FERREIRA SANTOS, Célia Almeida & MINZONI, Maria Aparecida. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. *Rev. Bras. Enf.*, 21(5), out., 1968, p. 396-442.

ALMEIDA, Maria de Lourdes. Papéis e funções da enfermeira nos projetos e programas de saúde pública de Araraquara, In SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM 2, Ribeirão Preto, 1970, *Relatório*, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, USP. OPS/OMS, 1970, p. 69 a 76.

CARVALHO, Judith Feitosa de. O papel da enfermeira nos programas e serviços de saúde no País. *Ibid.* p. 11 a 23.

CICONELLI, MARIA INÊS; CINTRA, Gilda; OLIVEIRA, Maria Helena; CACAMO, Guiomar; SORCI, Neide; SOUZA, Maria Inês; JARJURA, Miledi; TREVISAN, Maria Auxiliadora. Papéis e funções das enfermeiras no H.C. de Ribeirão Preto. *Ibid.* p. 33-46.

DUTRA et al., 1970, OGUISSO, 1970, BECKER et al., 1971, OLIVEIRA, 1972, FERREIRA-SANTOS, 1973, NOGUEIRA, 1975, BOEMER, 1976, ADAMI, 1980a, ADAMI 1980b, SADALA, 1981, e alguns encontros especiais, como o Seminário sobre Currículos de graduação em enfermagem, em São Paulo, 1968, e o de Educação em enfermagem em Ribeirão Preto, em 1970; LOPES, 1983 e TREVISAN, 1986.

O processo de trabalho na enfermagem apresenta, como característica, a divisão técnica do trabalho, isto é, um mesmo trabalho é executado em partes ou parcelas por vários "trabalhadores", cujas tarefas, procedimentos e responsabilidades cabem a diferentes agentes; portanto a prática da enfermagem não é exclusiva do enfermeiro, a este deve caber o controle administrativo do trabalho.

"A definição e a delimitação das funções destes vários agentes da enfermagem têm sido o movimento mais forte e constante das enfermeiras brasileiras, nos últimos dez anos, na definição de seu espaço e, conseqüentemente, diferenciação e liderança do pessoal auxiliar." (ALMEIDA, 1984).

Determinar o limite de funções de cada categoria na enfermagem tem sido muito difícil na prática; o que se observa é que todos executam todas as atividades, e segundo o autor acima citado "não é como esclarece a definição de Montag (que coloca nas mãos das enfermeiras as atividades ditas mais complexas e aquelas mais simples nas mãos do pessoal auxiliar). Acresce-se a dificuldade em definir o que seja complexo no

cuidado ao paciente. Seriam as atividades de cuidado direto ao paciente

DUTRA, Vanderli; CASTRO, Berenice; TEIXEIRA, Edoilia; CAMARGO, Lila T. Papéis e funções desempenhadas pela enfermeira na área hospitalar. *Ibid.* p. 27-31

OGUISSO, Taka; SECAF, Vitória; SCHIMIDT, Maria José. Atividades das enfermeiras do Instituto de Previdência Social em São Paulo. *Ibid.* p. 47-67.

BECKER, Raimunda da Silva; CASTRO, Ieda Barreira; WINGE, Stela do Valle. Pesquisa operacional sobre as atividades de enfermagem no conjunto sanatorial "Raphael de Paula Souza". *Rev. Bras. Enf.* 24(1-2):56-63, jan./mar., 1971.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente. Análise sociométrica multirrelacional. São Paulo, 1972 [Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de São Paulo-USP]

FERREIRA-SANTOS; Célia Almeida. A enfermagem como profissão-Estudo num Hospital-Escola. *op.cit.*

NOGUEIRA, Maria Jacyr Campos. Subsídios para a descrição do conteúdo global da ocupação da enfermeira de saúde pública. *Enf. Novas Dimens.*, 1(3): 119-125, 1975.

BOEMER, Magali Roseira. Funções da enfermeira e suas perspectivas. *Enf. Novas Dimens.* 2(3):170-173, 1976.

ADAMI, Nilce Piva. Funções da enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1978, 97 p. (mimeografado).

a. A função assistencial exercida pelas enfermeiras nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Rev. Esc. Enf.*, USP, São Paulo, 14(1):63-72, 1980.

b. Caracterização do trabalho da enfermeira no Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1980, 27p. (mimeo.).

SADALA, Maria Lúcia. O ensino superior de enfermagem e a realidade prática do enfermeiro. São Carlos. 1981. [Tese Mestrado, Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos], 189 p.

SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1969. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. São Paulo, 1969, 127 p.

SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1970. *Relatório op.cit.* 56. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. OPS/OMS.

LOPES, Creso Machado. A produção dos enfermeiros assistenciais em relação a pesquisa... *op.cit.*

TREVISAN, Maria Auxiliadora. A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada. Ribeirão Preto, 1986 [Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 200 p.

ALMEIDA, Maria Cecilia Puntel. Estudo do saber em enfermagem *op. cit.* p. 94.

as mais simples e as administrativas mais complexas?... Haveria complexidade de ação no trabalho burocrático?"

Dada esta indefinição na posição do enfermeiro, quando se fala em identificar suas funções o que importa é saber o que ele faz, principalmente no desempenho das atividades que lhe são atribuídas. Esta análise é que se intentará fazer, para identificar as funções que exercem as enfermeiras do DRS₆, cujos dados foram tabulados, segundo o cargo que elas ocupam, e a frequência com que estas cumprem suas funções.

Ficaram pois as 35 enfermeiras distribuídas pelo cargo que ocupam na seguinte ordem: inspetoras (2), distritais (8), chefes e/ou com encarregatura (15) e as de Centro de Saúde (10). Para cada cargo ficaram alistadas as respectivas funções que lhes são atribuídas, como se vê nas questões (27, 27a, 27b.e 27c) incluídas no questionário.

A tabulação destas, obedeceu a mesma ordem (ver anexos 2, 3, 4 e 5) de onde se construíram modelos reduzidos, apresentados nas TABELAS de 20 a 22, obedecendo a um critério que facilitasse a análise e discussão.

Dessas TABELAS (20 a 22) duas informações são consideradas básicas: se a enfermeira exerce aquela função e com que frequência a executa.

Como o DRS₆ possui somente duas enfermeiras inspetoras, não se incluiu para elas modelo reduzido de tabela. As informações foram tiradas do Anexo 2.

Para o cargo de enfermeiro-inspetor, as atribuições oficiais estão centradas em duas funções: as administrativas e de assessoria. Segundo as enfermeiras-inspetoras do DRS₆, além dessas duas, ainda exercem a de ensino, que embora não seja de sua competência oficial, é feita por necessidade de cobrir a carência de profissionais na área.

Quando, porém, se considera a frequência com que executam essas funções, obtêm-se respostas como "às vezes", na seguinte ordem: as administrativas (68,5%), assessoria (66,5%) e ensino (50,0%) evidenciando ser o seu trabalho realizado, quase que igualmente distribuído entre as atividades que se incluem nas funções administrativas, assessoria e ensino.

Segundo a legislação, cabe ao enfermeiro distrital todas as funções, menos a de assistência de enfermagem, e a TABELA 20 mostra que no DRS₆ as enfermeiras distritais exercem atividades administrativas, assessoria, ensino, pesquisa e outras, (funções delegadas e participação em eventos sobre saúde). A frequência sempre ficou em ordem decrescente para: assessoria (87,5%), ensino (81,2%), administrativa (75,0%) e outras (62,5%). A pesquisa, é realizada, às vezes (33,5%) ou excepcionalmente (66,5%).

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS 8 ENFERMEIRAS DISTRITAIS, SEGUNDO A FREQUÊNCIA COM QUE EXERCEM AS FUNÇÕES* QUE LHE SÃO ATRIBUÍDAS. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES FREQUÊNCIA	ADMINISTRATIVAS	ASSESSORIA	ENSINO	PESQUISA	OUTRAS**
SEMPRE	75,0	87,5	81,0	-	62,5
ÀS VEZES	20,5	12,5	19,0	33,5	25,0
EXCEPCIONALMENTE	4,5	-	-	66,5	12,5
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* O anexo nº 3 contém essas funções especificadas

** Atividades que não são de sua atribuição, mas executam, como: exercer outras competências conferidas ou delegadas e participação em eventos sobre saúde.

Cabe aos enfermeiros chefes e/ou com encarregatura, oficialmente as funções administrativas, de ensino e de assistência de enfermagem. Não são incluídas as de assessoria e de pesquisa. Para essas enfermeiras em estudo a TABELA 21 mostrou que elas executam as que lhes são atribuídas pela SES e "outras".

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS 15 ENFERMEIRAS CHEFES E OU COM ENCARREGATURA, SEGUNDO A FREQUÊNCIA COM QUE EXERCEM AS FUNÇÕES* QUE LHE SÃO ATRIBUÍDAS .
DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES FREQUÊNCIA	ADMINISTRATIVAS	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	ENSINO	OUTRAS**
SEMPRE	68,5	73,5	53,5	14,0
ÀS VEZES	22,5	23,5	46,5	86,0
EXCEPCIONALMENTE	9,0	3,0	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

* O anexo nº 4 contém essas funções especificadas.

** Atividades que não são de sua atribuição mas exercem: elaboração de normas e procedimentos, cobrir falta de funcionário, participar de reuniões com Diretoria-técnica, supervisão de postos, realização de testes de sensibilidade.

Essas "outras", são atividades que não estão especificadas na alistagem oficial, mas elas as executam, a saber: elaboração de normas e procedimentos, cobrir escalas de funcionários, participação em reuniões com a Diretoria Técnica, supervisão de postos de vacinação, realização de testes de sensibilidade. Quanto à frequência da execução, as que são desempenhadas, "sempre": em primeiro lugar é a de assistência de enfermagem (73,3%), seguida das administrativas (68,5%), as de ensino (53,5%) e outras (14,2%). Esta situação difere da que se esperava, uma vez que se trata de enfermeiras chefes e/ou com encarregatura, portanto, suas atribuições deveriam ser predominantes na área administrativa, no entanto as mesmas estão fazendo assistência de enfermagem. Quanto as "outras" fun

ções que elas realizam apesar das mesmas se enquadrarem nas oficiais, não foram alistadas entre as mesmas. Esta é a razão de aparecerem como fora de sua atribuição.

Para os enfermeiros de CS. foram atribuídas oficialmente pela SES as cinco funções: administrativas, de assistência, assessoria, ensino e pesquisa. E as enfermeiras que ocupam esse cargo no DRS₆ responderam, segundo mostrou a TABELA 22, que elas executam essas funções.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS 10 ENFERMEIRAS DE CENTRO DE SAÚDE, SEGUNDO A FREQUÊNCIA COM QUE EXERCEM AS FUNÇÕES* QUE LHE SÃO ATRIBUIDAS. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES FREQUENCIA	ADMINISTRATIVA	ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM	ASSESSORIA	ENSINO	PESQUISA
SEMPRE	68,5	67,5	40,0	58,5	36,5
ÀS VEZES	19,5	26,0	40,0	25,0	36,5
EXCEPCIONALMENTE	12,0	6,5	20,0	16,5	27,0
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* O anexo nº 5 contém essas funções especificadas.

Quanto à frequência, as que mais exercem "sempre" são: administrativas (68,5%), assistência de enfermagem (67,5%), ensino (58,5%), assessoria (40,0%) e por último pesquisa (36,5%). Este grupo é o que por definição oficial deve desempenhar maior número de atribuições e funções, pois além das que lhe são próprias, ele tem que substituir e assessorar a enfermeira chefe. Sua situação também é complicada pois fica entre uma estrutura de poder superior, a chefia e uma inferior representada pelos seus auxiliares, que lhe são subalternos e estão sob sua responsabilidade. A diferença entre as suas funções administrativas (69,5%) e de assistência (68,5%) é pequena embora o predomínio seja para a administrativa.

No DRS₆ de Ribeirão Preto, suas enfermeiras, de um modo geral, segundo os dados das Tabelas 20, 21 e 22, mostram que dentre as funções que mais executam, segundo seus cargos são: inspetoras, as administrativas (68,5%), as distritais, as de assessoria (87,5%), as enfermeiras chefes e/ou com encarregatura, as de assistência de enfermagem (73,3%), e as enfermeiras de CS - as administrativas (68,5%). O fato inesperado foi o relacionado com o grupo de enfermeiras chefes e/ou com encarregatura

que são mais absorvidas pelas atividades de assistência de enfermagem e não as administrativas, como se esperava. Esta situação é explicada pela carência de pessoal auxiliar, o que obriga a enfermeira chefe cobrir escala na ausência de funcionários.

Um profissional é identificado socialmente pelas atividades que caracterizam suas funções, e o que se considera é o que ele faz, é o seu exercício nas atividades a eles atribuídas.

O que se viu caracterizado nos dados de funções das enfermeiras do DRS₆, foi a predominância de função administrativa e assessoria em detrimento das de assistência de enfermagem.

Esta posição do enfermeiro pode, entre outras conseqüências, contribuiu para o enfraquecimento de sua liderança junto à sua equipe, como também a distorção de sua imagem pela sociedade, pois ele é reconhecido pela assistência de enfermagem prestada diretamente às pessoas.

Autores como CARVALHO & CASTRO, 1979, postulam a prática como fator que determina a posição e o "status" do enfermeiro na sociedade. Dizem eles: "Tanto mais elevados serão esta posição e este "status", quanto mais adequada a prática às necessidades e expectativas sociais e quanto mais valorizados forem os problemas que a profissão se propõe a resolver."

Sabe-se não ser esta posição exclusiva das enfermeiras do DRS₆ nem tampouco uma situação nova. Já foram identificadas por ALVIN et al. em 1966, que concluíram em seu trabalho sobre o pessoal de enfermagem do SESP. "Nas unidades sanitárias observadas, o tempo da enfermeira deveria ser melhor aproveitado; numa, ela dedica tempo demasiado as atividades administrativas e na outra, tempo demasiado é gasto em atividades de nível de atendente, mas não na área de cuidados diretos ao paciente."

ADAMI, 1980b, em seu estudo sobre as enfermeiras dos CSs da SES concluiu que: "Há evidências da predominância do papel administrativo da enfermeira quando cotejado com outras funções exercidas por esse profissional."

Situação semelhante também já havia sido identificada em 1973 por FERREIRA-SANTOS: "as enfermeiras, pressionadas por elementos adversos

CARVALHO, Vilma de & BARREIRA e CASTRO, Ieda. Reflexões sobre a prática de enfermagem. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, ag., 5-11, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 51-59 (p. 54).

ALVIN, Emengarda et alii. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem op. cit., p. 247.

ADAMI, Nilce. Caracterização do trabalho da enfermeira. op. cit., p. 26.

FERREIRA-SANTOS, Célia. A enfermagem como profissão. op. cit., p. 115.

da situação (escassez de pessoal e de equipamento, objetos sociais frustradores), refugiaram-se em atividades, predominantemente administrativas e abriram mão das que envolviam redefinição dos procedimentos tradicionais simples."

As enfermeiras, para as quais são atribuídas funções de assistência de enfermagem responderam que executam essa atividade, só que as de Centro de Saúde (portanto sem cargo de chefia) realizam mais as administrativas (TABELA 22), enquanto as que são chefes ou com encarregatura, têm nessa função assistencial, sua maior percentagem de trabalho. (TABELA 21). Esta situação é um viés. O cargo de chefe deveria incluir uma soma de atividades maior na área administrativa.

Quando ADAMI, 1980a, estudou a função assistencial dos enfermeiros dos CS_s da SES ela concluiu que 95,2% delas exerciam funções assistenciais, "mas a execução de tais atividades e tarefas apresenta maior percentual na forma eventual do que rotineira."

Esta situação do enfermeiro tem trazido graves conseqüências para sua própria profissão, expressa principalmente na indefinição, falta de identidade e contradição na prática, criando até pontos conflitantes, dificultando o seu trabalho, tendo como agravante o seu distanciamento com o paciente - do cuidado de enfermagem - da sua clientela e da população de sua área. A esta situação pode ser atribuída a falta de reconhecimento social (e da própria população) pelo trabalho deste profissional, gerando sua insatisfação.

A mesma autora, em 1980b, caracterizando o trabalho da enfermeira nos CS da SS. chegou às seguintes conclusões: "Há evidências da predominância do papel administrativo da enfermeira, quando cotejado com outras funções exercidas por esse profissional. Na área de assistência de enfermagem, a maioria das ações executadas foi a nível e em caráter praticamente substitutivo do pessoal auxiliar de enfermagem."

Isto evidencia que a situação do DRS₆ em 1985 reproduz uma situação já caracterizada em toda CSC desde 1980. Ainda nesse mesmo trabalho a autora assinalou que, se as unidades da Coordenadoria de Saúde da Comunidade pudessem contar com um quadro de dotação de pessoal adequado às ações programadas, a enfermeira poderia destinar maior parte de seu tempo às atividades mais complexas, compatíveis, portanto, com sua formação profissional. Nestas circunstâncias seria menos evidente sua a

ADAMI, Nilce Piva. A função assistencial exercida pelas enfermeiras nos CS_s op. cit., p. 63-72.

_____. Caracterização do trabalho da enfermeira, op. cit., p. 26 e 14.

tuação em caráter de substituição, ampliando-se deste modo, a característica de complementação, como seria desejável.

SILVA, 1981, falando das atividades dominantes da enfermagem lembra contradições e uma delas é a que existe entre o cuidado direto ao paciente, versus as tarefas de administração e supervisão. "Este é um dilema real ou falso? De qualquer modo, se um falso dilema, ele continua sendo real, porquanto não é visto como falso! Eu pergunto às enfermeiras: a enfermagem padrão, em alguma época de sua história, em nosso país exerceu *predominantemente* o cuidado direto ao paciente ou este é um mito que a categoria das enfermeiras criou, inconscientemente, nas suas origens, tentando incorporar um aparato ideológico - e apenas nesta esfera - as atividades que eram exercidas, predominantemente, pelos serviços de enfermagem como um mecanismo de dominação de classe? Se esse mito for constatado, cabe-nos perguntar se a sua persistência através do tempo serve ou desserve a enfermagem?... Penso que esse é um ponto fundamental da reflexão, ligado ao ponto básico: quais são as funções do enfermeiro hoje?"

A função de assistência de enfermagem é primordial para o enfermeiro, porque não depende da autoridade de outro profissional. É também fundamental para o exercício de sua prática, já que as demais atividades e funções que caracterizam sua área de atuação, existem em função desta. Está havendo entretanto, "desvios" em sua prática, isto é, outros estão realizando suas funções. Fica para o pessoal auxiliar tarefas, que deveriam ser reservadas ao enfermeiro, e este, por sua vez, se encarrega de outras que poderiam e deveriam estar em mãos de auxiliares.

FERREIRA-SANTOS & MINZONI, em 1968, num estudo concluíram que: "O pessoal de enfermagem das diversas categorias realiza tarefas que não estão de acordo com sua formação; a enfermeira gasta aproximadamente 20% de seu tempo em atividades de outro nível; os auxiliares estão executando funções que deveriam ser da enfermeira as quais por sua vez estão desperdiçando seu preparo em tarefas de atendentes, acrescentando que é grande o número de horas despendido igualmente pela enfermeira em atividades de nível de secretária."

A situação não é só regional ou nacional. Num trabalho sobre "A situação crítica da enfermagem na América Latina e Caribe", em 1973, os autores encontraram através de estudos realizados em algumas insti -

SILVA, Graciete Borges. Aspectos sociais da enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 15(2): 205-209, 1981. (p. 207).

FERREIRA-SANTOS, Célia; MINZONI, Maria Aparecida. Estudo das atividades de enfermagem. op. cit. p. 424 e 407.

LA SITUACION critica de la enfermeria. *Bol. ofic. sanit. panamer.*, op. cit., p. 14.

tuições "que o pessoal de enfermagem dedicava 40 a 60% de seu tempo em atividades alheias às suas funções (trabalho de escritório, secretaria, serviço de mensageiro...) que poderia ser feito por pessoal menos preparado."

pelos dados de funções das enfermeiras do DRS₆ e as anotações bibliográficas, o que se observa é a presença de elementos que se apropriam de tarefas que deveriam estar afetas às enfermeiras enquanto estas executam tarefas que não lhes pertencem. É uma inversão caracterizada pela condição da enfermeira assumir atividades que são da competência médica. Entre os autores que estudaram o problema, destacamos: BARBATO et alii, 1962, quando relatam: "Em certas situações, as enfermeiras tornam-se capazes de desempenhar algumas funções não propriamente suas e sim dos médicos, e que posteriormente, por negligência de ambos, passam a ser rotinas das enfermeiras". OLIVEIRA, 1969, completa a informação observando sobre "funções médicas delegadas, que atividades de tal natureza, parecem-nos que não constituem campo específico da enfermagem, pois implicam geralmente na execução de tarefas simples, já rotinizadas ou sistematizadas."

Portanto, o "espaço" ocupado pelo enfermeiro não é um espaço claro, definido e delimitado. Mesmo a divisão técnica do trabalho da equipe de enfermagem, atribuindo funções diferentes e de níveis de complexidade distintos, não é capaz de delimitar um espaço específico para o enfermeiro" (ANGERAMI & ALMEIDA, 1983).

Esta disposição de não limitar claramente as funções é assunto para ser discutido e refletido pelo enfermeiro e o pessoal de enfermagem. RIBEIRO, 1980, em seu discurso de posse na presidência da ABEn Central, assim se expressou: "Não há vazios que não sejam ocupados e, se os espaços físicos, sociais e culturais ou institucionais que nos cabem deixarem de ser preocupações nossas, de cada um e de todo o grupo profissional, poderão eles se transformar em problemas maiores para a classe, pois outros tentarão e poderão ocupá-los."

BARBATO, Moema et alii. Delimitações de funções entre médicos e enfermeiras. *Rev. bras. Enf.*, 15(3):185-198, jun. 1962. (p. 188).

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Funções médicas delegadas. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CURRÍCULO DO CURSO EM ENFERMAGEM, 1968, São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, USP/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1969. p. 33-36 (p. 4)

ANGERAMI, Emília L.S. & ALMEIDA, Maria Cecília P. O enfermeiro no seu "espaço". *Educ. med. Salud*, 10 (20):150-161, 1983. (p. 154)

RIBEIRO, Circe de Mello. Discurso de posse. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, jun. 1-7, 1980. *Anais*. Brasília, ABEn, 1980. p. 21-23.

Não é fato isolado ou específico do DRS₆ os desvios na função da enfermeira. Mesmo a situação das enfermeiras chefes e/ou com encargatura do DRS₆, que segundo a TABELA 21, tem o seu maior percentual de desempenho em funções de assistência (73,5%). Este fato foi identificado também por BECKER, 1971, que classificou como a categoria que apresenta maiores afastamentos de função a *enfermeira chefe*, chegando a 53,0%. No entanto, as atividades próprias de enfermeira chefe são executadas por pessoal não habilitado para esse fim. OLIVEIRA, 1979, também aborda esses desvios de função.

Houve, com o passar do tempo, uma estratificação do pessoal de enfermagem, e um grande contingente de pessoal não preparado ocupa hoje os hospitais e os Serviços de Saúde. Esse crescimento de trabalhadores menos hábeis fez com que o enfermeiro ocupasse o lugar de supervisor, através do qual pode controlar o trabalho de seus auxiliares. Esta estratégia permitiu baratear o custo do trabalho e atender o grande aumento da demanda dos serviços.

Essa situação dos enfermeiros estarem exercendo funções predominantemente administrativas ocorre não por sua opção, mas devido a fatores que intervêm na sua prática, fatores esses que ainda não são suficientemente conhecidos, havendo necessidade de se pesquisar esses determinantes sociais, tecnológicos e científicos.

Os resultados do trabalho COFEN/ABEn, 1985, evidenciaram que as funções mais mencionadas pelo pessoal da área para-hospitalar, 6 173 enfermeiras, são: supervisão do pessoal de enfermagem, treinamento em serviço... A função de supervisão foi mencionada com maior frequência. Entre as conclusões, uma se destaca "a maioria das funções técnicas de enfermagem, especialmente as relacionadas com a atenção direta aos pacientes e ao público, está nas mãos dos atendentes, já que estes constituem 64% da força de trabalho em enfermagem."

Estas anotações mostram como fica difícil discutir funções do pessoal de enfermagem, quando há evidência da causa da situação, porque passa o Setor Saúde residir fora dele, e pelas indefinições da própria estrutura da área da Saúde do país, onde o discurso (a teoria) é um e a prática outra.

Os dados sobre funções das enfermeiras ora apresentados, é uma descrição do seu posicionamento no DRS₆ de Ribeirão Preto. Este estudo, porém, não se esgota com estas informações, mas se amplia, à medida em que se buscam os fatores explicativos, que justifiquem a realidade, apon

BECKER et al. Pesquisa operacional sobre atividade de enfermagem. op. cit., p. 59.

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas instituições. op. cit., p. 160 - (163).

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 9-26 (p.20).

tando as causas e as diferentes posturas dos autores frente a esse assunto.

Atualmente se observam duas tendências evolutivas com relação às funções do enfermeiro. Ambas têm sido objeto de grandes debates. A primeira contempla a ampliação das atribuições do enfermeiro a fim de que este desempenhe um número maior de funções médicas. Paulatinamente, o enfermeiro viria assim exercer o trabalho de um "assistente médico". A segunda tendência - defendida por algumas autoridades na matéria e com partilhada pelos membros do Comitê - postula que a enfermeira deve aprofundar-se em seu próprio campo, para converter-se num especialista em assistência de enfermagem (OPS, 1975).

Um fato novo surgido recentemente, como premissa de possíveis mudanças foi a Lei do Exercício da Enfermagem* que em seu art. 11 faz menção às funções privativas do enfermeiro no exercício. Este parece ser o ponto alto da Lei e uma conquista para a enfermagem brasileira. Claro que ela não mudará por si só, os problemas da profissão, mas será o apoio ao trabalho daqueles que se interessam pela categoria e por um nível melhor de assistência à população. Diz a Lei em seu art. 11: "O enfermeiro exercerá todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente direção, chefia, organização, direção de serviços, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem." E ainda consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, consulta, prescrição, cuidados diretos e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Há ainda aquelas que são funções que se relacionam ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde.

Visando à identificação das atividades, que mesmo não sendo da competência das enfermeiras elas têm que assumir, foi elaborada a TABELA 23. As atividades indicadas por elas foram agrupadas pelas funções e os resultados ficaram assim distribuídos: administrativas, as de assistência de enfermagem, ensino e outras.

As funções administrativas tiveram maiores percentuais para as enfermeiras inspetoras (75,0%) e distritais (85,0%). As de assistência de enfermagem, seus maiores percentuais foram para o enfermeiro-chefe e/ou com encarregatura e os de nível local, de CS (60,0%). Estas duas

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Ensenanza de la introduccion a la enfermeria. Washington, OPS, 1975 (Publ.Cient.303) 21 p. (p. 2).

* LEI 7498, de 25 de jun. 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Sec. 1, 124 (119), 5a. f., 26 jun. 1986.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS 35 ENFERMEIRAS SEGUNDO AS FUNÇÕES QUE TEM DE ASSUMIR OU SUBSTITUIR. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES CARGO	ADMINISTRA TIVAS	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	ENSINO	OUTRAS *	TOTAL
INSPETORA	75,0	25,0	-	-	100,0
DISTRITAL	85,0	7,5	7,5	-	100,0
CHEFE OU ENCARREG.	34,5	65,5	-	-	100,0
CENTRO DE SAÚDE	36,5	60,0	-	3,5	100,0

* lavagem, preparo e esterilização de material

funções são as que concentram maior percentual de substituições pelos enfermeiros.

De um modo geral, as substituições feitas ligadas às administrativas, que as enfermeiras indicaram foram: substituir outros profissionais em reuniões e na área administrativa, substituir Diretor da Instituição; resolver a demanda reprimida; tomar decisões de competência médica; cuidar da limpeza e conservação do prédio; realizar trabalhos de escritório e outras. Nas relativas à assistência de enfermagem, citaram-se, entre outras: substituir funcionários faltosos, nas áreas de atendimento de pacientes (de todos os programas); substituir nas salas de vacina e colheita de material; na matrícula, fichário e arquivo; fazer indicação de soroterapia, fazer visitas domiciliárias, etc.

Não são as enfermeiras do DRS₆ são submetidas a estas circunstâncias. ADAMI, 1978, estudando as funções da enfermeira quanto aos fatores impeditivos, identificou a mesma causa apontada em Ribeirão Preto no DRS₆. Assim ela ^{se}expressou numa de suas conclusões: "A maioria das enfermeiras (91,84%) identificou vários problemas relacionados à infraestrutura dos serviços de saúde, procedimentos administrativos e de incentivo, que seguramente dificultam o exercício das funções nos CSs. da CSC."

Os impedimentos e dificuldades anotados na TABELA 23, indicadas pelas enfermeiras do DRS₆, não constituem fato novo. Já em 1970, no II Seminário de Educação em Enfermagem, os participantes reconheceram "que os problemas em sua maioria estavam ligados à ausência de planejamento geral e regional de saúde, às inadequações das estruturas existentes e à integração precária dos serviços. Os serviços de saúde apresentam escassez quantitativa e qualitativa de recursos materiais e humanos, agravada por inadequação, tanto na distribuição dos recursos financeiros, como na utilização dos elementos humanos disponíveis."

Nesse mesmo documento, observa-se uma de suas conclusões: "O resultado dos trabalhos mostrou a necessidade de modificações na estrutura e organização das instituições de saúde e de seus serviços de enfermagem, de ampliação de recursos financeiros, materiais e humanos, a fim de elevar o nível da prática profissional."

Passados 15 anos, permanecem os mesmos problemas centrados num mesmo impedimento, para que o enfermeiro exerça sua prática, a estrutura do próprio serviço. Esta prática não corresponde somente a influência dos fatores internos a ela mesma, mas aos fatores originados na estrutura social que definem as diretrizes a serem seguidas: ao atendimento que será dado às necessidades básicas dos indivíduos, inclusive decidir sobre o direito à saúde. Esta posição reflete no desenvolvimento da enfermagem, criando dificuldades para sua prática e até discriminando a profissão.

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS 35 ENFERMEIRAS, SEGUNDO OS FATORES IMPEDITIVOS QUE INTERFEREM NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

CARGO \ FATORES	ESTRUTURA TÉCNICO - ADMINISTRA TIVA	FORMAÇÃO PROFIS SIONAL	PRÓPRIA PESSOA	T O T A L
INSPETORA	50,0	25,0	25,0	100,0
DISTRITAL	100,0	-	-	100,0
CHEFE OU ENCARREG.	50,0	33,5	16,5	100,0
CENTRO DE SAÚDE	66,5	20,0	13,5	100,0

SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2. Ribeirão Preto. Relatório.
op. cit., p. 135.

Quando foi perguntado às enfermeiras, quais eram os fatores que as impediam de exercer suas funções, as respostas ficaram associadas a três: estrutura técnico-administrativo da SES, a formação profissional e fatores ligados a própria pessoa (sua maneira de sentir, pensar e agir).

Na TABELA 24* os dados mostram que o fator mais destacado, de maior percentual foi o ligado à estrutura da SES: para as enfermeiras inspetoras 50,0%; as distritais 100,0%; chefe ou com encarregatura 50,0% e as de CS, 66,5%. As restrições quanto à formação profissional recebida e as limitações da própria pessoa, conquanto ocupem um lugar secundário, precisam ser consideradas. Quanto à formação profissional, já foi discutido na TABELA 8 e QUADRO 1. Com respeito a própria pessoa elas relacionaram problemas ligados à família, dificuldade de exercer chefia, problema de ser mãe, dona de casa e trabalhar fora, problema de saúde, frustração e falta de estímulo pessoal e outras.

Quanto à estrutura técnico-administrativa, entre as justificativas apresentadas pelas enfermeiras, há aquelas que se referem a material e pessoal: carência, mal aproveitamento, despreparo e inadequação; há funcionários que já estão com muitos anos de trabalho e com problemas de saúde. Quanto ao enfermeiro, foi colocada a carência desse profissional, sua desvalorização pelo próprio serviço, sem linha de mando, há desvios de suas funções com acúmulo das administrativas, desprovidas de carreira e ficam "espremidas" entre a chefia médica e seus funcionários. A notaram ainda a falta de trabalho em equipe.

Na TABELA 25 estão as enfermeiras distribuídas segundo as dificuldades que sentiram no início e atualmente em seu trabalho. Observa-se que os mesmos fatores identificados como impedimentos, aqui aparecem como dificuldades a serem enfrentadas. Tanto no início, como atualmente, o fator mais evidenciado é o que se liga à estrutura técnico-administrativa. Segue aquele que é individual e se liga à própria pessoa, e por último sua própria formação.

Esses dados estão de algum modo associados aos da TABELA 24, confirmando-os aqui.

A TABELA 25 demonstra que entre as 23 enfermeiras que tiveram dificuldades iniciais, em sua maioria se ligavam à estrutura técnico-administrativa (56,4%). Na época em que os dados deste trabalho foram co

* Nos Anexos de números 6 a 9, estão detalhadas as afirmações das enfermeiras.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS* SEGUNDO AS DIFICULDADES SENTIDAS NO INÍCIO E ATUALMENTE PARA O EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES
DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

DIFICULDADES		ESTRUTURA TÉCNICO ADMINIS TRATIVA	DA PRÓPRIA PESSOA	DE SUA FORMAÇÃO	T O T A L
INICIAIS	Nº	13	9	1	23
	%	56,5	39,0	4,5	100,0
ATUAIS	Nº	14	6	-	20
	%	70,0	30,0		100,0

* Esta porcentagem foi calculada em relação ao total de 35 enfermeiras.

lhidos, apesar de serem 20 as que ainda tinham dificuldades, o percentual para a estrutura técnico-administrativa aumentou, (70,0%).

Na TABELA 26 as enfermeiras estão distribuídas, segundo o número e pessoas que têm sob sua responsabilidade. Essa distribuição mostra que as enfermeiras inspetoras têm em média 253 funcionários. Estes são enfermeiras (distrital, chefe e/ou com encarregatura de de CS) e pessoal auxiliar (visitadores sanitários e atendentes). As distritais tem sob sua responsabilidade 56 pessoas, que são enfermeiras (chefe e/ou com encarregatura e de CS) e pessoal auxiliar.

As enfermeiras chefes e/ou com encarregatura têm em média 15,3 pessoas: enfermeiras (de CS) e pessoal auxiliar, e as de CS 11,6 pessoas, que é o pessoal auxiliar. As enfermeiras chefes e as de CS, ficam com um número menor de pessoas, se comparado com as outras duas categorias anteriores, mas possuem inúmeras outras atividades paralelas, sua responsabilidade sobre pessoal auxiliar é mais direto, numa supervisão feita durante todo o período de trabalho.

Quanto ao número de unidades, sob a responsabilidade delas, as enfermeiras inspetoras têm em média 35 unidades, as distritais 9, as chefes e/ou com encarregatura 1,2 e as de CS, 1.

Essa distribuição é relativamente teórica, mas retrata a si

ABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS E UNIDADES QUE ESTÃO SOB SUA RESPONSABILIDADE. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

C A R G O	P E S S O A S S O B S U A R E S P O N S A B I L I D A D E								NÚMERO D UNIDADES
	DISTRITO	ENFERMEIROS DE C.S.	OBSTE- TRIZ	VISITADOR SANITÁRIO	ATENDEN- TES	SERVEN- TES	OUTROS	TOTAL DE PESSOAS	
INSPETORA*	4	12	1	86	151	-	-	254	36
INSPETORA	4	11	1	85	151	-	-	252	35
ENF.DISTRITAL-RIB.PRETO**	-	7	1	20	38	-	-	66	9
ENF.DISTRITAL-RIB.PRETO	-	6	1	20	37	-	-	64	9
ENF.DISTRITAL-BATATAIS	-	2	-	14	25	-	-	41	7
ENF.DISTRITAL-FRANCA	-	2	-	21	37	2	-	62	11
ENF.DISTRITAL-SÃO CARLOS	-	1	-	20	29	-	-	50	6
ENF.DISTRITAL-ARARAQUARA	-	2	-	29	48	-	-	79	13
ENF.DISTRITAL-JABOTICABAL	-	1	-	25	41	-	-	67	7
ENF.DISTRITAL-S.J.BARRA	-	-	-	4	15	-	-	19	4
ENF.CHEFE-CS ₁ FRANCA	-	1	-	10	13	-	-	24	1
ENF.CHEFE-CS ₁ RIB.PRETO	-	2	2	12	18	-	2	36	1
ENF.CHEFE-CS ₁ BATATAIS	-	1	-	4	5	1	1	12	1
ENF.CHEFE-CS ₁ SÃO CARLOS	-	-	-	7	8	-	1	16	1
ENF.CHEFE-CS ₁ JABOTICABAL	-	-	-	9	7	-	-	16	1
ENF.CHEFE-C.S.ESCOLA	-	3	-	4	11	-	-	18	3
ENF.CHEFE - SESA	-	2	-	13	20	-	1	36	2
ENF.C/ENCAR.**C.S.FRANCA	-	-	-	3	5	-	-	8	1
ENF.C/ENCAR.CS ₂ -RIB.PRETO	-	-	-	3	3	-	-	6	1
ENF.C/ENCAR.CS ₂ -ITUVERAVA	-	-	-	5	5	-	-	10	1
ENF.C/ENCAR.CS ₂ -SERTÃOZINHO	-	-	-	4	6	-	1	11	1
ENF.C/ENCAR.CS ₂ -CRAVINHOS	-	-	-	1	5	-	-	6	1
ENF.C/ENCAR.CS ₂ -ITAPOLIS	-	-	-	4	3	-	-	7	1
ENF.C/ENCAR.C.S.ESCOLA	-	-	-	1	4	3	-	8	1
ENF.C/ENCAR.C.S.ESCOLA	-	-	-	3	10	3	-	16	1
ENF.S/ENCAR***CS ₁ BATATAIS	-	-	-	4	4	-	-	8	1
ENF.S/ENCAR.CS ₁ -RIB.PRETO	-	-	1	12	18	-	-	31	1
ENF.S/ENCAR.CS ₁ -FRANCA	-	-	-	3	5	1	-	9	1
ENF.S/ENCAR.CS ₁ -RIB.PRETO	-	-	1	3	3	-	-	7	1
ENF.ENCAR - SESA	-	1	-	13	20	-	1	35	1
ENF.S/ENCAR.C.S.ESCOLA	-	-	-	4	10	-	-	14	1
ENF.ESTAGIÁRIA-PONTAL	-	-	-	4	6	-	-	10	1
ENF.CONVENIADA-CS ₃ -SANTA LÚCIA	-	-	-	-	1	-	-	1	1
ENF.OSTETRIZ	-	-	-	1	-	-	-	1	-
ENF.OSTETRIZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* São 2 enfermeiras inspetoras e 2 distritais ficando a população dividida em dois.

** ENF.C/ENCAR. - Enfermeira com encarregatura

*** ENF.S/ENCAR. - Enfermeira sem encarregatura

tuação vigente de acúmulo de pessoal, de atividades e de unidades a serem supervisionadas; isto leva a enfermeira à situação difícil, comprometida pela escassez de seu pessoal, falta de viaturas e de verba de combustível para atender às necessidades de locomoção e atendimento da própria área do serviço e de outros fora dela. Como pode uma única inspetora dar atendimento a 34 unidades, ou mesmo 71 unidades, quando há somente uma em exercício, e aquelas são espalhadas por uma região geográfica de 27 468 km²?

Torna-se praticamente impossível as enfermeiras cumprirem as funções que lhe são atribuídas, pelas dificuldades até agora mostradas e ainda com um número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade e supervisão. Como foi mostrado na TABELA 26, há 10 serventes que estão sob responsabilidade da enfermeira e mais 7 outras pessoas que não são da equipe de enfermagem, mas que ficam sob a responsabilidade da enfermeira.

Nos problemas e dificuldades que enfrentam, as enfermeiras procuram pessoas para ajudá-las. O grupo indicou várias, como mostrou a TABELA 27, inclusive algumas fora da estrutura da Secretaria da Saúde como docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, ambas da USP. Do DRS₆ as enfermeiras-inspetoras são mais procuradas (18,3%), seguidas pelas distritais (16,0%), Diretor de Centro de Saúde (13,5%), Diretor Técnico do Distrito (12,2%), colegas enfermeiras (11,0%), seguindo-se outros com menores percentagens. A tendência observada foi de que a busca maior de auxílio é sempre em direção a outra enfermeira.

Estes dados demonstram a importância da supervisão e da pessoa do supervisor. Há necessidade de se contar com apoio, de colegas, com quem se discutam problemas e decisões, na tentativa de solucioná-los.

O sentir-se ou não realizada profissionalmente, segundo a TABELA 28, foi assim expresso pelas enfermeiras. Responderam que sim, 41,0%, não, 59,0%. Disseram sim somente elementos da categoria distrital e a chefe ou com encarregatura, enquanto que as que disseram não, são elementos que ocupam outros cargos. As de CS constituem a maioria desse grupo, pois todas estas disseram não se sentirem realizadas.

Mesmo dentro deste quadro nada promissor, as enfermeiras, mostraram uma certa satisfação, o que significa que apesar das barreiras encontradas e das lutas vividas ainda conseguem manter um grau de satisfação aceitável.

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS* SEGUNDO A PESSOA QUE PROCURA PARA RESOLVER PROBLEMAS RELATIVOS ÀS SUAS FUNÇÕES E ATIVIDADES. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

C A R G O	INSPETORA DE ENFERMA- GEM	ENFERMEI- RA DISTRI- TAL	DIRETOR DO CENTRO SAÚDE	DIRETOR TÉCNICO DO DIST. SANITÁ- RIO	COLEGAS ENFER- MEIRAS	MÉDICOS	ENFERMEI- RA CHEFE	DOCENTES DA EERP- USP	BIBLIO- GRAFIA	DIRETOR REGIONAL E OU SEU ASSIST.	CHEFE DA EQUIPE MÉDICA	PRÓPRIA EQUIPE	DOCENTES DA FAC. S.PÚBLICA SÃO PAULO
ENFERMEIRA INSPETORA	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-
ENFERMEIRA DISTRITAL	6	1	-	2	2	2	-	-	2	-	-	-	-
ENFERMEIRA CHEFE E OU COM ENCARRE- GATURA**	7	8	9	3	6	3	-	2	1	-	-	1	1
ENFERMEIRA DE CENTRO DE SAÚDE	1	4	2	5	-	3	5	1	-	-	1	-	-
T O T A L	Nº 15 %	13 16,0	11 13,5	10 12,2	9 11,0	8 9,7	5 6,0	3 3,6	3 3,6	2 2,5	1 1,2	1 1,2	1 1,2

* 1 enfermeira chefe e ou com encarregatura não respondeu à questão.

** 1 enfermeira chefe e ou com encarregatura disse resolver sozinha seus problemas.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS* SEGUNDO SUA REALIZAÇÃO PROFISSIONAL E CARGO QUE OCUPAM. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

C A R G O	SENTEM-SE REALIZADAS				T O T A L	
	SIM		NÃO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INSPETORA	-		2	100,0	2	100,0
DISTRITAL	5	62,5	3	37,5	8	100,0
CHEFE COM ENCARREGA- TURA	9	64,2	5	35,8	14	100,0
CENTRO DE SAÚDE	-		10	100,0	10	100,0
T O T A L	14	41,0	20	59,0	34	100,0

* 1 enfermeira não respondeu à questão

BATISTA, 1979, estudando assistência de enfermagem num hospital Escola, mostrou em suas conclusões "que o pessoal de enfermagem, quase 93,3%, mostram satisfação no trabalho: sentem segurança, bom humor, gostam do que estão fazendo e não desejam trocar de atividade e de local de serviço. Os índices de insatisfação apareceram apenas na unidade cirúrgica entre os supervisores, 6,7%. O autor considera que esta insatisfação esteja relacionada àqueles que trabalham há muitos anos e que realmente, devem sentir-se muito cansados."

Já no Relatório do COFEN/ABEn, 1985, foi anotado que entre os enfermeiros a 'insatisfação com condições de trabalho' tem praticamente o mesmo peso que a 'insatisfação salarial' como causa de mudança de emprego."

No DRS₆ a insatisfação está associada a todas as situações adversas, discriminatórias, impeditivas, de injustiça e privilégios de outros profissionais, que caracteriza a inserção do enfermeiro no quadro da Secretaria de Estado da Saúde.

Quanto às modificações que as enfermeiras, segundo o QUADRO 3, propõem, abrangeram três áreas: técnico-administrativa do SES (67,5%), do próprio trabalho (21,5%) e do exercício profissional (11,0%).

Foi proposto por elas, que para a área da estrutura técnico-administrativa, o trabalho seguisse um plano procurando definir política de saúde, priorizando ações e melhor organização de infraestrutura, estabelecendo a integração dos serviços de saúde a nível Federal, Estadual e Municipal e com a comunidade; aumentar e atualizar recursos humanos e materiais; melhores salários; opções de jornada de trabalho; trabalho em equipe... Esta visão do DRS₆ mostra que as enfermeiras possuem diagnóstico da situação e entendem que os problemas do Setor Saúde estão fora dele (os principais), e que somente com uma política de Saúde adequada a situação será mudada. Mostraram também, que a união de esforços das três áreas: Federal, Estadual e Municipal poderão trazer mudanças importantes para melhorar a eficiência e eficácia dos Serviços de Saúde. A visão da enfermeira veio mostrar que elas não estão indiferentes, uma vez que, a sua percepção mostra-se adequada, quanto à situação. Que saúde não é problema isolado, mas ligado à política e ao poder.

BATISTA, Wanda Alves. Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem. Análise de alguns fatores relacionados a administração em enfermagem. Ribeirão Preto, 1979. [Tese Mestrado, Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto] 183 p. (p. 124-131).

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições...op. cit., p.143.

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS*, SEGUNDO AS MODIFICAÇÕES CONSIDERADAS POR ELAS IMPORTANTES PARA EXECUÇÃO DE SEU TRABALHO. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

ÁREAS	M O D I F I C A Ç Õ E S		
	T O T A L		E S P E C I F I C A Ç Ã O
	Nº	%	
ESTRUTURA TECNICO-ADMINISTRATI VA DA SECRETARIA DA SAÚDE	56	67,5	Definir a política de saúde com a priorização das ações, melhor organização do trabalho e da infra-estrutura. Estabelecer a integração dos serviços de saúde nos níveis: federal, estadual e municipal e que as instituições trabalhem com a comunidade. Realizar mudança de estrutura política com melhor definição de metas e desburocratização. Aumentar os recursos humanos, materiais, de transportes e ter medicamentos, soros e vacinas em quantidade suficiente. Melhorar e adequar as plantas físicas. Ter melhores salários. Diminuir jornada de trabalho e proceder o atendimento ao público em horário corrido. Ter trabalho em equipe e que esta seja completa. Contratar pessoal auxiliar com formação em saúde e ter mais rigor na seleção de pessoal. Treinar e reciclar o pessoal de enfermagem sistematicamente. Incentivar o treinamento e reciclagem de médicos e pessoal administrativo. Mudar a sistemática de admissão de funcionários e pessoal auxiliar. Manter o pessoal da área atualizado nos programas e sub-programas. Facilitar a atuação junto à população e ter conduta única no trato com todos os funcionários. Cumprimento do horário de trabalho pelos médicos e diretores técnicos. Aumentar o número de enfermeiros e que tenham maior poder de decisão a nível local, que ele faça o fluxo de atendimento dos pacientes. Limitar a área de supervisão do enfermeiro, ter linha de mando dele para com os funcionários. Enfermeiro ter oportunidade para atualizar-se. Ter chefia dinâmica.
DO PRÓPRIO TRABALHO	18	21,5	Oferecer oportunidade de mais discussões sobre problemática social e de saúde, participação comunitária, fatores que interferem na saúde, planejamento e programações de ações. Ter equipe e que esta compreenda seu papel frente à comunidade. Ter mais interesse por parte dos que trabalham na unidade e que o trabalho seja direcionado ao bem estar do paciente. Conscientizar o profissional de seu trabalho.
ENFERMEIRO E SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL	9	11,0	Rever a prática de enfermagem. Ter assessoria técnica de enfermagem e estabelecer melhor entrosamento entre os enfermeiros, e o enfermeiro ter preparo para encaminhar propostas de atendimento.
T O T A L	83	100,0	

* 04 enfermeiras não responderam à questão

Quanto ao próprio trabalho, o que elas desejam é a oportunidade de discussão dos problemas de Saúde, num enfoque mais amplo, em que sejam abordados os fatores que interferem na Saúde.

Foi também expressado pelo grupo a "revisão" da prática, bastante válida, sobretudo pelas barreiras, dificuldades e limitações que elas têm sofrido.

Enfeixando as informações sobre funções, não poderia deixar de ser lembrada a estratégia da Assistência Primária à Saúde (APS) e as condições que as enfermeiras se encontram para assumi-la.

A TABELA 29 mostrou que a maior parte do grupo apresenta condições para este trabalho, evidenciada pelas percentagens das respostas: preparada, pouco preparada, e despreparada. Poucas não apresentaram suas opiniões. A ampliação de funções e a situação de assumir maiores responsabilidades, com poder decisório maior, não criará dificuldades para a maioria das enfermeiras.

Considerando a grande parte da população que ainda hoje não tem acesso aos serviços básicos de saúde, há o problema de cobertura a ser resolvido e a APS foi o instrumento escolhido para a solução, e a mesma vem sendo reconhecida mundialmente como estratégia que possibilitará uma política de prestação de serviço mais justa e equânime.

Para as enfermeiras da DRS₆, essa estratégia colocada em funções* que lhes foram perguntadas, (TABELA 29), colocou-as em situação de preparadas para exercê-las. A única função para a qual elas se acham pouco preparadas (45,5%) ou mesmo despreparadas (27,0%), é a que envolve o papel de intérprete das aspirações e necessidades de saúde das comunidades, junto aos diferentes níveis de assistência à saúde, que é a função do número 6. Esta função já foi analisada em 1952, por LIMA e considerada conclusiva para o enfermeiro de saúde pública.

Essa mesma posição favorável das enfermeiras foi identificada no trabalho do COFEN/ABEn, 1985, "demonstrando opinião favorável à prática da enfermagem, centrada na saúde comunitária, com ampliação das funções do enfermeiro, maior autonomia na prestação de serviços e maior participação nos níveis decisórios do setor saúde."

Pode-se dizer que são quase inexistentes as informações quanto ao programa definitivo a ser implantado para a extensão de cobertura

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde. op.cit. p. 190.

* Estas funções foram adaptadas do questionário do trabalho COFEN/ABEn, acima citado.

LIMA, Izauro Barbosa. Problemas relativos à enfermagem em saúde pública. *An. Enf.*, 5(1): 84-93, 1952 (p. 92).

TABELA 29 - PARECER DAS 35 ENFERMEIRAS* DE COMO SE SENTEM EM RELAÇÃO ÀS FUNÇÕES PREVISTAS QUE TERÃO QUE ASSUMIR FRENTE A ESTRATÉGIA DA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985

N O V A S F U N Ç Õ E S	C O M O S E S E N T E M				
	PREPARADA	POUCO PREPARADA	DESPREPARADA	SEM OPINIÃO	T O T A L
1. Todo pessoal auxiliar da área de assistência primária fará parte da equipe de enfermagem e suas atividades estarão sob a responsabilidade direta do enfermeiro.	20 (60,5%)	11 (33,5%)	2 (6,0%)	-	33 (100,0%)
2. O campo de atuação e as funções de enfermagem serão ampliados. Determinados grupos de funções, de responsabilidade exclusiva de outros profissionais, serão compartilhadas com a enfermagem, permitindo melhor aproveitamento dos enfermeiros.	16 (48,5%)	11 (33,5%)	4 (12,0%)	2 (6,0%)	33 (100,0%)
3. A educação para a saúde, a prevenção de enfermidades, o controle da saúde de indivíduos e grupos da comunidade se transformarão em áreas de maior concentração das atividades de enfermagem.	17 (51,5%)	11 (33,5%)	4 (12,0%)	1 (3,0%)	33 (100,0%)
4. A enfermagem terá poder decisório sobre o número e o tipo de formação do pessoal auxiliar requerido para os distintos programas de saúde.	19 (57,5%)	10 (30,5%)	3 (9,0%)	1 (3,0%)	33 (100,0%)
5. A enfermagem terá sob sua responsabilidade a formação, supervisão, educação e controle do exercício profissional das distintas categorias do pessoal de enfermagem.	16 (48,5%)	15 (45,5%)	2 (6,0%)	-	33 (100,0%)
6. A enfermagem assumirá o papel de interprete das aspirações e necessidades de saúde das comunidades urbanas e rurais, juntos aos diferentes níveis de atenção à saúde.	5 (15,1%)	15 (45,5%)	9 (27,3%)	4 (12,1%)	33 (100,0%)

* 2 enfermeiras não responderam à questão

dos serviços de saúde e quanto ao processo de implantação, para que se possa dimensionar as necessidades de pessoal de enfermagem, obedecendo às necessidades regionais e/ou locais; e a instituição sistematizada da educação em serviço a fim de atualizar os enfermeiros, para assumirem seus compromissos nos cuidados primários.

Esta reação, que pode ser chamada de positiva, do enfermeiro ante a APS, poderá se constituir apenas numa questão teórica, porque a enfermagem está assentada em bases dadas pelo Setor Saúde e dependentes da organização da própria sociedade, pois a realidade tem mostrado, segundo anotou VIEIRA, 1983, que "a enfermagem está crescendo dentro do hospital (80% entre 1968 e 1979) e este crescimento não se dá no sentido da assistência, mas no da administração, jogando por terra o ideal assistencial." Quanto à nova estratégia, esse mesmo autor considerou que para os primaristas, os enfermeiros devem substituir os médicos na APS, assumindo atribuições mais simples. Claro está que as enfermeiras teriam condições técnicas de se incumbirem de novas tarefas. O que lhes falta é quantidade para que tal substituição redunde em extensão de cobertura... Por exemplo, no Brasil entre 1968 e 1979, os médicos em ambulatorios e centros de saúde aumentaram cerca de 100%, enquanto os enfermeiros apenas 33%.

Apesar de na APS as bases das ações serem tipicamente de enfermagem, a enfermeira não foi destacada e enfatizada, ela aparece sem destaque com outros tipos e categorias de pessoal de saúde; falam de seu preparo para atuarem nos programas, mas a idéia que prevalece é de que a prestação de cuidados primários de saúde cabe, primordialmente, a pessoal de nível auxiliar, aos denominados "agentes comunitários". BRAGA, 1983, chamou atenção para essas posições assumidas e chamou de "excessivamente discreta a importância concedida ao médico e à enfermeira, elementos-chave de qualquer equipe de saúde. Um exemplo concreto foi o do PREV.-SAÚDE;

O que se sabe é que "a enfermeira da APS é uma generalista, cujo serviço e intervenção na assistência à saúde integral recaem diretamente sobre indivíduos, família e comunidade, como um todo. Alcança um grau de competência que lhe permite tomar decisões e compartilhar responsabilidades com os demais membros da equipe, na tarefa de elevar o nível

VIEIRA, César. Enfermagem em atenção primária a saúde no Brasil: contribuição para uma crítica. Rio de Janeiro, 1983. NUTES/CLATES/OPS. Fundação Kellogg. Brasília, junho, 1983. 11 p. (p. 6 e 7).

BRAGA, Ernani. Enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento do país. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, São Paulo, 1983. Anais. Brasília, ABEn, 1977. p. 98-104 (p. 98).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde*. PREV.SAÚDE. São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública, 1981. 151 p. (Textos de Saúde Pública. 1).

de saúde da população a seu cargo. Seu desempenho polivalente permite fazer uma utilização racional ótima desta profissional, a fim de alcançar maior e eficaz cobertura a baixo custo e sem aumentar o tempo de sua formação básica." (OPS, 1977).

Uma das condições, entretanto, a que está exposto o enfermeiro em seu novo papel é o domínio dos conhecimentos, destrezas e atitudes, sendo importante uma revisão quanto à sua preparação para a capacitação requerida e que se contemplem as que já se encontrem em serviço com treinamentos e cursos para adaptá-las melhor e com mais segurança ao novo papel.

Qualquer mudança de posição ou direção nos serviços ou em um papel é, por natureza, processo lento e requer o apoio de todos os setores ou grupos envolvidos. "A aceitação por parte das autoridades de saúde, quanto ao novo papel do enfermeiro na APS é o primeiro passo para que ela incorpore os componentes desse papel em sua prática diária. Igualmente importante é que as enfermeiras decidam aceitar ou rechaçar essa nova responsabilidade." (OMS, 1974).

O desenvolvimento do critério da APS requer ajustamentos de estrutura no sistema institucional de atendimento em saúde e, basicamente, uma mudança de atitude dos profissionais de saúde e uma redefinição de suas funções (ROBAYO, 1977). Ademais, é preciso considerar a valorização que a comunidade e as instituições terão nessa estratégia.

Entre as instituições, vale lembrar, como assinalou ACUÑA, 1982, "que as universidades constituem-se em instrumentos vitais para a APS. As instituições formadoras podem ser um pilar principal para se as sentarem as bases para a extensão de cobertura dos serviços de saúde, assim como alcançar o equilíbrio entre: profissionais, técnicos e auxiliares em cada país, assim como, ampliar a capacidade de realizar investigações.

As investigações, levadas a cabo por centro de formação, serviriam como um rico arsenal de tecnologia apropriada que se considera necessária para a reestruturação do sistema de saúde e a mudanças dos programas de saúde."

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
El papel de la enfermera en la Atención Primaria de Salud. Washington, 1977, p. 17 (Publ. Cient. 348) (p. 6).

O.M.S. - Enfermeria y salud de la comunidade, op. cit., p. 8.

ROBAYO, Jorge Castellanos. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Bol. Of. Sanit. Panam.* Washington, 82 (6):478-92, 1977. (p. 492).

ACUÑA, Hector. Participacion de las universidades en el desarrollo económico y social de las Américas. *Educ. med. Salud*, Washington, 16 (2):113-17, 1982.

Há um fato a ser lembrado, que se liga à necessidade de uma melhor organização dos serviços, em especial o uso mais eficiente dos recursos que a sociedade coloca para a saúde. MACEDO, 1985, lembra que é trágico o que está acontecendo na América Latina e no Caribe. É o desperdício na prestação de serviços de assistência às pessoas, indicando que se está jogando fora 1/3 dos recursos que se dispõe. É verdade que os recursos alocados ao Setor Saúde são e serão sempre escassos, mas estamos desperdiçando 33% e é sem dúvida muito mais sério este desperdício do que a carência ou a insuficiência de recursos. Em um cálculo preliminar para a América Latina e Caribe, essa percentagem representa, anualmente 12 bilhões de dólares norte-americanos, os quais são perdidos, porque não se sabe utilizar adequadamente os recursos de que se dispõem, anulando-os porque prestam-se a serviços desnecessários. São desperdícios, porque a tecnologia que se utiliza é inadequada, desperdício pela ociosidade, desperdício pela baixa produtividade.

Foi o próprio então Ministro da Previdência e Assistência Social, Dr. Jair Soares, 1980, que em seu discurso enumerou algumas informações sobre o setor Saúde, e entre elas a de que "estima-se que os serviços públicos de atenção à saúde funcionem com um nível de 60% de ociosidade."

O que se viu a partir das TABELAS 20 a 29 e QUADRO 3, refere-se ao exercício e a prática de enfermagem.

Ainda que se considere ser o objeto da prática da enfermagem, a assistência de enfermagem, predominam as funções administrativas que está sendo exercidas por todas as enfermeiras do DRS₆, embora quanto a sua frequência ela tenha variação entre os diferentes cargos das mesmas.

Com o afastamento da enfermeira, a assistência é delegada aos auxiliares, a grande massa de "trabalhadores" do Setor Saúde. Estes, despreparados e sem condições para o exercício da função, assumem o vazio deixado pela enfermeira.

A importância da administração para os serviços é conhecida e reconhecida, no entanto, o que se percebe é que a enfermeira é desviada do seu campo e de prática e com isso ela perde sua posição na liderança e supervisão do trabalho, não sendo reconhecido e legitimado o seu esforço e suas atividades.

MACEDO, Carlyle Guerra. Assistência primária nas Políticas Nacionais de Saúde na América Latina. *Medicina* do H.C. da Fac. Medic. de Ribeirão Preto e Centro Acadêmico Rocha Lima da FMRP, USP. Ribeirão Preto 18 (1, 2, 3, 4): 2-8, 1985. (p. 6)

SOARES, Jair. Extensão de cobertura por serviços básicos de saúde. Contribuição dos Ministérios da Previdência e Assistência Social. In: 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, março, 1980, 13 p. (mimeog) (p. 4).

Há um "aparente" comodismo e aceitação, por parte das profissionais mas embora a situação difícil, chegando a constrangê-las algumas vezes, a enfermeira por questão até de sobrevivência e manutenção do emprego adota essa postura, ainda que em conflito, por sentir-se impedida de exercer sua prática, ou seja as funções para as quais foi admitida ao serviço.

As enfermeiras de serviço, como foi visto, anseiam por uma mudança e até esboçaram em que áreas deveriam ser efetivadas.

Este fato foi identificado em recente trabalho do COFEN/ABEn, 1986, através das opiniões de enfermeiros representantes de 17 SESs, e estes mostraram que: "a definição do papel do enfermeiro nas equipes multiprofissionais de saúde, inclusive quanto à supervisão e o treinamento de pessoal, ocupa o primeiro lugar entre as mudanças necessárias." Em segundo lugar - "a criação de órgãos coordenadores de enfermagem" (onde não existe) e pela "redefinição das funções do enfermeiro na área de planejamento e programação."

Outras situações ligadas ao exercício profissional estão nas TABELAS 30 e 31:

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DAS 35 ENFERMEIRAS* SEGUNDO SEUS OBJETIVOS EM RELAÇÃO À CONTINUIDADE DE SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL, DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

E X P E C T A T I V A S					
		CONTINUAR ATÉ A		APOSENTADORIA	
DEIXAR ANTES DA APOSENTADORIA	5 15,5%	Ser promovida para cargos mais altos e com maiores responsabilidades		15	47,0%
		Continuar no mesmo cargo		5	15,6%
		Continuar no mesmo cargo com maiores responsabilidades		5	15,6%
		Outras**		2	6,3%
5	15,5%			27	84,5%
				32	100,0%

* 3 enfermeiras não responderam à questão

** Para estudar e participar mais na área docente e transferir-se para outra unidade no mesmo cargo.

Na TABELA 30 as enfermeiras expressaram suas expectativas quanto a permanecerem ou não no trabalho, antes de suas aposentadorias. A maioria, (84,5%), quer permanecer até o final de seu tempo de serviço para conseguir, segundo algumas (47,0%), promoção de cargo, 15,6%, que rem permanecer na mesma posição e 15,6% continuariam no mesmo cargo, mas assumindo maiores responsabilidades e "outras" com 6,3%. Ainda um pequeno número de profissionais pretendem deixar o serviço antes de aposentarem-se (15,5%).

Já foi anotado, neste trabalho, a situação das enfermeiras quanto ao seu salário, os desvios de funções, a jornada dupla de trabalho, condições familiares de lar e trabalho, a situação de desprestígio por ser categoria profissional predominantemente feminina, e outras variáveis que as discriminam e as colocam em posição de subalternidade e até de desprestígio social.

Não é fato novo esta situação. CARVALHO, em 1977, referiu que "em quase todos os países do mundo as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são satisfatórias. A carência de profissionais, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, considerada crítica em alguns deles, decorre de fatores diversos, entre os quais, podem ser citados: remuneração inadequada, horário de trabalho muito longo, sem período de descanso, plantões em domingos e feirados, sem a justa compensação, períodos incômodos ou fatigantes de trabalho, como turnos da tarde e da noite, também sem a devida compensação, e quase que impossibilidade em ascender na carreira, por não ser estruturada ou pela carência de condições de estudo e aperfeiçoamento... Agrava a situação o fato, prevalente em muitos países, do enfermeiro não ser ouvido, quando do planejamento e da tomada de decisões sobre o ensino e a prática da enfermagem e sobre suas condições de emprego e de trabalho."

A situação das enfermeiras do DRS₆ se reproduz em idênticas condições destas citadas. Apesar disso, 47,0% delas aspiram a continuar para galgarem cargos mais altos, no entanto, como já foi discutido anteriormente, não foi ainda implantado um plano de carreira para o enfermeiro na SES, portanto essa possibilidade ainda é remota, o que anula a expectativa de mais da metade das que querem permanecer até se aposentarem.

Uma justificativa para compreensão dessa postura das enfermeiras poderá ser a que foi dada por MENDES, 1985, "Os enfermeiros, enquan

CARVALHO, Amália Corrêa. Condições de trabalho do pessoal de enfermagem. 61a. Conf. Internac. do Trabalho (OIT). Comunicação. *Rev. bras. Enf.* Brasília, 30(2):157- 61, 1977 (p. 157).

MENDES, Dulce de Castro. Assistência ao cliente versus administração dos serviços de enfermagem - a ambiguidade funcional da enfermeira.

cit. p. 117:

Ibid p. (115)

to mulheres (na quase totalidade), são, desde a infância, conscientizados e orientados para tais comportamentos, independentes de sua aquiescência aos mesmos, pois sua socialização se dá pelos determinantes ideológicos da sociedade. Estes papéis se encontram tão integralizados à personalidade dos profissionais que, mesmo deparando com precaríssimas e frustrantes condições de trabalho, em termos funcionais, salariais e outros, eles ainda assim, reportando-se aos seus sentimentos estereotipados, se sentem satisfeitos com as funções que desempenham."

A referida autora lembra ainda que "o tempo profissional no mercado, por ela estudada, na região metropolitana de Belo Horizonte é de aproximadamente 10 anos" e como a situação do enfermeiro em geral, no Brasil, se reproduz em um mesmo modelo, é de se supor que dentre as 84,5% do DRS₆ que pretendem chegar à aposentadoria, este total será bem menor até o final do tempo ativo de serviço.

Na TABELA 31, estão declaradas as associações de classe às quais as enfermeiras do DRS₆ estão filiadas. A totalidade (100%) está filiada ao Conselho Regional de Enfermagem (COREn), 44,0% na Associação dos Funcionários Públicos, 29,5% na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 23,5% na Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São Paulo e em outras entidades, porém com menor frequência.

Os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem são órgãos disciplinadores do exercício profissional de enfermagem, "que tem por função dizer quais as pessoas que podem exercer a profissão ou ocupação; impedir aquelas que a exercem ilegalmente; verificar se as pessoas que exercem legalmente a profissão ou ocupação, estão cumprindo corretamente as obrigações; punir as pessoas que ferem a ética profissional, com uma das penalidades previstas em lei" (OGUISSO, 1981).

A situação encontrada, da totalidade das enfermeiras do DRS₆ estar inscrita no COREN, é efeito da obrigatoriedade da inscrição, sem o que não têm direito ao exercício da profissão.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) é o órgão de representação mais antigo dos enfermeiros, foi fundado em 12 de agosto de 1926 sob a denominação de "Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileira" e por uma reforma de Estatuto ocorrida em 1944, alterou seu nome para "Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas" (ABED) e finalmente em 21/06/1951 passou a chamar-se "Associação Brasileira de Enferma

TABELA 31 - NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ENFERMEIRAS*, SEGUNDO ÓRGÃOS A QUE ESTÃO FILIADAS. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

ÓRGÃO A QUE ESTÃO FILIADAS	S I M		N Ã O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
-Conselho Regional de Enfermagem (COREn)	34	100,0	-	-	34	100,0
-Associação dos Funcionários do Est. São Paulo	15	44,0	19	56,0	34	100,0
-Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)	10	29,5	24	70,5	34	100,0
-Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São Paulo	8	23,5	26	76,5	34	100,0
-União Nacional dos Servidores Públicos e Cíveis de São Paulo	3	9,0	31	91,0	34	100,0
-Associação dos Servidores da Secretaria de Saúde (ASSES)	2	6,0	32	94,0	34	100,0
-Associação Paulista de Saúde Pública	1	3,0	33	97,0	34	100,0

* 1 enfermeira não respondeu à questão.

gem" (ABEn) e que perdura até o presente (CARVALHO, 1976). Nesta sociedade, a filiação é inteiramente facultativa, podendo associar-se enfermeiros, obstettrizes, técnicos de enfermagem e estudantes dos dois últimos semestres do curso de graduação de enfermagem.

O caráter da ABEn é de uma associação cuja finalidade está voltada basicamente para promoções de caráter cultural-científico e assistencial, sendo conhecida sua atuação na realização anual de Congressos de Enfermagem, pela publicação dos Anais do Congressos de Enfermagem, pela publicação da Revista Brasileira de Enfermagem, elaboração do Código de Ética de Enfermagem, participação junto a organizações internacionais, pesquisas e até trabalhos e posições no campo da defesa dos interesses da classe, apesar de não ser esta sua finalidade.

Constatou-se que, apesar dos seus 60 anos de existência, ela contou no DRS₆ com uma porcentagem pequena de sócias, 29,5%, como mostrou a TABELA 31, dado este, próximo ao achado para o país como um todo, que para 1984 contava com 9 166 enfermeiros, o que significa que os percentuais de sócios-quitos, em geral, oscilavam entre 20,4% e 35,5% do total de profissionais existentes (COFEN/ABEn, 1985). CASTRO, 1978, fez uma observação durante o XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem mostrando que "no relatório da ABEn referente ao período que se encerrou, nós fizemos um levantamento e vimos que apenas 43% dos Enfermeiros e Técnicos registrados no COREN, estão associados a ABEn."

Reside aqui a necessidade de estudo para se conhecerem os fatores que estão influenciando para que os enfermeiros deixem de inscreverem-se como sócios de uma entidade que, até alguns anos atrás, era a única representativa da classe, a responsável por importantes eventos, encontros, publicações, pesquisas que apoiaram e conquistaram muitas posições e condições para a classe.

Se esta Associação já sobreviveu há mais de meio século, é porque seu valor é reconhecido. Por que é ela reconhecida e não recebe da classe a adesão como sócios? Onde está este impedimento ou bloqueio?

Não obstante a pequena frequência relativa (23,5%) de filiação, a Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São Paulo é

CARVALHO, Anayde Corrêa. *Associação Brasileira de Enfermagem. 1926-1976* documentário, Brasília, ABEn, 1976. 514 p. (p. 31, 33 e 38).

COFEN/ABEn. O exercício da enfermagem nas Instituições do Brasil. op. cit., p. 221.

CASTRO, Ieda Barreira. As entidades de classe das quais o enfermeiro participa. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Belém, 16-22, julh., 1978. *Anais*, Brasília, p. 159-164 (p. 162).

de grande interesse, porquanto ela precede a existência do respectivo sindicato. Há necessidade prévia da criação de associação profissional, e isto implica que um grupo de pessoas, com interesses comuns, elaborem o estatuto, preencha os requisitos legais e solicitem seu registro.* Para que se efetue a mudança para sindicato, segundo OGUISSO, 1981, uma das condições é a associação contar com associados cujo número represente pelo menos um terço dos profissionais que exerçam a mesma atividade, na região ou base territorial que pretende abranger o sindicato. Poucas todavia, demonstraram interesse em se ligar a associação profissional, como foi mostrado na TABELA 31. Isto talvez se deva a que sua liberdade de ação esteja limitada pelo fato de trabalharem em serviços considerados como essenciais para a população, e por esta razão sintam-se obrigadas a dar continuidade ao serviço, principalmente as que trabalham no setor público, condicionando-as a uma posição de indefinição política e engajamento nas associações e não participação de movimentos, em particular os reivindicatórios, menosprezando a ação do sindicato.

A sindicalização é livre, mas o pagamento do imposto sindical é compulsório. Por outro lado, o associar-se a ele indica uma tomada de posição e uma decisão política, e OLIVEIRA, 1981, reforçou essa necessidade de postura, lembrando que o enfermeiro não pode ser um mero expectador esperando acontecer. "Quanto maior o preparo, maior deveria ser a conscientização de nossos problemas e a busca dos caminhos para solucioná-los, inclusive pela maior afirmação política da classe."

O sindicato representa legalmente toda a categoria profissional perante autoridades administrativas e judiciárias e, entre outras competências, cabe a ele instaurar e homologar dissídios coletivos da classe. PICALUGA, 1982, anotou que cabe "ao sindicato desempenhar papel fundamental, por exemplo, na discussão do piso salarial e do reajuste salarial... O reajuste de salário está associado, por um lado, ao aumento do custo de vida, e, por outro, ao poder de negociação da categoria, além da importância do setor na economia."

As enfermeiras, de um modo geral, têm valorizado pouco os as

* Quando foram colhidos os dados deste trabalho, não havia sido outorgada a carta sindical para o Estado de São Paulo.

OGUISSO, Taka. Entidades de classe na enfermagem. op. cit., p. 8.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. O enfermeiro e a enfermagem. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 2-7, ag., 1981, *Anais*. Brasília, 1981. p. 19-31 (p. 29).

PICALUGA, Isabel. Saúde e trabalho. In Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis. IBASE. VOZES 1982, p. 37-42 (p. 42).

pectos políticos, mas, se pretende ter influência na área da saúde, ganhar posições, ampliar conquistas sociais para se conseguirem melhores condições de trabalho e de salário, urge o fortalecimento político da categoria, através da conduta da união e coesão dos profissionais, numa adição de esforços, que fortalecerá a categoria, para conquistar e/ou ampliar o espaço social do enfermeiro.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

A identificação do enfermeiro na força de trabalho do Departamento Regional de Saúde, 6, de Ribeirão Preto (DRS₆), da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES), facultou caracterizá-los como:

- A totalidade do grupo estudado era do sexo feminino com predomínio do grupo etário de 20 a 30 anos (40,0%), casadas (51,5%), sendo que 77,2% possuía de zero a 5 anos de serviço.
- Com referência a distribuição do pessoal de enfermagem encontrou-se a seguinte proporção: enfermeira 7,0% e pessoal auxiliar 93,0%, numa relação enfermeira/pessoal auxiliar de 1/13,5.
- Com respeito a proporção enfermeira/médico esta se mostrou assim distribuída: 1 enfermeira/9,1 médicos para todo o DRS₆. Se considerada a distribuição só para os CSs a relação foi de 1 enfermeira/10,6 médicos.
- A distribuição de pessoal profissional e auxiliares foi: médicos, 36,0%, enfermeiras, 4,5% e pessoal auxiliar 59,5%.
- A formação profissional das enfermeiras mostrou-se a seguinte: realizaram Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública, 68,5%; Especialização em Saúde Pública 8,6% e receberam treinamento quando de seu ingresso no serviço, 58,8%.
- As restrições feitas pelas enfermeiras, quanto ao curso de enfermagem feito foram em relação ao conteúdo teórico (26,4%) e à prática (32,3%). De todo o grupo, apenas 6 haviam participado de pesquisa e uma única como autora principal.
- Quanto a progressão funcional não havia carreira nem quadro para as enfermeiras. Os seus vencimentos situavam-se entre 2 e 7 salários mínimos, sendo que uma única situava na faixa de até 10 salários. O processo de avaliação de desempenho foi rejeitado por 100,0% das enfermeiras.
- Todas as enfermeiras exercem a função administrativa. Predominando em

frequência ("sempre") as administrativas para as inspetoras e de CS (68,5%); de assessoria para as distritais (87,5%) e de assistência de enfermagem (73,3%) para as chefes ou com encarregatura.

- O grupo das enfermeiras identificou como principal fator impeditivo ao desempenho de suas funções, a estrutura técnico-administrativa da SES. Esta estrutura foi também indicada como a mais carente de reformulação.
- As enfermeiras mostraram-se preparadas para exercerem as funções dos programas de extensão de cobertura da assistência primária. A função para a qual elas se sentiram menos preparadas (15,1%) é a de intérprete entre a comunidade e os serviços.
- Um grupo representado por 84,3% pretendia permanecer em seu exercício profissional até a aposentadoria.
- O grupo estava vinculado aos órgãos da categoria na seguinte distribuição: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) 29,4%; Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São Paulo, 23,5%; Conselho Regional de Enfermagem, 100,0%.

É válido ao final destas conclusões considerar que a apropriada identificação das necessidades de saúde da população e a adequada prestação de serviços constituem a base sobre a qual será possível a existência de uma prática de saúde, bem como a correta definição, formação e utilização dos recursos humanos para essa área, em especial, o enfermeiro.

CAPÍTULO VI
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10a. ALMEIDA, Maria Cecília et al. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 2-7 ag., 1981. *Anais*. Brasília, 1981, p. 119-127.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACUÑA, Hector. Participacion de las universidades en el desarrollo economico y social de las Américas. *Educ. med. Salud*, Washington, 16 (2):113-7, 1982.
2. ADAMI, Nilce Piva. Campos de prática da enfermagem de saúde pública no Estado de S. Paulo. S. Paulo, 1972 [Tese Doutorado.Faculdade de de Saúde Pública-USP] 142 p.
3. ADAMI, Nilce Piva. Situação de saúde no país - implicações para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, 1977. *Anais*. Brasília, 1977. p. 7-15.
4. ADAMI, Nilce Piva. Funções da enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo. S. Paulo Faculdade de Saúde Pública da USP, 1978. 97 p. [mimeografado].
5. ADAMI, Nilce Piva. A função assistencial exercida pela enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de S.Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, S. Paulo, 14 (1):63-72, 1980a.
6. ADAMI, Nilce Piva. Caracterização do trabalho da enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1980b. 27p. [mimeografado].
7. ALBOU, Paul. *Questionários psicológicos*. S. Paulo, S. Paulo Ed. , 1973, 211 p.
8. ALCÂNTARA, Gleite. A enfermagem moderna como categoria profissional. Ribeirão Preto, 1963. [Tese de Cátedra - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 117 p.
9. ALCÂNTARA, Gleite de. *O pessoal de enfermagem necessário em face da realidade sócio-econômica do Brasil*. Ribeirão Preto, 1969. 19 p. [mimeografado].
10. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel et al. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem.- Brasil. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1981. 58 p. [mimeografado].

17a. ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. *Curso de pos-graduação em enfermagem. Análise Crítica*. Ribeirão Preto, 1986. [Trabalho apresentado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina].

11. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. Estudo do saber de enfermagem em sua dimensão prática. Rio de Janeiro, 1984. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública da Faculdade Oswaldo Cruz.] 179 p.
12. ALMEIDA, Maria de Lourdes. Papéis e funções da enfermeira nos projetos e preparos de saúde pública. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da USP, 1970. p. 69-76.
13. ALVIN, Emengarda de Faria. Quinze anos de enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública. *Rev. bras. Enferm.* 11 (2):143-59, 1959.
14. ALVIN, Emengarda de Faria et al. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP. *Rev. bras. Enf.*, 29(4):236-302, 1966.
15. ANDER-EGG, Ezequiel. *Introducción de las técnicas de investigación social*. 4. ed. Buenos Aires, Humanitas, 1974. 340 p.
16. ANDRADE, Odete Barros & ADAMI, Nilce Piva. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública - Modelo programático de preparo requerido para o exercício dessas funções. *Enferm. Novas Dimens.*, 2 (6): 308-18, 1976.
17. ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti & ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. O enfermeiro no se "espaço". *Educ. med. Salud*, 10 (20): 150-61, 1983.
18. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. *Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem*. Brasília. 1979/1985. 5 v.
19. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, S. Paulo, 24-30, set., 1983. *Anais*, S. Paulo, ABEn, 1983. p. 137-143 (p. 127)
20. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - 1956/58*. Brasília, ABEn, 1980. 402 p.
21. AVALIAÇÃO & perspectivas. Brasília, SEPLAN/CNPq, 1982, p. 135-91. (Ciências da Saúde, 6. Enfermagem. 38).

22. BACCHETO, Sinésio & MITZAKOFF, Maria Cristina de Azevedo. Seminário sobre recursos humanos na Administração Pública do Estado; *Cad. FUNDAP*, S. Paulo, 1 (1): 52-8, 1981.
23. BARBATO, Moema et al. Delimitação de funções entre médicos e enfermeiros. *Rev. bras. Enf.*, 15(3): 185-198, 1962.
24. BASTOS, Murillo Villela. O sistema Nacional de Saúde. *Rev. Adm. públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 31-56, 1977.
25. BASTOS, Nilo Brito. Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública. 1942-1965. Rio de Janeiro, Fundação SESP, 1966. 240 p.
26. BATISTA, Wanda Alves. Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem. Análise de alguns fatores relacionados a administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente. Ribeirão Preto, 1979. [Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP] 183 p.
27. BECKER, Raimunda da Silva et al. Pesquisa operacional sobre as atividades de enfermagem no conjunto sanatorial "Raphael de Paula Souza". *Rev. bras. Enferm.* 24 (1-2): 56-63, 1971.
28. BERGMAN, Rebecca. Problemas de planificación de algunas categorías de recursos humanos. Personal de enfermería. In: HALL, T.C. & MEJIA, A. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas*, Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1979, Cap. 9, p. 227-41.
29. BOEMER, Magali Roseira. Funções da enfermeira e suas perspectivas. *Enferm. Novas Dimens.*, 2 (3): 170-3, 1976.
30. BRAGA, Ernani. Enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento do país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, S. Paulo, 1983. *Anais*. Brasília, ABEn, 1977. p. 98-104.
31. CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S. Paulo. 1918-1945. *Rev. Saúde Públ.*, S. Paulo, 18 (nº. esp.): 2-60, 1984.

32. CARVALHO, Amália C. Recursos humanos em enfermagem. *Rev. bras. Enferm.*, Rio de Janeiro, 28: 72-87, 1975.
33. CARVALHO, Amália. Condições de trabalho do pessoal de enfermagem. *Rev. bras. Enferm.*, 30 (2): 157-61, 1977. [Comunicação na 61a. Conferência Internacional do Trabalho, Genebra, 1976]
34. CARVALHO, Amália Correa. *Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo: resumo histórico, 1942-1980*. S. Paulo. Escola de Enfermagem, USP, 1980. 271 p.
35. CARVALHO, Anayde Corrêa de. *Associação Brasileira de Enfermagem. 1926-1976: documentário*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1976. 514 p.
36. CARVALHO, Judith Feitosa de. O papel da enfermeira nos programas e serviços de saúde do país. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2., Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Ribeirão Preto, USP. 1970. p. 11-23.
37. CARVALHO, Wilma. & BARREIRA E CASTRO, Ieda. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 51-9.
38. CASTRO et al. Educação de recursos humanos e a atual mão-de-obra no setor saúde. Bases para uma efetiva política de desenvolvimento. Rio de Janeiro, INEP/MEC/NIERHS, 1971. 358 p.
39. CASTRO, Ieda Barreira. As entidades de classe das quais o enfermeiro participa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Belém, 1978. *Anais*. Brasília, ABEn, 1981. p. 159-64.
40. CASTRO, Paulo de Carvalho. Contribuição para o estudo da administração dos serviços locais de higiene infantil na Capital do Estado de S. Paulo. S. Paulo, 1958. [Tese para Docência-livre da Faculdade de Higiene e Saúde Pública].
41. CHIAVENATO, Idalberto. *Administração de recursos humanos*. S. Paulo. Atlas, 1979. v. 2, v. 3.

42. CICONELLI, Maria Inês et al. Papéis e funções das enfermeiras do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2., Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, OPAS/OMS, 1970. p. 33-46.
43. COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN ENFERMERIA Y SALUD DE LA COMUNIDAD Ginebra, 1974. *Informe*. Ginebra, OMS, 1974. (OMS. Sér. Inf.Tecn, 558).
44. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 61a., Ginebra, 1976. *Informe*. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo, 1976. 2 v.
45. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a., Brasília, 1986. *Relatório Final*. Brasília, Ministério da Saúde. 1986. 21 p.
46. CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 81 [mimeog.]
47. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil. 1982/1983: força de trabalho em enfermagem. Rio de Janeiro. COFEN/ABEn, 1985. 236 p. v. 1.
48. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil: 1982/1983: enfermagem no contexto institucional. Rio de Janeiro. COFEN/ABEn, 1986. 165 p. v. 2.
49. DECLARAÇÃO DO 37º Congresso Brasileiro de Enfermagem. *Boletim Ass. bras. Enferm.*, Brasília, 27 (4): 4, 1985.
50. DURAND, José Carlos. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cad. FUNDAP*, S. Paulo, 5 (10): 4-23, 1985.
51. DUTRA, Vanderli et al. Papéis e funções desempenhados pela enfermeira na área hospitalar. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9., Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto da USP, 1970. p. 27-31.

52. DUTRA, Vanderli de Oliveira. Recursos humanos. In: GONÇALVES, Ernesto Lima, coord. O hospital e a visão administrativa contemporânea. S. Paulo, Pioneira, 1983. p. 67-114.
- 52a. EDITORIAL. *Rev. Bras. Enferm.* 30(3): 225-226, 1977.
53. ENFERMERIA de Salud Pública. *Cron. Org. Mund. Salud*, 15 (3):1-124, 1961. (n. 93).
54. FERREIRA, José Roberto. *O papel do hospital à luz das novas tendências do ensino médico*. Washington. Organização Panamericana de Saúde, s.d., 14 p. [mimeog.].
55. FERREIRA-SANTOS, Célia Almeida e MINZONI, Maria Aparecida. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. *Rev. bras. Enferm.*, 21 (5): 396-442, 1968.
56. FERREIRA-SANTOS, Célia Almeida. A enfermagem como profissão - estudo num hospital escola. S. Paulo. Pioneira, Ed. Universidade de São Paulo, 1973, 177 p. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
57. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico: mão-de-obra; São Paulo*. Rio de Janeiro, 1983. V.1, t.5, n.19, (9º Recenseamento Geral do Brasil, 1980).
58. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico: mão-de-obra; Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. v.1, t.5, n.1. (9º Recenseamento Geral do Brasil, 1980).
59. GALVÃO, Augusto Leopoldo Ayrosa. Faculdade de Higiene e Saúde Pública: sua evolução e seu papel no desenvolvimento da saúde pública no Brasil. *Arq. Fac. Hig. Saúde públ., USP, S. Paulo*, 13 (1): 1-11, 1959.
60. GODDARD, H. A. Princípios de administración aplicados a los servicios de enfermeria. Ginebra. Organizacion Mundial de Salud. 1959. 115 p. (OMS- série de monografias, nº 41).
61. HAGA, Atsuko. A participação atual da mulher no mercado de trabalho. *Rev. Fund. SEADE/S. Paulo Perspect.* 2 (1): 5-13, 1986.

69a. LOPES, Creso Machado. A produção dos enfermeiros assistenciais em relação à pesquisa em enfermagem, em um município paulista. Ribeirão Preto, 1983. [Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 133 p.

62. HILLEBOE, Herman & SCHAEFFER, M. Estudos sobre a proposta de reorganização da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social do Estado de S. Paulo, 1964. Apud MASCARENHAS, R.S. Histórico da saúde pública no Estado de S. Paulo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7: 433-46, 1973.
63. JOHNSON, Alton C. & SCHULZ, Rochwell. Administração de hospitais. S. Paulo, Pioneira, 1979, 345 p.
64. JUNQUEIRA, Luciano A.P. A gestão dos recursos humanos na Secretaria da Saúde. *Cadernos FUNDAP*, S. Paulo, 3 (7): 87-95, 1983.
65. KESIC, Branko. Adiestramiento y empleo de personal auxiliar de salud publica en America Latina. *Bol. ofic. sanit. Panamer.* 60 (6): 469-485, jun. 1966.
66. LANDMANN, Jayme. *Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença da morte*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983. 327 p.
67. LEI 7 498, de 25 de jun. 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Sec. 1, 124 (119), quinta-feira, 26 jun. 1986.
68. LESER, Walter Sidney Pereira. In: SECRETARIA DA SAÚDE. *Reforma administrativa: Textos legais e regulamentares, 1967/1970*. S. Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1971, p. III-IV.
69. LIMA, Izauro Barbosa. Problemas relativos à enfermagem em saúde pública. *An. Enferm.*, 5 (1): 84-93, 1952.
70. LOPES DE LA PEÑA, Juana. A enfermeira de saúde pública: contribuição ao estudo de suas funções. S. Paulo. 1971. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP] 102 p.
71. LORENZETTI, Jorge. Caracterização da força de trabalho da enfermagem no Município de Florianópolis, 1982 [Tese de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina] 75 p.
72. MACEDO, Carlyle Guerra. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 1., Brasília, 1979. Brasília, Câmara dos Deputados, 1979. 18 p. [mimeografado].

73. MACEDO, Carlyle Guerra. Assistência Primária nas Políticas Nacionais de Saúde na América Latina. *Medicina* do H.C. da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e C. Acadêmico Rocha Lima da FMRP., Ribeirão Preto, 18 (1, 2, 3 e 4): 2-8, 1985. (p. 6).
74. MACEDO, Carlyle Guerra de. Recursos humanos para a saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19./CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1., S. Paulo, 1977. *Documentos básicos*. S. Paulo, 1977, p. 13-28.
75. MAKENZIE, Margaret. El grupo de trabajo en el serviceo de enfermería de salud publica. In: ENFERMERIA de salud publica - problemas y perspectivas. Ginebra. OMS, 1962, p. 39-46 (Cuadernos de salud publica, 4).
76. MANN, Peter H. *Métodos de investigação sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1970. 198 p.
77. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. S. Paulo, 1949. [Tese de Livre-Docência. Faculdade de Higiene e Saúde Pública - da USP] 565 p.
78. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos et al. Relatório da Comissão para estudo de problemas referentes a escolas de enfermagem em São Paulo. *Rev. bras. Enferm.* 15 (3): 157-171, 1962.
79. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos & RAMOS, Reinaldo. Evolução histórica da saúde pública. *Rev. Serv. esp. saúde públ.*, 12 (2): 5-47, 1966.
80. MASCARENHAS, R.S. Histórico da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev. saúde públ.*, S. Paulo, 7: 433-46, 1973.
81. MATOS, Adalgisa Vieira. A enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30., Belém, 1978. *Anais*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1978. p.13-30.
82. MATOS, Adalgisa Vieira. Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32. Brasília, 1980. *Anais*. Brasília. Associação Brasileira de Enfermagem, 1980. p. 85-104.

83. MATOS, Ruy de Alencar. O desenvolvimento de recursos humanos na administração pública - do modelo tecnocrático ao modelo democrático. *Rev. Adm. públ.*, Rio de Janeiro, 16(3): 4-24, 1982.
84. MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 11a.ed. Edit. Revista dos Tribunais. S. Paulo. 1985. 623 p.
85. MEJIA, Alfonso. Proceso de desarrollo del personal de salud. In: *PLANIFICACIÓN del personal de salud*. Ginebra. Organization Mundial de salud. 1979. 357 p.
86. MENDES, Dulce de Castro. Recursos humanos na enfermagem: adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. *Anais*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Enfermagem, 1982. p. 78-84.
87. MENDES, Dulce de Castro. Assistência do cliente versus administração dos serviços de enfermagem - a ambigüidade funcional da enfermeira. S. Paulo, 1985. (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, USP) 138 p.
88. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA/CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. *Curriculum mínimos dos cursos de nível superior*. 2a. ed., Brasília, D.F. Depart. de Docum. e Divulgação, 1975. p. 183-85.
89. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Desenvolvimento do ensino superior em enfermagem no Brasil. Brasília, s.d. 118 p.
90. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Secretaria do Ensino Superior. *Programa de integração docente assistencial - IDA* - Brasília, 1981. 132 p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 3).
91. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Secretaria de Ensino Superior. *Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde*. Brasília. 1981. 55 p. (Série Cadernos Ciências da Saúde, 4).
92. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Pres. Castello Branco/FIOCRUS. Grupo sobre recursos humanos para a saúde. *Relatório*. Rio de Janeiro, 1974. 39 p. (mimeografado).

93. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Plano Nacional de Desenvolvimento- Saúde. Brasília, 1979. 39 p. [mimeografado].
94. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Proposição de diretrizes: uma contribuição do Ministério da Saúde. (Versão preliminar) In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 24-28 de março, 1980. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p. 231-247.
95. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatórios dos grupos de debate*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 1980, *Anais*. Brasília, MS, 1980. p. 155-217.
96. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde*. Brasília, Centro de Documentação. 1982. 32 p.
97. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV. SAÚDE*, 1981. 151 p. (Textos de Saúde Pública, 1).
98. MOLINA, Maria Tereza. *História de la enfermeria*. 2a. ed., Buenos Aires, Intermédica, 1973. 169 p.
99. NICZ, Luis Fernando. Previdência Social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto Lima. *Administração de Saúde no Brasil*. S. Paulo, Pioneira, 1982. p. 163-228.
100. NOGUEIRA, Maria Jacyra C. A pesquisa em enfermagem no Brasil, retrospectiva histórica. S. Paulo, s.d. 43 p. [mimeografado]
101. NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. Tentativa de avaliação do ensino de enfermagem de saúde pública em nível de graduação nas Escolas de Enfermagem do Estado de S. Paulo. S. Paulo. 1972 [Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de S. Paulo da USP] 108 p.
102. NOGUEIRA, Maria Jacyra Campos. Subsídios para a descrição do conteúdo global da ocupação da enfermeira de saúde pública. *Enf. Novas Dimen.*, 1 (3): 119-25, 1975.
103. NOGUEIRA, Roberto P. A força de trabalho em saúde. *Rev. Adm. Públ.*, Rio de Janeiro, (3): 61-70, 1983.

108a. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente. Salvador, 1972. [Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem da USP de São Paulo]. 87 p.

104. NOGUEIRA, Roberto Passos. A política de saúde e a formação de re cursos humanos. In: SEMINÁRIO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO. *Anais*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da USP, 1985. p. 1-12.
105. NOGUEIRA, Roberto Passos. Dinâmica do mercado de trabalho em saú de no Brasil. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, - 1986. 55 p. (monografias do Cad. 1)
106. OGUISSO, Taka et al. Atividades das enfermeiras do Instituto de Previdência Social em S. Paulo. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2., Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1970 p. 47-67.
107. OGUISSO, Taka. Entidades de classe na enfermagem. *Rev. Paul. Enf.* S. Paulo, s.v., s.n., 1981. p. 6-10.
108. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Funções médicas delegadas. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM. S. Paulo, 1968. Escola de Enfermagem de S. Paulo da USP, 1969. p. 33-36.
109. OLIVEIRA, Maria Ivete R. Relações da enfermagem com as demais ca reiras universitárias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 29. Camboriú, 1977. *Anais*. Brasília, ABEn, 1977. p. 59-63.
110. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 9-26.
111. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. Saúde para todos e a inserção da enfermagem nas instituições de saúde. *Rev. paul. Enf.*, S. Pau lo 1:23-27, 1981.
112. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33., Manaus, 1981. *Anais*. Brasília. Associação Brasileira de Enfermagem. 1981. p. 19-31.
113. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. *A saúde na América e a Orga nização Panamericana da Saúde*. Washington, 1960. 112 p.

114. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan Decenal de Salud para las Americas. Washington, OPS, 1973 (Doc. oficial, 118) 71 p.
115. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enseñanza de la introducción a la enfermería*. Washington, 1975. (Publ. Cient., 303)
116. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enseñanza de enfermería en salud comunitaria*. Washington, 1976. 19 p. (Publ. Cient. 332).
117. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Washington. OPS/OMS, 1977 , 17 p. (Publ. Cient. 348).
118. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La toma de posición de enfermera como uma resposta a la problematica de atención de sa lud en América Latina; Informe de Expertos de Ciências de la salud. Washington, 1978. 22 p. [mimeografado].
119. PASSERI, Geraldina. Situação da enfermagem na Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Ribeirão Preto, 1982 [Palestra realizada no I Encontro de Enfermeiras de Saúde Pública - mimeografado].
120. PAULA-SOUZA, Geraldo Horácio & VIEIRA, F. Borges. Centro de Saú de "Eixo" da Organização Sanitária. S. Paulo. Imprensa Oficial d do Estado, 1944. [Reedição do Boletim 59 do Instituto de Higie ne de S. Paulo, 1936].
121. PICALUGA, Isabel. Saúde e trabalho. Petrópolis, IBASE/VOZES, 1982, 37-42.
122. PINHEIRO, Maria Rosa Souza. Problemas de enfermagem no Brasil do ponto de vista da enfermeira. *An. Enf.*, 4 (4): 278-98. 1951.
123. PONCE DE LEON, Sara Alicia. Objetivos e valores da profissão. *Enf. Novas Dimens.* 1 (1): 29-36, 1975.
124. PONTES, Clélia. Contribuição a história da enfermagem- Escola Al fred o Pinto - a pioneira das escolas de Enfermagem no Brasil . *Rev. bras. Enf.*, 24 (3 e 4): 199-214, 1971.
125. PRADO, Niobe. Profissões de saúde: profissão de mulher? *Cad. FUNDAP*, S. Paulo. 5(10): 44-56, julho, 1985.

126. RECOMENDAÇÕES DO 30º Congresso Brasileiro de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 31 (3): 339-402, 1978.
127. RECURSOS humanos para o desenvolvimento. Rio de Janeiro. Fund. Getúlio Vargas. 1965. 213 p. (Administração para o desenvolvimento, 7).
128. RECURSOS humanos para la salud: recomendaciones y metas del Plan Decenal de Salud para las Americas, 1971-1980. *Educ. med. Salud*, 7 (3-4): 421-435, 1973.
129. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE LA SALUD DE LAS AMERICAS, 1977. Washington, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1978. 53 p. (OPS-Doc. oficial, 155).
130. RIBEIRO, Circe de Melo. Discurso de posse. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, ABEn, 1980. p. 21-23.
131. RIBEIRO, Circe de Melo. A pesquisa e a prática da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3; Florianópolis, 1984. *Anais*. Florianópolis, ABEn, 1984. p. 10-26.
132. ROBAYO, Jorge Castellanos. Situaciones de cobertura, niveles de atencion y atencion primária. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, Washington, 82 (6): 478-92, 1977.
133. ROCHA, Semíramis M. de Mello. A puericultura e a enfermagem no Estado de S. Paulo. Ribeirão Preto, 1985. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 174 p.
134. SADALA, Maria Lúcia. O ensino superior de enfermagem e a realidade de prática do enfermeiro. São Carlos, 1981 [Dissertação de Mestrado - Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos].
135. SANTOS, P.S. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Pública da USP. [Editorial]. *Rev. Saúde públ.* S. Paulo, 9: 95-7, 1975.

136. SANTOS, Isabel dos & VIEIRA, Cesar Augusto de Barros. Análise crítica da prática atual da enfermagem no país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 85-89.
137. SANTOS, Isabel. Problemática da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, Ribeirão Preto, 1979. *Anais*. Ribeirão Preto, ABEn, 1979. p. 115-118.
138. SECRETARIA DA SAÚDE. *Reforma administrativa, textos legais e regulamentares: 1967/1970*. S. Paulo, 1971. 329 p.
139. SAUVEUR, Giselda Barroso Guedes de Araujo. O projeto de expansão da reforma administrativa de 1969. *Cad. FUNDAPE*, S. Paulo, 3(6): 59-70. jul. 1983.
140. SECRETARIA DA SAÚDE. Resolução SS nº 10, de 30 jun. 1971: funções do inspetor. *Diário Oficial do Estado: Sec. I*, S. Paulo, 1 jul. 1971. p. 18 e 19.
141. SECRETARIA DA SAÚDE. Portaria SS-CG nº 26, de 15 dez. 1981: funções dos enfermeiros chefes ou com encarregatura. *Diário Oficial do Estado: Sec. I*, S. Paulo, 19 jan. 1982. p. 17 e 18.
142. SECRETARIA DA SAÚDE. Portaria SS-CG nº 3 de 7 de fev. de 1983: funções dos enfermeiros de centro de saúde. *Diário Oficial do Estado: Sec. I*, S. Paulo, 8 mar. 1983. p. 19.
143. SECRETARIA DA SAÚDE. Portaria SS-CG nº 17, de 17 de ag. de 1984: funções do enfermeiro distrital. *Diário Oficial do Estado: Sec. I* S. Paulo, 18 ag. 1984. p. 16.
144. SECRETARIA DA SAÚDE. Resolução SS nº 30, de 14 de abril de 1986. Documento-Base da reorganização da Secretaria de Estado da Saúde. *Diário Oficial do Estado: Sec. I*, S. Paulo, 15 abr. 1986. p. 17-20.
145. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Departamento de Administração da Secretaria. *Seleção para exercício de chefias e encarregaturas administrativas em Distritos Sanitários e Centros de Saúde*. S. Paulo, 1976. 79 p.

146. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Avaliação de desempenho-manual. Grupo de Avaliação de Desempenho - GRAD-SES. S. Paulo, 1981. 19 p.
147. SELTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.N. *Métodos de pesquisa das relações sociais*. S. Paulo. Herder/EDUSP, 1966. 715 p.
148. SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. S. Paulo, 1968. Escola de Enfermagem de S. Paulo da USP, 1969. - 127 p.
149. SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2., Ribeirão Preto, 1970. *Relatório*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1970. 187 p.
150. SILVA, Graciete Borges. Desenvolvimento da enfermagem. *Correlação dos problemas da profissão e da mulher na sociedade*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, ABEn, 1979. p. 27-32.
151. SILVA, Graciete Borges. Aspectos sociais da enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, S. Paulo, 15 (2): 205-9. 1981.
152. SILVA, Graciete Borges. A enfermagem profissional brasileira: análise crítica. S. Paulo. 1984. [Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP] 198 p.
153. LA SITUATION éritica de la enfermera en America Latina y el Caribe. *Bol. ofic. sanit. panamer.*, 75(2): 146-66, 1973.
154. SOARES, Jair. Extensão de cobertura por serviços básicos de saúde. Contribuição dos Ministérios da Previdência e Assistência Social. In: 7a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, março, 1980. 13 p. [Mimeografado].
155. STEAGALL-GOMES, Daisy Leslie. Avaliação em Saúde. Ribeirão Preto, 1977. [Monografia de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] 166 p.
156. TEIXEIRA, Maria Silvana. Utilização de pessoal auxiliar em enfermagem de saúde pública. S. Paulo, 1965 [Tese Doutorado, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP].

157a. TREVISAN, Maria Auxiliadora. A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada. Ribeirão Preto , 1986 [Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP] . 200 p.

157. TESTA, Mário. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. *Educ. med. Salud*, 4 (1/2): 49-70. 1970.
158. VERDERESE, Olga. Analisis de la enfermeria en la America Latina . Washington, Organizacion Panamericana de Salud, 1980. p. 1-24 . (OPS. Publicación Científica, 393).
159. VIEIRA, César. Enfermagem e atenção primária à saúde no Brasil : contribuição para uma crítica. Brasília, NUTES/CLATES/OPS/ KELLOGG Found., 1983. 11p. [mimeografado].
160. VIEIRA, Terezinha Teixeira & SILVA, Ana Ligia Cumming. Recursos humanos na área de enfermagem - adequação da formação e utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. *Anais*. Brasília, ABEn, 1982, p. 61-77.
161. YUNES, João; CAMPOS, Oswaldo. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18(nº esp.): 61-6, 1984.
162. WITT, Aracy. *Metodologia de pesquisa*. S. Paulo. Resenha Tributária Ltda., 1973. 141 p.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - SÃO PAULO

ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA NO DRS-6

QUESTIONÁRIO DO ENFERMEIRO

1. CARGO QUE OCUPA COMO ENFERMEIRO DE SAÚDE PÚBLICA:

1. Inspetora
2. Distrital
3. CS-1 - Chefe
4. CS-1
com encarregatura
5. CS-2
sem encarregatura

OUTROS _____

2. DISTRITO Nº _____ CIDADE _____

3. HORA DO INÍCIO _____ HORA DO TÉRMINO _____

4. _____
Dia Mês Ano

NOTA: POR GENTILEZA, NÃO DEIXE QUESTÃO SEM RESPONDER. CASO NÃO HAJA RESPOSTA, ESCREVA "NÃO SE APLICA".

APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Este estudo procura caracterizar a situação relacionada com os enfermeiros de saúde pública utilizados na prestação de assistência à saúde da população atendida pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS-6) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a finalidade de coletar informações sobre a situação desse profissional.

O presente questionário não levará a identificação dos informantes, uma vez que se busca conhecer a caracterização da função e da atividade segundo seu sexo, idade, estado civil, formação escolar e perspectivas futuras.

Esperamos contar com sua valiosa colaboração, lembrando que a exatidão de suas respostas será básica para que os dados revelem a realidade existente.

As respostas serão escritas a tinta (ou caneta esferográfica). Evite rasurar, colocar observações, siglas ou palavras que não permitam conhecer a verdadeira resposta.

A margem do lado direito de cada folha *não deve* ser utilizada. Esse espaço está reservado para a codificação.

Não deixe, por favor, nenhuma questão sem resposta.

Quando a pergunta não for aplicável a seu caso, escreva "*não se aplica*".

Após terminá-lo, reveja-o para ver se não foi pulada nenhuma questão.

Esperamos que esse material contribua para que a enfermagem seja estudada e refletida em sua prática.

Fico muito grata pelo apoio e estímulo que estão me dando.

Ao seu dispor sempre

DAISY LESLIE STEAGALL GOMES

Ribeirão Preto, março de 1985.

COLOQUE UM "X" NO PARÊNTESES CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA, E QUANDO NE
CESSÁRIO ESPECIFIQUE-A POR EXTENSO.

I - IDENTIFICAÇÃO:

1. INDIQUE O GRUPO ETÁRIO EM QUE VOCÊ SE INCLUI:

- 1) 20 — 29 ()
- 2) 30 — 39 ()
- 3) 40 — 49 ()
- 4) 50 — 59 ()
- 5) 60 e mais ()

2. SEXO

- 1) Masculino ()
- 2) Feminino ()

3. ESTADO CIVIL

- 1) Solteiro ()
- 2) Casado ou outra forma de união ()
- 3) Viúvo ()
- 4) Separado, desquitado, divorciado ()

II - NÍVEL DE INSTRUÇÃO:

4. FEZ HABILITAÇÃO?

- 1. Não ()
- 2. Sim ()
- 3. Especifique em que área:
 - 3.1. Enfermagem de Saúde Pública ()
 - 3.2. Médico-Cirúrgica ()
 - 3.3. Obstetrícia ()

5. CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM:

- 1. Não ()
- 2. Sim - cursando ()
- 3. Sim - concluído ()
- 4. Especificar se está cursando ou já concluiu outras licenciaturas fora da enfermagem _____

6 - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM:

1. Não ()
2. Sim () Especifique qual:
3. Enfermagem do trabalho: 3.1 - cursando ()
3.2 - concluído ()
4. Curso de Saúde Pública: 4.1 - cursando ()
4.2 - concluído ()
5. Especificar se tem outros cursos de especialização, fora da enfermagem, se já concluiu () ou está cursando, nome do Curso: _____
Duração: _____ Escola: _____

7 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO:

1. Matriculado em curso de pós-graduação:
Sim ()
Não ()
2. Disciplinas isoladas em curso de pós-graduação:
2.1.- cursando ()
2.2 - concluído () número de disciplinas concluídas _____
3. Já concluiu créditos para Mestrado, mas sem defesa de tese: ()
4. Mestrado com defesa de tese ()
5. Já concluiu créditos para Doutorado, mas sem defesa de tese ()
6. Doutorado com defesa de tese ()
7. Doutorado sem curso, só pela defesa de tese ()

8 - CURSOS DE TREINAMENTOS ESPECÍFICOS DE SAÚDE PÚBLICA:

1. Não ()
2. Sim - Hansenologia (Bauru): 2.1 - cursando ()
2.2 - concluído ()
3. Sim - Vigilância epidemiológica:
3.1 - cursando ()
3.2 - concluído ()
4. Outros cursos de especialização em saúde: Nome do Curso: _____
Duração: _____
Local: _____

9 - VOCÊ RECEBEU PREPARO OU TREINAMENTO PARA O CARGO A QUE VOCÊ FOI ADMITIDA NA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE?

1. Não ()
2. Sim () Especifique como foi no quadro abaixo:

TIPO DE PREPARO	Se teve supervisor, indicar				
	Não	Sim	Médico	Enferm.	Médico e Enf.
1. Treinamento programado					
2. Estágio em outro serviço de saúde.					
3. Prática no serviço com orientação.					
4. Aprendeu só, com a prática.					
Outros, especifique: _____					
5. _____					
6. _____					

9a - FEZ OU ESTÁ FAZENDO OUTROS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE:

1. Não ()

2. Sim, concluído ()

3. Sim, cursando ()

4. Especificar o nome do curso: _____

Duração: _____ Local: _____

10 - A FORMAÇÃO TEÓRICA RECEBIDA NO SEU CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOCÊ CONSIDERA:

1. Suficiente para o exercício da profissão ()

2. Insuficiente para o exercício da profissão ()

3. Caso sua resposta seja "insuficiente" especifique três justificativas que você considera as mais importantes:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

11 - A FORMAÇÃO PRÁTICA RECEBIDA NO SEU CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOCÊ CONSIDERA:

1. Suficiente para o exercício da profissão ()

2. Insuficiente para o exercício da profissão ()

3. Caso sua resposta seja "insuficiente" especifique três justificativas que você considera as mais importantes:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

12 - INDIQUE COM UM "X" COMO VOCÊ SE ATUALIZA NA ÁREA DO SABER:

LEITURA OU CONSULTA BIBLIOGRÁFICA DA Á REA DA ENFERMAGEM.	UTILIZA		FREQUÊNCIA		
	NÃO	SIM	SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
1. Livros					
2. Revistas Nacio- nais					
3. Revistas Estran- geiras					
4. Teses e Monogra- fias					
5. Outros					

13 - DIFICULDADES ENCONTRADAS POR VOCÊ PARA ATUALIZAR-SE:

1. A instituição não estimula a atualização dos enfermeiros ().
2. A instituição não possui biblioteca ou material de estudo disponível ().
3. Não são oferecidos pela instituição programas de atualiza-
ção ou treinamento em serviço ().
4. O custo é alto para aquisição de livros e assinaturas de
revistas ().
5. Falta de estímulo pessoal ().
6. As bibliotecas são distantes e de difícil acesso ().
7. Outros: especifique: _____

14 - INDIQUE COM UM "X" SE TEM PARTICIPADO DAS ATIVIDADES ABAIXO
RELACIONADAS, E COM QUE FREQUÊNCIA,

ATIVIDADES	UTILIZA		FREQUÊNCIA		
	NÃO	SIM	SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
1. Congressos					
2. Seminários					
3. Grupos de Estudo e Debates.					
4. Estágio em outros serviços.					
5. Reuniões da classe					
6. Outros					

15 - DIFICULDADE E IMPEDIMENTOS ENCONTRADOS PARA PARTICIPAR DESSES EVENTOS E ENCONTROS:

1. Falta de estímulo pessoal ().
2. Problemas familiares que dificultam ausência do lar ().
3. As despesas para esses eventos são altas ().
4. São poucos os encontros que interessam à saúde pública ().
5. São limitados os participantes escolhidos ().
6. Não pode sair porque não tem quem o substitua no cargo ().
7. A instituição não oferece afastamento para esses eventos ().
8. Outros: especifique _____

16 - REALIZOU OU PARTICIPOU DE PESQUISA DE ENFERMAGEM NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS?

1. Não ()
2. Sim ()
3. Especifique:

ASSUNTO DE PESQUISA	CONCLUÍDA		PARTICIPAÇÃO COMO AUTOR		PUBLICADO	
	SIM	NÃO	PRINCIPAL	COLABORADOR	SIM	NÃO
3.1.						
3.2.						
3.3.						
3.4.						
Outros, especifique						

17 - HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ É FORMADA EM ENFERMAGEM?

17.1 - _____ anos.

17.2 - Escola onde se formou: _____

18 - VOCÊ GOSTARIA DE CONTINUAR ESTUDOS PARA ATUALIZAR SEUS CONHECIMENTOS?

1. Não ()
2. Sim ()
3. Caso sua resposta seja "SIM", especifique qual o:

Curso: _____

Escola: _____

Local: _____

Duração do curso em _____ meses.

4. Outro: _____

III - SITUAÇÃO FUNCIONAL NO DRS-6

19 - ASSINALE COMO FOI SUA ADMISSÃO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

1. Concurso público ()
2. Prova de seleção ()
3. Seleção por título ()
4. Comissionado ou à disposição (). Neste caso especificar de onde veio: _____
5. Veio de outros órgãos ou coordenadorias ()
Especifique qual: _____
6. Outros: _____

20 - EM QUE CARGO VOCÊ FOI ADMITIDO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE?

21 - QUAL A SUA SITUAÇÃO FUNCIONAL NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE?

1. Não sabe ()	5. Extranumerário ()
2. Em comissão ()	6. Art.92 CE 2/69(nomeação por 2 anos) ()
3. Efetivo ()	Outros: _____
4. Lei 500/74 (temporário)()	

22 - VOCÊ TEVE ALGUMA MUDANÇA DE CARGO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE APÓS SUA ADMISSÃO?

1. Não ()
2. Sim, mas sem vantagens ()
3. Sim, com vantagens ()
4. Sim, mas no mesmo nível anterior ()
5. Sim, para nível inferior com menor vantagem ()
6. Sim, para nível inferior com a mesma vantagem ()
7. Outras: especifique: _____

23 - HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA COMO ENFERMEIRO NA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE?

1. _____ anos _____ meses.
2. Aproximadamente _____ anos.
3. Não sabe ()

24 - VOCÊ TEM ALGUMA VANTAGEM INCORPORADA A SEU SALÁRIO?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Especifique ()

3.1. Reajuste semestral ()

3.2. Quinquênio () quantos: _____

3.3. Salário família () quantos: _____

3.4. Prô-labore ()

3.5. PASEP ()

3.6. PIS ()

3.7. Avaliação de desempenho ()

3.8. Gratificação de Natal (13º) ()

3.9. Salário esposa ()

3.10. Sexta-parte ()

Outros: especifique: _____

25 - ASSINALE QUAL FOI SEU SALÁRIO LÍQUIDO NO ÚLTIMO MÊS DE RECEBIMENTO.

1. Cr\$ _____

2. Não sei ()

26 - O QUE VOCÊ ACHA DO CRITÉRIO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO?

IV - FUNÇÕES

26a - DAS FUNÇÕES ABAIXO RELACIONADAS ESPECIFIQUE QUAIS VOCÊ EXECUTA E COM QUE FREQUÊNCIA.

	NÃO	SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONALMENTE	OBSERVAÇÃO
1. Administrativas					
2. De ensino					
3. De acessoria					
4. De pesquisa					
5. Prestação de assistência de enfermagem à população.					
6. Outras					

27 - ENTRE AS ATRIBUIÇÕES ABAIXO RELACIONADAS ASSINALE COM UM "X" SE VOCE AS EXECUTA E COM QUE FREQUÊNCIA, COMO *INSPETOR DE ENFERMAGEM*.

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
1. Assessorar o Diretor Regional de Saúde através do Assistente Técnico da Regional, em assuntos de sua capacidade;				
2. apresentar ao Diretor Regional, discutir e avaliar planos de trabalho relativos à área específica;				
3. propor programas e colaborar com a equipe da Divisão de Serviços de Estudos e Programas no adestramento de pessoal técnico e auxiliar da DRS, de acordo com a orientação emanada do superior de Equipe Técnica de sua área;				
4. participar das reuniões mensais ou eventuais com o Diretor Regional de Saúde e demais inspetores;				
5. participar de reuniões periódicas, com o pessoal técnico dos serviços de Estudos e Programas da Regional, a fim de aprimorar o planejamento, fazer a adaptação ou avaliação dos programas regionais, elaborar projeto de orçamento, Programa da Unidade de Despesa, e analisar o desempenho em sua área;				
6. participar de reuniões com líderes da comunidade motivando-os para a solução de problemas e programas propostos;				
7. participar das reuniões trimestrais e eventuais convocadas pelo Superior de Equipe Técnica para planejamento, adaptação e avaliação dos programas de saúde, bem como para propor normas ou sua reformulação;				
8. emitir pareceres técnicos sobre os relatórios e informes encaminhados ao Diretor Regional, para área de sua responsabilidade;				

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
9. participar das reuniões, nas sedes dos órgãos regionais, com o pessoal técnico, das quais poderão participar chefes de Distritos, médicos Chefes de Centros de Saúde, especialistas da respectiva área, objetivando o melhor desenvolvimento dos trabalhos;				
10. apresentar relatórios mensais a partir da análise de dados recebidos dos Distritos Sanitários e das visitas efetuadas no Centro de Saúde;				
11. emitir pareceres e informes técnicos , quando necessários;				
12. cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços (O.S.) emanadas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade objetivando sua entrosagem com as Divisões ou Serviços do Instituto de Saúde;				
13. atender às determinações eventuais do Diretor Regional, não contidas nestas atribuições, dentro da área de sua especialidade;				
14. inspecionar, supervisionar e avaliar em nível local, distrital ou regional, a aplicação de normas técnicas e o desenvolvimento dos programas de trabalho, bem como motivar e orientar as chefias e o pessoal;				
15. Outros				

27a - ENTRE AS ATRIBUIÇÕES ABAIXO RELACIONADAS ASSINALE COM UM "X" SE VOCE AS EXECUTA E COM QUE FREQUÊNCIA, COMO *ENFERMEIRO DISTRITAL DE SAÚDE PÚBLICA*.

	SIM		
	SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
I. Assessoramento à Diretoria do Distrito Sanitário;			
II. participação no planejamento das programações na área do Distrito Sanitário;			
III. supervisão das atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde;			
IV. participações no treinamento de pessoal;			
1. participar de supervisões das atividades previstas nas programações de saúde;			
2. propor quando necessário, a participação de especialistas na supervisão das atividades específicas de Centros de Saúde;			
3. participar da elaboração de roteiros para supervisão e controle;			
4. participar dos programas de treinamento de pessoal técnico e de auxiliar das Unidades;			
5. participar da elaboração do plano de atividades para o Distrito Sanitário;			
6. acompanhar a execução das atividades programadas e desenvolvidas pelo nível local;			
7. analisar os dados de produção e os indicadores de avaliação;			
8. manter cadastro de pessoas treinadas em função das programações de saúde;			
9. organizar e manter atualizado os registros dos principais materiais e equipamentos utilizados no treinamento de pessoal;			

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
10. selecionar e ou elaborar material didático a ser utilizado no treinamento;				
11. identificar as necessidades de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, em função da realidade do Distrito Sanitário;				
12. participar de pesquisas no campo da saúde de interesse da Secretaria da Saúde;				
13. participar do diagnóstico de saúde da área do Distrito Sanitário;				
14. participar na manutenção do cadastro de recursos institucionais, científicos, tecnológicos, materiais e humanos da área do Distrito;				
15. participar da implantação e operação do Sistema de Vigilância Epidemiológica;				
16. analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob Vigilância Epidemiológica e propor recomendações necessárias;				
17. acompanhar, com análises freqüentes e Sistematizadas, a cobertura vacinal dos Centros de Saúde, e propor quando for o caso, programa de intensificação e outras medidas que envolvem atividades de vacinação;				
18. articular as atividades de Vigilância Epidemiológica com os estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, em conjunto com o nível local;				
19. assessorar o Dirigente do Grupo Técnico em assuntos pertinentes à sua área de atuação;				
20. exercer outras competências que lhe forem conferidas ou delegadas;				
21. Outros,				

27b - ENTRE AS ATRIBUIÇÕES ABAIXO RELACIONADAS ASSINALE COM UM "X" SE VOCÊ AS EXECUTA E COM QUE FREQUÊNCIA - COMO CHEFE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU ENCARREGADO DO SETOR DE ENFERMAGEM.

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
1. Elaborar escala de serviço de pessoal de enfermagem, para atividades internas e externas do Centro de Saúde;				
2. adequar a escala de serviço, em decorrência de faltas de servidores da unidade de trabalho sob sua responsabilidade;				
3. ordenar o rodízio do pessoal de enfermagem nas atividades internas e externas;				
4. selecionar, agendar e distribuir, entre os visitantes sanitários, as visitas domiciliares a serem executadas;				
5. verificar sistematicamente os registros de atividades executadas pelo pessoal;				
6. responder pelo adequado funcionamento dos fichários de controle e de vacinação;				
7. reunir, conferir e encaminhar para consolidação, os dados de produção relativos as atividades sob sua responsabilidade;				
8. manter o controle das atividades de preparo e esterilização de material e do preparo das salas de execução das atividades médicas e de enfermagem;				
9. selecionar e executar atividades de enfermagem de acordo com as prioridades, necessidades e características de cada caso;				
10. verificar, sistematicamente as condições de conservação, datas de vencimento e prazos de validade dos medicamentos, soros, vacinas, antígenos e suplementos alimentares existentes no CS;				

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
11. receber as notificações compulsórias e participar dos procedimentos relativos a vigilância epidemiológica de acordo com a orientação do Diretor do CS;				
12. promover constante treinamento em serviço, do pessoal sob sua subordinação;				
13. Outros.				

27c - ENTRE AS ATRIBUIÇÕES ABAIXO RELACIONADAS ASSINALE COM UM "X" SE VOCE EXECUTA E COM QUE FREQUÊNCIA, COMO ENFERMEIRO DO CENTRO DE SAÚDE.

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
1. Selecionar e executar ações de enfermagem de acordo com as prioridades, necessidades e características de cada caso, particularmente para: gestante e crianças de alto risco para si próprios ou para a comunidade;				
2. coordenar e supervisionar a organização e execução das atividades de enfermagem, desenvolvidas nas unidades de atendimento sob sua responsabilidade, levando em conta os demais elementos da equipe de saúde do Centro de Saúde;				
3. participar da elaboração e controlar a escala de serviço diário do pessoal de enfermagem para as atividades internas e externas;				
4. realizar periodicamente a atualização do fichário de vacinação e supervisionar o funcionamento do mesmo;				
5. promover a convocação de clientes faltosos, de acordo com os programas e subprogramas;				
6. verificar periodicamente as condições de conservação e prazo de validade de soros e vacinas;				
7. participar com a equipe do Centro de Saúde do planejamento da assistência de saúde à população, de acordo com as diretrizes gerais;				
8. participar com o enfermeiro-chefe, da previsão de pessoal, material e equipamentos para abastecimento e reabastecimento, das unidades de atendimento sob sua responsabilidade;				
9. substituir o enfermeiro-chefe e/ou encarregado de setor em suas ausências,				

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	AS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
10. assessorar o diretor do Centro de Saúde quando solicitado ou na ausência do enfermeiro-chefe e/ou encarregado de setor;				
11. participar de reuniões técnico-administrativas, promovidas pelas chefias imediatas, fornecendo subsídios para o melhor desenvolvimento dos trabalhos;				
12. participar de reuniões com líderes das comunidades, colaborando em assuntos específicos de enfermagem, quando solicitado;				
13. participar dos procedimentos relativos à Vigilância Epidemiológica em todas as suas etapas;				
14. elaborar com o Visitador Sanitário, o plano da visita domiciliária, orientar sua execução e participar de sua avaliação;				
15. realizar visita domiciliária em casos especiais, devido à complexidade do problema (ex.: moléstias transmissíveis), e quando da necessidade de demonstração ao Visitador Sanitário;				
16. executar e/ou participar de programas de treinamento em serviço ao pessoal de enfermagem;				
17. participar de treinamentos a outros elementos técnicos e auxiliares sempre que solicitado;				
18. participar, realizar e/ou promover orientação individual ou grupal à clientela para o desenvolvimento de atitudes e práticas condúzentes à saúde;				
19. manter-se informado sobre o programa atividades desenvolvido por estudantes da área de enfermagem e outros que utilizem o Centro de Saúde como campo de estágio;				
20. colaborar em programas de pesquisa de interesse da saúde, quando solicitado;				

	NÃO	SIM		
		SEMPRE	ÀS VEZES	EXCEPCIONAL MENTE
21. realizar estudos operacionais da área de enfermagem de saúde pública, visando a melhoria do atendimento à clientela;				
22. participar de campanhas promovidas pelo CS; Departamento Regional de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade, atuando em todas as suas fases;				
23. Outros.				

28 - QUE FATORES LHE IMPEDEM DE EXERCER INTEGRALMENTE SUAS FUNÇÕES.
ASSINALE-O DANDO TRÊS JUSTIFICATIVAS.

1 - DA ESTRUTURA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE ()

1a - _____

1b - _____

1c - _____

2 - DA SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL ()

2a - _____

2b - _____

2c - _____

3 - DO CARGO QUE EXERCE ()

3a - _____

3b - _____

3c - _____

4 - DE SUA PRÓPRIA PESSOA ()

4a - _____

4b - _____

4 c - _____

5 - OUTROS:

5a - _____

5b - _____

5c - _____

28a - RESUMA EM ALGUMAS LINHAS O QUE VOCÊ ACHA DAS FUNÇÕES QUE LHE
SÃO ATRIBUÍDAS, SEGUNDO O SEU CARGO DE ENFERMEIRO:

29 - ENUMERE TRÊS ATIVIDADES QUE ESTÃO FORA DE SUAS ATRIBUIÇÕES; MAS QUE
FREQUENTEMENTE VOCÊ TEM QUE ASSUMIR.

1. _____

2. _____

3. _____

29a - ENUMERE TRÊS ÁREAS PARA AS QUAIS VOCÊ TEM SIDO MAIS SOLICITA-
DA PARA COBRIR FALTA DE FUNCIONÁRIOS:

1. _____

2. _____

3. _____

29b - GOSTARIA DE EXERCER OUTRA ATIVIDADE, QUE NÃO A SUA ATUAL, DENTRO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Caso seja sim sua resposta especifique qual: _____

30 - TEVE DIFICULDADE NO INÍCIO DO SEU TRABALHO?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Caso sua resposta seja sim, especifique três dessas dificuldades que sentiu serem as mais importantes:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

31 - ATUALMENTE VOCÊ TEM DIFICULDADES NO SEU TRABALHO?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Caso sua resposta seja sim, especifique três dessas dificuldades que você sente serem as mais importantes:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

32 - ASSINALE O NÚMERO DE PESSOAS QUE VOCÊ TEM SOB SUA RESPONSABILIDADE; SEGUNDO SUAS CATEGORIAS:

1. Enfermeiros: _____

2. Obstetrizes: _____

3. Visitadores sanitários: _____

4. Atendentes: _____

5. Outros - especifique: _____

TOTAL: _____

33 - A QUEM VOCÊ RECORRE, NA MAIORIA DAS VEZES; PARA RESOLVER DIFICULDADES E PROBLEMAS DE SUA FUNÇÃO:

1. _____

2. _____

3. _____

34 - VOCÊ ESTÁ SE SENTINDO PROFISSIONALMENTE REALIZADA NA FUNÇÃO QUE EXERCE?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Cite três fatores que justifiquem sua resposta:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

35 - VOCÊ ACHA QUE SEU SETOR DE TRABALHO (como um todo) DEVE SOFRER ALGUMA MODIFICAÇÃO PARA MELHORAR SUA PRODUÇÃO?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Caso sua resposta seja "sim" especifique três dessas modificações que você considera as mais importantes:

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

35a - RELACIONE TRÊS CONDIÇÕES QUE VOCÊ CONSIDERA SEREM FUNDAMENTAIS PARA QUE VOCÊ DESENVOLVA SUAS FUNÇÕES E ATIVIDADES COM SATISFAÇÃO E DE FORMA EFICAZ:

1. _____

2. _____

3. _____

35b - NESTE ÚLTIMO ANO DE SERVIÇO (Janeiro a dezembro/84) VOCÊ TEVE ALGUM TIPO DE AFASTAMENTO?

1. Não

2. Sim

3. Caso tenha tido, especifique?

TIPO	Total do tempo de afastamento		nº de vezes desse afastamento	Especifique o curso e/ou eventos que participou
	Meses	Dias		
1. Licença gestante				
2. Licença tratamento saúde?				
3. Licença doença em familiares.				
4. Afastamento para negócios particulares.				
5. Afastamento para estudo.				
6. Afastamento para Congresso.				
7. Afastamento para Seminário.				
8. Outros				

36 - TENDO EM VISTA A APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE, HAVERÁ MUDANÇAS NAS ATUAIS FUNÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE A ESSA SITUAÇÃO. COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO ÀS MUDANÇAS:

Novas funções a serem exercidas pelo pessoal de enfermagem	Preparada	Pouco preparada	Despreparada	Sem Opinião
1. Todo pessoal auxiliar da área de atenção primária fará parte da equipe de enfermagem e suas atividades estarão sob a responsabilidade direta do enfermeiro.				
2. O campo de atuação e as funções da enfermagem serão ampliadas. Determinados grupos de funções, de responsabilidade exclusiva de outros profissionais, serão compartilhadas com a enfermagem permitindo melhor aproveitamento dos enfermeiros.				
3. A educação para a saúde, a prevenção de enfermidades, o controle de saúde de indivíduos e grupos da comunidade transformar-se-ão em áreas de maior concentração das atividades de enfermagem.				
4. A enfermagem terá poder decisório sobre o número e o tipo de formação do pessoal auxiliar requerido para os distintos programas de saúde.				
5. A enfermagem terá sob sua responsabilidade a formação, supervisão, educação e controle do exercício profissional das distintas categorias do pessoal de enfermagem.				
6. A enfermagem assumirá o papel de intérprete das aspirações e necessidades de saúde das comunidades urbanas e rurais, junto aos diferentes níveis de atenção à saúde.				

37 - SEGUNDO SUAS CONDIÇÕES E OBJETIVOS PESSOAIS VOCÊ PODE:

1. Deixar o serviço antes da aposentadoria ()
2. Ficar no serviço até a aposentadoria () e se assim for assina-
le o que mais você pretende:
 - a) ficar no mesmo cargo com as mesmas responsabilidades ()
 - b) ficar no mesmo cargo com maiores responsabilidades ()
 - c) ser promovido para cargo de maiores responsabilidades ()
 - d) ser transferido para outras unidades para o mesmo cargo e fun-
ção ()
 - e) tentar sempre cargos mais altos ()
 - f) Outros - especifique: _____

38 - A QUAL DESSES ÓRGÃOS VOCÊ ESTÁ FILIADA?

1. COREN - Conselho Regional de Enfermagem ()
2. ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem ()
3. ABEE - Associação Brasileira de Educação em Enfermagem ()
4. UNSP - União Nacional dos Servidores Públicos e Cíveis de São
Paulo ()
5. Associação Paulista de Profissionais de Saúde Pública ()
6. APEESP- Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de São
Paulo ()
7. Associação dos Funcionários do Estado de São Paulo ()
8. Outros - especifique: _____

38a - QUANDO VOCÊ ADOECE QUE RECURSOS VOCÊ PROCURA PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA.

	CONSULTA	INTERNAÇÃO	PRÉ- NATAL	PARTO
1. INPS ()				
2. IAMSP ()				
3. CABESP ()				
4. UNIMED ()				
5. O próprio serviço ()				
6. Médico-particular ()				
7. Outros recursos: especifique ()				

39 - DE ACORDO COM SUAS PERSPECTIVAS DE FUTURO VOCÊ TEM ASPIRAÇÕES A SEREM ALCANÇADAS DENTRO DE SUA PROFISSÃO?

1. Não ()

2. Sim ()

3. Caso sua resposta seja "SIM" especifique:

a) Aspiro ainda ser _____

b) Aspiro ainda ter _____

c) Aspiro ainda fazer _____

40 - CASO VOCÊ IDENTIFIQUE ALGUMA QUESTÃO RELEVANTE NÃO TRATADA NESTE QUESTIONÁRIO, POR GENTILEZA ESPECIFIQUE:

Agradecemos sua gentileza colaborando com nosso trabalho

Muito agradecida e ao dispor sempre.

Daisy Leslie

TABELA A - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS INSPETORES* DO DRS6 - RIBERIÃO PRETO, SEGUNDO ATRIBUIÇÕES QUE SÃO EXECUTADAS POR ELAS E A FREQUÊNCIA COM QUE AS EXECUTAM.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	Às vezes	Excepcionalmente
1. Assessorar o Diretor Regional de Saúde através do Assistente Técnico da Regional, em assuntos de sua capacidade. (Assessoria)	-	02 (100%)	-	02 (100%)	-
2. Apresentar ao Diretor Regional, discutir e avaliar planos de trabalho relativos à área específica. (Administrativa)	-	02 (100%)	-	02 (100%)	-
3. Propor programas e colaborar com a equipe da Divisão de Serviços de Estudos e Programas no adestramento de pessoal técnico e auxiliar da DRS, de acordo com a orientação emanada do superior da Equipe Técnica de sua área. (Administrativa)	-	02 (100%)	-	02 (100%)	-
4. Participar das reuniões mensais ou eventuais com o Diretor Regional de Saúde e demais Inspetores. (Administrativa)	-	02 (100%)	-	02 (100%)	-
5. Participar de reuniões periódicas, com o pessoal técnico dos serviços de Estudos e Programas da Regional, a fim de aprimorar o planejamento, fazer a adaptação ou avaliação dos programas regionais, elaborar projeto de orçamento Programa da Unidade de Despesa, e analisar o desempenho em sua área. (Administrativa)	-	02 (100%)	-	01 (50%)	01 (50%)
6. Participar de reuniões com líderes da comunidade, motivando-os para a solução de problemas e programas propostos. (Assessoria)	-	01 (50%)	-	01 (50%)	01 (50%)
7. Participar das reuniões trimestrais e eventuais convocadas pelo Superior de Equipe Técnica para o planejamento, adaptação e avaliação dos programas de saúde, bem como para propor normas ou sua reformulação. (Administrativa)	01 (50%)	01 (50%)	-	01 (50%)	-
8. Emitir pareceres técnicos sobre os relatórios e informes encaminhados ao Diretor Regional, para a área de sua responsabilidade. (Administrativa).	01 (50%)	01 (50%)	01 (50%)	-	-
9. Participar das reuniões nas sedes dos órgãos regionais, com o pessoal técnico das quais poderão participar chefes de Distritos, médicos Chefes de Centros de Saúde, especialistas da respectiva área, objetivando o melhor desenvolvimento dos trabalhos. (Administrativa)	01 (50%)	01 (50%)	-	01 (50%)	-
10. Apresentar relatórios mensais a partir da análise de dados recebidos dos Distritos Sanitários e das visitas efetuadas no Centro de Saúde. (Administ.)	-	02 (100%)	-	01 (50%)	01 (50%)
11. Emitir pareceres e informes técnicos quando necessário. (Administrativa)	-	02 (100%)	01 (50%)	01 (50%)	-
12. Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços (O.S.) emanadas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade objetivando sua entrosagem com as Divisões ou Serviços do Instituto de Saúde. (Administrativa)	01 (50%)	01 (50%)	01 (50%)	-	-
13. Atender às determinações eventuais do Diretor Regional, não contidas nestas atribuições, dentro da área de sua especialidade. (Administrativa).	-	02 (100%)	01 (50%)	01 (50%)	-
14. Inspeccionar, supervisionar e avaliar em nível local, distrital ou regional, a aplicação de normas técnicas e o desenvolvimento dos programas de trabalho, bem como motivar e orientar as chefias e o pessoal. (Administrativa)	01 (50%)	01 (50%)	-	01 (50%)	-
15. Treinamentos e Reciclagens. (Ensino)	01 (50%)	01 (50%)	-	01 (50%)	-

* As 02 enfermeiras inspetoras responderam a essa questão.

TABELA B - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS* DA DR56 - RIBEIRÃO PRETO SEGUNDO AS ATRIBUIÇÕES QUE SÃO EXECUTADAS POR ELAS E A FREQUÊNCIA COM QUE AS EXECUTAM.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	Às vezes	Excepcio nalmente
I. Assessoramento à Diretoria do Distrito Sanitário. (Assessoria)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
II. Participação no planejamento das programações na área do Distrito Sanitário. (Administrativa)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
III. Supervisão das atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde. (Administrativa)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
IV. Participações no treinamento de pessoal. (Ensino)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
1. Participar de supervisões das atividades previstas nas programações de saúde. (Administrativa)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
2. Propor, quando necessário, a participação de especialistas na supervisão das atividades específicas de Centros de Saúde. (Administrativa)	-	08 (100%)	04 (50%)	03 (37,5%)	01 (12,5%)
3. Participar da elaboração de roteiros para supervisão e controle. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-
4. Participar dos programas e treinamentos de pessoal técnico e de auxiliar das Unidades. (Ensino)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-
5. Participar da elaboração do plano de atividades para o Distrito Sanitário. (Administrativa)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
6. Acompanhar a execução das atividades programadas e desenvolvidas pelo nível local. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-
7. Analisar os dados de produção e os indicadores de avaliação. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-
8. Manter cadastro de pessoas treinadas em função das programações de saúde. (Administrativa)	-	08 (100%)	06 (75%)	01 (12,5%)	01 (12,5%)
9. Organizar e manter atualizados os registros dos principais materiais e equipamentos utilizados no treinamento de pessoal. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	-	01 (12,5%)
10. Selecionar e/ou elaborar material didático a ser utilizado no treinamento. (Ensino)	-	08 (100%)	06 (75%)	02 (25%)	-
11. Identificar as necessidades de treinamento e de desenvolvimento de recursos humanos, em função da realidade do Distrito Sanitário. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-

* As enfermeiras do Distrito responderam a essa questão.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	Às vezes	Excepcionalmente
12. Participar de pesquisas no campo da saúde de interesse da Secretaria da Saúde. (Pesquisa)	02 (25%)	06 (75%)	-	02 (33,3%)	04 (66,7%)
13. Participar do diagnóstico de saúde da área do Distrito Sanitário. (Administrativa)	-	08 (100%)	04 (50%)	04 (50%)	-
14. Participar na manutenção do cadastro de recursos institucionais, científicos, tecnológicos, materiais e humanos da área do Distrito. (Administ.)	-	08 (100%)	02 (25%)	05 (62,5%)	01 (12,5%)
15. Participar da implantação e operação do Sistema de Vigilância Epidemiológica. (Administrativa)	-	08 (100%)	08 (100%)	-	-
16. Analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob Vigilância Epidemiológica e propor recomendações necessárias. (Administrativa)	-	08 (100%)	02 (25%)	06 (75%)	-
17. Acompanhar, com análises freqüentes e sistematizadas, a cobertura vacinal dos Centros de Saúde, e propor, quanto for o caso, programa de intensificação e outras medidas que envolvem atividades de vacinação. (Administrativa)	-	08 (100%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	-
18. Articular as atividades de Vigilância Epidemiológica com os estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, em conjunto com o nível local. (Administrativa)	-	08 (100%)	02 (25%)	04 (50%)	02 (25%)
19. Assessorar o Dirigente do Grupo Técnico em assuntos pertinentes à sua área de atuação. (Assessoria)	-	08 (100%)	06 (75%)	02 (25%)	-
20. Exercer outras competências que lhe forem conferidas ou delegadas. (Outras)	01 (25%)	07 (87,5%)	05 (71,4%)	01 (14,3%)	01 (14,3%)
21. Participação em eventos sobre saúde, programados pela comunidade. (Outras)	07 (87,5%)	01 (14,3%)	-	01 (14,3%)	-

TABELA C - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS CHEFES* DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU ENCARGATURA*, DO DRS6, - RIBEIRÃO PRETO, SEGUNDO AS ATRIBUIÇÕES QUE SÃO EXECUTADAS POR ELAS E A FREQUÊNCIA COM QUE AS EXECUTA.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	Às vezes	Excepcionalmente
1. Elaborar escala de serviço de pessoal de enfermagem, para atividades internas e externas do Centro de Saúde. (Administrativa)	03 (20%)	12 (80%)	11 (91,7%)	01 (8,3%)	-
2. Adequar a escala de serviço, em decorrência de faltas de servidores da unidade de trabalho sob sua responsabilidade. (Administrativa)	-	15 (100%)	12 (80%)	02 (13,3%)	01 (6,7%)
3. Ordenar o rodízio do pessoal de enfermagem nas atividades internas e externas. (Administrativa)	02 (13,3%)	13 (86,7%)	09 (69,3%)	03 (23%)	01 (7,7%)
4. Selecionar, agendar e distribuir entre os visitantes sanitários, as visitas domiciliares a serem executadas. (Administrativa)	-	15 (100%)	08 (53,3%)	03 (23%)	04 (26,7%)
5. Verificar sistematicamente os registros de atividades executadas pelo pessoal. (Administrativa)	-	15 (100%)	08 (53,3%)	07 (46,7%)	-
6. Responder pelo adequado funcionamento dos fichários de controle e de vacinação. (Administrativa)	01 (6,7%)	14 (93,3%)	09 (64,3%)	05 (35,7%)	-
7. Reunir, conferir e encaminhar para consolidação os dados de produção relativos às atividades sob sua responsabilidade. (Administrativa)	03 (20%)	12 (80%)	08 (66,7%)	03 (25%)	01 (8,3%)
8. Manter o controle das atividades de preparo e esterilização de material e do preparo das salas de execução das atividades médicas e de enfermagem. (Administrativa)	01 (6,7%)	14 (93,3%)	10 (71,4%)	01 (7,2%)	03 (21,4%)
9. Selecionar e executar atividades de enfermagem, de acordo com as prioridades, necessidades e características de cada caso. (Assistencial)	-	15 (100%)	13 (86,7%)	02 (13,3%)	-
10. Verificar, sistematicamente as condições de conservação, datas de vencimento e prazos de validade dos medicamentos, soros, vacinas, antígenos e suplementos alimentares existentes no CS. (Administrativa)	01 (6,7%)	14 (93,3%)	10 (71,4%)	03 (21,4%)	01 (7,2%)
11. Receber as notificações compulsórias e participar dos procedimentos relativos à Vigilância Epidemiológica, de acordo com a orientação do Diretor do CS. (Assistencial)	-	15 (100%)	09 (60%)	05 (33,3%)	01 (6,7%)
12. Promover constante treinamento de pessoal, em serviço, sob a sua subordinação. (Ensino).	-	15 (100%)	08 (53,3%)	07 (46,7%)	-
13. Elaboração de normas e procedimentos de Enfermagem. (Administrativa)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-
14. Cobrir Escala de funcionário. (Assistencial)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-
15. Participar de reuniões com Diretoria Técnica. (Administrativa)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-
16. Supervisão de Posto de Vacinação e P.A.S. (Administrativa)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-
17. Participação do grupo de vacinação na C.S.C. (Assistencial)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-
18. Programação e execução de Campanha de Vacinação. (Assistencial)	12 (93,3%)	02 (6,7%)	100%	-	-
19. Realização de teste de sensibilidade. (Assistencial)	14 (93,3%)	01 (6,7%)	-	01 (100%)	-

* Dos 15 enfermeiros que compõem esse quadro, todos responderam a essa questão.

ANEXO 5

TABELA D - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE CENTROS DE SAÚDE* DO DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, SEGUNDO AS ATRIBUIÇÕES QUE SÃO EXECUTADAS POR ELAS E A FREQUÊNCIA COM QUE AS EXECUTAM.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	Às vezes	Excepcionalmente
1. Selecionar e executar ações de enfermagem de acordo com as prioridades, necessidades e características de cada caso, particularmente para gestantes e crianças de alto risco para si próprios ou para a comunidade. (Assistencial)	01 (12,5%)	07 (87,5%)	05 (71,4%)	01 (14,2%)	01 (14,2%)
2. Coordenar e supervisionar a organização e execução das atividades de enfermagem, desenvolvidas nas unidades de atendimento sob sua responsabilidade, levando em conta os demais elementos da equipe de saúde do Centro de Saúde. (Administrativa)	02 (25%)	06 (75%)	05 (83,3%)	01 (16,6%)	-
3. Participar da elaboração e controlar a escala de serviço diário do pessoal de enfermagem para as atividades internas e externas. (Administrativa)	02 (25%)	06 (75%)	04 (66,6%)	01 (16,6%)	01 (16,6%)
4. Realizar periodicamente a atualização do fichário de vacinação e supervisionar o funcionamento do mesmo. (Administrativa)	04 (50%)	04 (50%)	03 (75%)	-	01 (25%)
5. Promover a convocação de clientes faltosos, de acordo com os programas e sub-programas. (Administrativa)	02 (25%)	06 (75%)	04 (66,6%)	-	02 (33,3%)
6. Verificar periodicamente as condições e prazo de validade de soros e vacinas. (Administrativa)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	03 (60%)	-	02 (40%)
7. Participar com a equipe do Centro de Saúde do planejamento da assistência de saúde à população, de acordo com as diretrizes gerais. (Administrativa)	04 (50%)	04 (50%)	04 (50%)	-	-
8. Participar com o enfermeiro-chefe, da previsão de pessoal, material e equipamentos para abastecimento e reabastecimento das unidades de atendimento sob sua responsabilidade. (Administrativa)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	04 (80%)	01 (20%)	-
9. Substituir o enfermeiro-chefe e/ou encarregado do setor em suas ausências. (Administrativa)	04 (50%)	04 (50%)	02 (50%)	02 (50%)	-
10. Assessorar o diretor do Centro de Saúde quando solicitado ou na ausência do enfermeiro-chefe e/ou encarregado de setor. (Assessoria)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	02 (40%)	03 (60%)	-
11. Participar de reuniões técnico-administrativas promovidas pelas chefias imediatas, fornecendo subsídios para o melhor desenvolvimento dos trabalhos. (Administrativa)	02 (25%)	06 (75%)	03 (50%)	03 (50%)	-

* Dos 10 enfermeiros que compõem o quadro, 8 responderam a essa questão.

	Se executam		Frequência		
	Não	Sim	Sempre	As vezes	Excepcio nalmente
12. Participar de reuniões com líderes das comunidades, colaborando em assuntos específicos de enfermagem, quando solicitado. (Assessoria)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	02 (40%)	01 (20%)	02 (40%)
13. Participar dos procedimentos relativos à Vigilância Epidemiológica, em todas as suas etapas. (Assistencial)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	02 (40%)	03 (60%)	-
14. Elaborar com o Visitador Sanitário, o plano de visita domiciliária, orientar sua execução e participar de sua avaliação. (Administrativa)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	03 (60%)	02 (40%)	-
15. Realizar visita domiciliária em casos especiais, devido à complexidade do problema (ex. moléstias transmissíveis) e quando da necessidade de demonstração ao Visitador Sanitário. (Assistencial)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	03 (60%)	01 (20%)	01 (20%)
16. Executar e/ou participar de programas de treinamento em serviço ao pessoal de enfermagem. (Ensino)	02 (25%)	06 (75%)	03 (50%)	02 (33,3%)	01 (16,7%)
17. Participar de treinamento a outros elementos técnicos e auxiliares sempre que solicitado. (Ensino)	02 (25%)	06 (75%)	04 (66,6%)	01 (16,7%)	01 (16,7%)
18. Participar, realizar e/ou promover orientação individual ou grupal à clientela para o desenvolvimento de atitudes e práticas conducentes à saúde. (Assistencial)	01 (12,5%)	07 (87,5%)	05 (71,4%)	02 (28,6%)	-
19. Manter-se informado sobre o programa de atividades desenvolvido por estudantes de área de enfermagem e outros que utilizem o Centro de Saúde como campo de estágio. (Assessoria)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	02 (40%)	02 (40%)	01 (20%)
20. Colaborar em programas de pesquisa de interesse da saúde quando solicitado. (Pesquisa)	02 (25%)	06 (75%)	02 (33,3%)	02 (33,3%)	02 (33,3%)
21. Realizar estudos operacionais da área de enfermagem de saúde pública, visando à melhoria do atendimento à clientela. (Pesquisa)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	02 (33,3%)	02 (33,3%)	01 (16,7%)
22. Participar de campanhas promovidas pelo CS; Departamento Regional de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade, atuando em todas as suas fases. (Assistencial)	01 (12,5%)	07 (87,5%)	06 (85,7%)	01 (14,3%)	-

QUADRO E - DISTRIBUIÇÃO DAS 2 ENFERMEIRAS INSPETORAS SEGUNDO OS FATORES*IMPEDITIVOS QUE INTERFEREM NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FATORES ASSOCIADOS A	J U S T I F I C A T I V A
2 (50,0%) ESTRUTURA TÉCNICO ADMINIS TRATIVA DA SECR. DE ESTADO DA SAÚDE	Pessoal técnico não aprofundado de acordo com sua formação Morosidade na resolução dos problemas de saúde Falta de estímulo e valorização profissional Política injusta e mal delineada Trabalho burocrático Burocratização que cria dificuldades Falta de trabalho em equipe.
1 (25,0%) SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Preparo teórico e prático insuficiente Sem habilitação em Enfermagem de Saúde Pública
1 (25,0%) PRÓPRIA PESSOA	Falta de Estímulo pessoal Problemas familiares

* A porcentagem foi calculada pelo total dos fatores

ANEXO 7

QUADRO F - DISTRIBUIÇÃO DAS OITO ENFERMEIRAS DISTRITAIS SEGUNDO OS FATORES* IMPEDITIVOS QUE INTERFEREM NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FATORES ASSOCIADOS A	J U S T I F I C A T I V A
<p>8 (100,0%)</p> <p>ESTRUTURA TÉCNICO- ADMINIS- TRATIVA DA SECR. DE ESTADO DA SAÚDE</p>	<p>Falta de pessoal</p> <p>Pessoal despreparado</p> <p>Desarticulação dos diferentes níveis</p> <p>Morosidade nas definições, dependência, falta de integração</p> <p>Pessoal mal utilizado</p> <p>Nível de decisão inseguro</p> <p>Infra-estrutura deficiente</p> <p>Carreira sem estrutura</p> <p>O enfermeiro executa funções que não são de sua competência</p> <p>Falta de atualização em níveis centrais e periféricos</p> <p>A informação demora chegar a nível local o que retarda o trabalho.</p>

* A porcentagem foi calculada pelo total dos fatores

ANEXO B

QUADRO G - DISTRIBUIÇÃO DAS 15 ENFERMEIRAS CHEFES E OU COM ENCARGATURA, SEGUNDO OS FATORES* IMPEDITIVOS QUE INTERFEREM NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES.
DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FATORES ASSOCIADOS	A	JUSTIFICATIVA
15 (50,0%)	ESTRUTURA TECNICO- ADMINIS- TRATIVA DA SECR. DE ESTADO DA SAÚDE	<p>Falta de recursos humanos e materiais. Más condições de instalações físicas.</p> <p>Pessoal despreparado. Falta colaboração do setor administrativo. Rigidez na hierarquia dos serviços. Carga horária grande, sobrecarga de trabalho.</p> <p>Política de saúde desarticulada de outros</p> <p>Acúmulo de funções administrativas e solicitação frequente para resolução de problemas.</p> <p>Assistência médico-curativa em excesso.</p> <p>Enfermeiro não tem linha de mando, fica sem autoridade só o médico tem.</p> <p>Falta definição de prioridade a nível local.</p> <p>Muita burocracia para enfermagem e só ela é cobrada a frequência.</p> <p>Os programas visam alta cobertura e não há como alcançá-la, grande demanda no período da manhã.</p> <p>Enfermeiro fica "espremido" entre chefia (médica) e funcionários.</p> <p>Ausência de trabalho em equipe.</p> <p>Funcionários desmotivados com muitos anos de serviço, com muitos problemas de saúde.</p> <p>Não há motivação por parte da chefia e há problemas deixados por chefias anteriores.</p>
10 (33,5%)	SUA PRÓPRIA PESSOA	<p>Inexperiência e insegurança profissional. Pouco entrosamento com o Pessoal do serviço. Dificuldade para exercer chefia.</p> <p>Falta persistência e planejamento no serviço.</p> <p>Problemas de ser mãe, dona de casa e trabalhar fora.</p> <p>Dificuldade de se impor no serviço e falta de diálogo com chefia.</p> <p>Estão fazendo mestrado e mora forada sede do município.</p> <p>Problema de saúde.</p> <p>Sentimentalismo gerando falta de racionalização para o trabalho e frustração profissional.</p>
5 (16,5%)	SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	<p>Sente-se defasada em relação a teorias. Rigidez na formação.</p> <p>Falta de conhecimento sobre planejamento, liderança de comunidade e preparo para a pesquisa.</p> <p>Sem habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.</p> <p>Falta despertamento do espírito crítico profissional.</p>

*A porcentagem foi calculada pelo total dos fatores

QUADRO H - DISTRIBUIÇÃO DAS DEZ ENFERMEIRAS DE CENTRO DE SAÚDE, SEGUNDO OS FATORES* IMPEDITIVOS QUE INTERFEREM NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FATORES ASSOCIADOS A	J U S T I F I C A T I V A
<p>10 (66,5%)</p> <p>ESTRUTURA TÉCNICO- ADMINIS- TRATIVA DA SECR. DE ESTADO DA SAÚDE</p>	<p>Insuficiência de recursos humanos e materiais.</p> <p>Desvalorização do cargo do enfermeiro.</p> <p>Programa inadequado e salário baixo. Não há reconhecimento nas promoções, horas excessivas de trabalho.</p> <p>Privilégio da classe que domina teorias. Os médicos não aceitam o trabalho do enfermeiro.</p> <p>Falta de enfermeiro e excesso de burocracia.</p> <p>Funções mal estruturadas. Descrédito da população em relação ao serviço público.</p> <p>Ter que substituir o superior hierárquico.</p> <p>Não há reciclagem e atualização.</p>
<p>3 (20,0%)</p> <p>SUA FORMAÇÃO PROFIS- SIONAL</p>	<p>Sem habilitação em enfermagem de Saúde Pública.</p> <p>Onipotência: o enfermeiro tem que assumir a unidade.</p> <p>Excesso de trabalho teórico.</p>
<p>2 (13,5%)</p> <p>SUA PRÓPRIA PESSOA</p>	<p>Desilusão com estrutura da saúde.</p> <p>Inviabilidade de crescimento científico por problemas familiares.</p> <p>Dificuldades em ministrar aulas.</p> <p>Impaciência.</p>

* A porcentagem foi calculada pelo total de fatores

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DAS 2 ENFERMEIRAS INSPETORAS, SEGUNDO O TIPO DE FUNÇÃO E ATIVIDADE QUE TEM QUE ASSUMIR E OU SUBSTITUIR. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES	ATIVIDADES	
	TOTAL	
ADMINISTRATIVAS	2 (100,0%)	Representar outros profissionais em reuniões.
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	1 (50,0%)	Atender pacientes em centros de aplicando técnicas de tratamento

QUADRO J - DISTRIBUIÇÃO DAS 8 ENFERMEIRAS DISTRITAIS, SEGUNDO O TIPO DE FUNÇÃO E ATIVIDADE QUE TEM QUE ASSUMIR E OU SUBSTITUIR. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES	A T I V I D A D E S	
	TOTAL	
ADMINISTRATIVAS	11 (85,0%)	<p>Tabular e conferir boletins de produção.</p> <p>Elaborar ofícios e memorandos.</p> <p>Fazer contactos com outras unidades.</p> <p>Resolver problema administrativo de unidades sanitárias.</p> <p>Assumir funções administrativas alheias à enfermagem.</p> <p>Orientar condutas administrativas.</p> <p>Tomar decisões na área médica na ausência do profissional.</p>
ENSINO	1 (7,5%)	Colaborar em treinamentos de outras áreas.
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	1 (7,5%)	Atender dermatologia Sanitária, colheita de material e área materno-infantil.

QUADRO L - DISTRIBUIÇÃO DAS 15 ENFERMEIRAS CHEFES E OU COM ENCARGATURA, SEGUNDO O TIPO DE FUNÇÃO E ATIVIDADE QUE TEM QUE ASSUMIR E OU SUBSTITUIR
DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES	A T I V I D A D E S	
	T O T A L	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	42 (65,5%)	<p>Realizar visitação domiciliária.</p> <p>Fazer pré e pós consulta em todas as áreas.</p> <p>Atendimento de enfermagem com triagem de pacientes e encaminhamentos.</p> <p>Avaliar paciente para profilaxia da raiva.</p> <p>Substituir funcionários na matrícula fichário central, imunização, visitação domiciliária e colheita de material e aplicação de testes.</p>
ADMINISTRATIVAS	22 (34,5%)	<p>Resolução de problema de demanda reprimida.</p> <p>Pedir ao médico para atender mais uma consulta e alertá-lo sobre normas técnicas. Tomar condutas que seriam de competência médica.</p> <p>Providenciar conserto de equipamentos e resolver situação de manutenção do prédio. Cuidar da conservação e limpeza da unidade.</p> <p>Dar soluções a problemas administrativos de funcionários.</p> <p>Redação de ofícios, memorandos e outras atividades de secretaria.</p> <p>Informações sobre publicações do Diário Oficial.</p> <p>Consolidar boletins de produção de atividades e vacinas.</p> <p>Substituir na vigilância epidemiológica e chefia em reuniões, e o diretor da instituição em sua ausência.</p>

QUADRO M - DISTRIBUIÇÃO DAS 10 ENFERMEIRAS DE CENTRO DE SAÚDE, SEGUNDO O TIPO DE FUNÇÃO E ATIVIDADE QUE TÊM QUE ASSUMIR E OU SUBSTITUIR. DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FUNÇÕES	A T I V I D A D E S	
	T O T A L	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	18 (60,0%)	<p>Substituir funcionário faltoso ou de licença na imunização e aplicação de testes.</p> <p>Fazer indicações de soroterapia na ausência do médico.</p> <p>Fazer visita domiciliária.</p> <p>Cobrir setor de imunização em outro centro de saúde por falta de funcionário.</p> <p>Fazer atendimento na área infantil e triagem geral do serviço.</p>
ADMINISTRATIVAS	11 (36,5%)	<p>Exercer atividades administrativas e resolver casos sociais.</p> <p>Supervisionar limpeza da unidade.</p> <p>Manter a unidade funcionando.</p> <p>Colaborar com o fichário central e matrícula.</p> <p>Tomar decisões de competência médica na ausência destes.</p> <p>Atuação na Vigilância Epidemiológica.</p>
DO PESSOAL DE ENFERMAGEM	1 (3,5%)	<p>Lavagem e preparo do material para esterilização.</p>

ANEXO 14

TABELA N - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DAS 2
ENFERMEIRAS INSPETORAS SEGUNDO A
FREQUÊNCIA COM QUE EXECUTAM AS FUN
ÇÕES QUE LHE SÃO ATRIBUIDAS. DRS₆
RIBEIRÃO PRETO, 1985.

FRE- QUÊNCIA \ FUNÇÕES	ADMINIS- TRATIVAS	ASSESSO- RIA	ENSINO*
SEMPRE	21,0%	-	-
ÀS VEZES	68,5%	66,6%	50,0%
EXCEPCIONAL MENTE	10,5%	33,4%	-

* Ensino não é função desta categoria, mas
houve registro dela.

ANEXO 15

TABELA 0 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SEGUNDO O CARGO E RESPECTIVOS VENCIMENTOS INICIAIS E FINAIS NO DRS₆ - RIBEIRÃO PRETO, 1985.

Nº ORDEM	C A R G O	ESCALA DE VENCIMENTOS	V E N C I M E N T O S*			
			I N I C I A L		F I N A L	
			REF. Inicial	VENCIMENTOS	REF. Final	VENCIMENTOS
1	VISITADOR SANITÁRIO	6	13	449 547	32	1 135 980
2	ATENDENTE	6	14	472 024	21	664 184
3	PSICÓLOGO	3	7	818 729	28	2 280 945
4	ASSISTENTE SOCIAL	3	7	818 729	28	2 280 945
5	ENFERMEIRO	7	7	819 311	28	2 282 575
6	ENFERMEIRO ENCARGADO	7	9	903 291	30	2 516 539
7	CIRURGIÃO DENTISTA	7	10	948 456	33	2 913 208
8	ENGENHEIRO S.PÚBLICA	7	10	948 456	33	2 913 208
9	ENFERMEIRO CHEFE	7	11	995 879	32	2 774 484
10	ENFERMEIRO INSPETOR	7	11	995 879	32	2 774 484
11	ENFERMEIRO DISTRITAL	7	11	995 879	32	2 774 484
12	MÉDICO I CONSULTANTE	7	11	995 879	26	2 070 353
13	MÉDICO II CONSULTANTE	7	13	1 097 957	28	2 282 575
14	MÉDICO III CONSULTANTE	7	15	1 210 498	30	2 516 539
15	MÉDICO IV CONSULTANTE	7	17	1 334 574	32	2 774 484
16	MÉDICO INSPETOR	7	15	1 210 498	38	3 718 073
17	MÉDICO SANITARISTA*I	7	13	1 097 957	28	2 282 575
18	MÉDICO SANITARISTA II	7	15	1 210 498	30	2 516 539
19	MÉDICO SANITARISTA III	7	18	1 401 303	33	2 913 208
20	MÉDICO SANITARISTA IV	7	21	1 622 183	36	3 372 402

DIRETOR DE CS : Vencimento Básico + 91% Adicional de local + 45,0% pró-labore.

DIRETOR DE DEPARTAMENTO: Vencimento Básico+91% Adicional de local+55,0% pró-labore

TODOS MÉDICOS DA REDE RECEBE: 91% de Adicional de local sobre seus vencim. básico.

MÉDICO SANITARISTA: São os que ocupam cargos de direção, chefia, supervisão e inspeção.

* Estes Vencimentos referem-se a jornada de 40 horas semanais calculados em CR\$ que era a moeda corrente do país.