ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE NO INAMPS) EM SÃO PAULO
...
E NO RIO DE JANEIRO - CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

Ø

- ^{Ros}
TAKA OGUISSO

Tese de Doutorado apresentada à Facul_
dade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, Departamento de Prática
de Saúde Pública, para obtenção do tí
tulo de "Doutor em Saúde Pública".

Orientadora: Dra. Nilce Piva Adami

São Paulo

1984

DEDICATÓRIA

À

À memória de
meus pais

AGRADECIMENTOS

1. À Dra. Nilce Piva Adami, pela orientação paciente e amiga.
2. À Dra. Maria José Schmidt, Chefe da Equipe de Enfermagem, da Coordenadoria Regional de Administração Médica, da Superintendência Regional do INAMPS, em São Paulo, pelo apoio solícito e colaboração durante todo o desenvolvimento do trabalho.
3. À Maria Carmelita Henriques Achcar, Chefe da Equipe de Enfermagem da Coordenadoria de Enfermagem, do Departamento de Promoção de Saúde Individual, da Direção Geral do INAMPS, pela inestimável colaboração na coleta de dados.
4. À Dra. Amália Coorea de Carvalho, pelo carinho com que criou condições para a elaboração deste trabalho e pelo interesse com que acompanhou seu desenvolvimento.
5. Ao Professor Attilio Brunacci, pela meticulosa revisão do texto.
6. Ao Professor Júlio César Ribeiro de Vasconcelos, pela paciência com que elaborou os programas para computação eletrônica dos dados.
7. Às bibliotecárias Maria Cecília Gonzaga Ferreira, da Faculdade de Saúde Pública e Carmem Silvia Arantes Leal Aguiari, da Escola de Enfermagem da USP, pelo auxílio no preparo das referências bibliográficas.
8. À bibliotecária Emília Yooko Oguisso, minha irmã, pelo cuidado com que realizou levantamentos bibliográficos sobre legislação e o esmero no trabalho de datilografia.
9. Aos enfermeiros dos Postos de Assistência Médica do INAMPS, das Superintendências Regionais em São Paulo e no Rio de Janeiro, pela valiosa colaboração preenchendo os questionários, cujos dados fundamentaram este estudo.

10. Ao Dr. Mario da Costa Galvão Filho, Diretor do Hospital Brigadeiro, demais diretores, chefes e colegas do INAMPS pelo apoio irres-
trito e confiança.
11. À Diretoria e ao corpo docente e administrativo da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo incentivo.
12. Aos meus familiares e amigos, pelo estímulo constante e interesse demonstrados.

ÍNDICE

	pag.
Resumo.....	xii
Summary.....	xiv
1. Introdução.....	1
1.1. Considerações gerais.....	2
1.2. Objetivos.....	9
2. Assistência primária de saúde.....	10
2.1. Direito à saúde.....	11
2.2. Elementos constitutivos da assistência primária de saúde...	12
2.3. A experiência internacional.....	14
2.4. A assistência primária de saúde e o enfermeiro.....	22
2.5. Ações de enfermagem na assistência primária de saúde.....	35
3. Material e método.....	56
3.1. Considerações metodológicas.....	57
3.2. População.....	59
3.3. Variáveis.....	61
3.3.1. Variáveis para caracterização da população.....	61
3.3.2. Fatores institucionais ou organizacionais que influ- enciam o desempenho profissional.....	64
3.3.3. Assistência primária de saúde.....	65
3.4. Instrumento.....	68
3.5. Pré-teste.....	70
3.6. Procedimentos para coleta, tabulação e tratamento estatís- tico dos dados.....	70
3.7. Definição de termos.....	72
4. Apresentação dos resultados.....	78
4.1. Caracterização da população.....	79
4.2. Nível de preparo dos enfermeiros.....	87

4.3. Fatores que influenciam o desempenho profissional de enfermagem.....	93
4.3.1. Existência de enfermeiros nas coordenadorias regionais.....	93
4.3.2. Possibilidade de desenvolvimento profissional.....	98
4.3.3. Apoio da chefia e satisfação no trabalho.....	103
4.3.4. Supervisão do trabalho de enfermeiros.....	107
4.3.5. Existência de reuniões de serviço.....	110
4.4. Atividades de assistência primária de saúde e obstáculos na sua execução.....	114
4.4.1. Atividades rotineiras do enfermeiro.....	114
4.4.2. Atividades de assistência primária de saúde.....	115
4.4.3. Atividades de enfermagem mais executadas por pessoal auxiliar.....	128
4.4.4. Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde.....	132
5. Análise e discussão dos resultados.....	143
5.1. Considerações gerais.....	144
5.2. Características da população e nível de preparo.....	145
5.3. Fatores que influenciam o desempenho profissional de enfermagem.....	149
5.3.1. Existência de enfermeiros nas coordenadorias regionais.....	150
5.3.2. Possibilidade de desenvolvimento profissional.....	154
5.3.3. Apoio da chefia e satisfação no trabalho.....	156
5.3.4. Supervisão do trabalho e reuniões de serviço.....	157
5.4. Atividades de assistência primária de saúde.....	163
5.4.1. Considerações gerais.....	163
5.4.2. Atividades de enfermagem nos Postos de Assistência Médica.....	166
5.4.3. Atividades de enfermagem na assistência primária de saúde.....	171

5.4.4. Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde.....	173
5.4.5. Contribuição do enfermeiro na assistência à saúde no âmbito do INAMPS.....	176
6. Conclusões.....	182
7. Referências bibliográficas.....	188

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário.....	A-1
Anexo 2 - Total de atividades de enfermagem levantadas nos PAM de São Paulo e do Rio de Janeiro, 1982.....	A-8
Anexo 3 - Total de recursos materiais e humanos na assistência ambulatorial do INAMPS, em SP e RJ, 1981.....	A-11
Anexo 4 - Serviços produzidos nas unidades próprias dos PAM de SP e RJ, 1981.....	A-12
Anexo 5 - Assistência ambulatorial nos serviços próprios do INAMPS, em SP e RJ, 1982.....	A-13
Anexo 6 - Organograma básico do INAMPS.....	A-14
Anexo 7 - Siglas e abreviaturas utilizadas.....	A-15

ÍNDICE DE TABELAS

	pag.
1. População de enfermeiros cadastrada no COFEN e ativa no INAMPS, março de 1982.	59
2. Número e porcentagem de enfermeiros do INAMPS, por tipo de serviços ambulatoriais em SP e RJ, 1982.	79
3. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por sexo, 1982.	80
4. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por estado civil, 1982.	81
5. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por faixa etária, 1982.	82
6. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por ano de formatura de curso de graduação de enfermagem, 1982.	83
7. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por ano de admissão na Previdência Social, 1982.	84
8. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por regime de trabalho, 1982.	85
9. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo exercício de cargo ou função de chefia, 1982.	86
10. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo exercício anterior de função de chefia, 1982.	87
11. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo conclusão de curso com carga horária superior a 500 hs., 1982.	88
12. Cursos de habilitação ou especialização concluídos por enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	89
13. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo participação em atividades de educação continuada, 1982.	91

14. Atividades de educação continuada frequentadas por enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	92
15. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo opinião favorável, ou não, à existência de enfermeiros nas Coordenadorias Regionais do INAMPS, 1982.	94
16. Fatores favoráveis ao desempenho profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	95
17. Fatores desfavoráveis ao desempenho profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	97
18. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo opinião favorável, ou não, à possibilidade de desenvolvimento profissional no INAMPS, 1982.	99
19. Fatores favoráveis ao desenvolvimento profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	100
20. Fatores desfavoráveis ao desenvolvimento profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	102
21. Opinião dos enfermeiros dos PAM de SP e RJ, quanto à obtenção do apoio da chefia na implantação de novas rotinas de enfermagem, 1982.	104
22. Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo satisfação no trabalho, 1982.	105
23. Relação entre satisfação no trabalho e apoio para implantação de rotina nova de enfermagem, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	106
24. Existência de supervisão do trabalho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	107
25. Exercentes da supervisão segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	108
26. Periodicidade de supervisão do trabalho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	110
27. Existência de reuniões de serviço nos respectivos locais de trabalho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	111
28. Categoria profissional que coordena reuniões de serviço, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	112
29. Periodicidade de reuniões de serviço nos locais de traba-	

lho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	113
30. Atividades de rotina diária executadas por enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	115
31. Total de atividades realizadas, e não realizadas, nos Postos de Assistência Médica, segundo enfermeiros desses PAM de SP e RJ, 1982.	117
32. Total de atividades <u>mais realizadas</u> nos PAM de SP e RJ, pelo pessoal das diversas categorias profissionais, segundo enfermeiros desses mesmos PAM, 1982.	122
33. Atividades <u>menos realizadas</u> nos PAM, pelo conjunto de pessoal, segundo enfermeiros, desses PAM de SP e RJ, 1982.	124
34. Atividades <u>mais executadas</u> por enfermeiros nos PAM de SP e RJ, 1982.	127
35. Atividades mais executadas por Auxiliar de Enfermagem e outras categorias de pessoal do PAM de SP e RJ, 1982.	129
36. Atividades mais executadas por Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD) e outras categorias profissionais nos PAM, segundo enfermeiros de SP e RJ, 1982.	131
37. Obstáculos citados para justificar a não execução de algumas atividades de enfermagem, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	133
38. Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde pelos enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	135
39. Relação entre obstáculos pela não execução de programa de controle de gestante sadia e execução de atividades rotineiras, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	137
40. Relação entre obstáculos pela não execução de programa de controle da criança sadia e atividades rotineiras, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.	139
41. Relação entre obstáculos pela não notificação de doenças à Secretaria de Saúde e execução de atividades roti-	

neiras segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

141

ÍNDICE DO QUADRO

1. Demonstrativo da relação existente entre ações de assistência primária de saúde previstas pelos órgãos internacionais, nacionais e de enfermagem e atividades de enfermagem. 45

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE NO INAMPS EM SÃO PAULO
E NO RIO DE JANEIRO - CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

RESUMO

Estudo realizado com o principal objetivo de verificar a existência de atividades de assistência primária ou cuidados básicos de saúde nos serviços ambulatoriais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), nos Estados do São Paulo e do Rio de Janeiro.

Todos os 394 enfermeiros lotados nesses serviços, no período de novembro de 1981 a agosto de 1982, foram incluídos no estudo. Houve retorno de 84,0% dos questionários enviados.

Foram identificados diversos fatores institucionais e organizacionais que influenciavam favoravelmente o desempenho profissional do enfermeiro, tais como: a presença de enfermeiros nas coordenadorias regionais das superintendências, a existência de campo adequado para o enfermeiro desenvolver-se profissionalmente, o apoio da chefia, a existência de supervisão do trabalho de enfermagem e a realização de reuniões de serviço.

Os resultados obtidos demonstraram que muitas atividades que podem ser enquadradas como sendo de assistência primária ou serviços básicos de saúde já vinham sendo executadas por enfermeiros e equipe de enfermagem, porém de forma esparsa e assistemática. Essas atividades foram classificadas em assistenciais subsidiárias, assistenciais independentes, educativas e técnico-administrativas.

Os obstáculos na execução de mais atividades de assistência

primária de saúde por esses profissionais eram, principalmente, falta de pessoal de enfermagem e falta de área física. Havia também existência de médicos em tal quantidade que algumas atividades simples tais como: controle de gestantes ou crianças sadias, controle de portadores de moléstias crônicas comuns de evolução previsível ocupavam espaço como consulta médica.

A contribuição do enfermeiro na assistência primária, ou nos serviços básicos de saúde, pode ser agrupada em três níveis, de acordo com o grau de necessidade de preparação adicional do profissional, bem como com providências administrativas em termos de recursos humanos e materiais. Nessas condições, esses três níveis de contribuição do enfermeiro podem ser implantados, gradualmente, a curto, médio ou longo prazo.

Os clientes portadores de patologias seriam encaminhados aos médicos para atendimento especializado. A esses clientes poderia ser dada assistência completa com a utilização total de recursos tecnolôgicos disponíveis para diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, a assistência médica curativa ficaria concentrada no paciente realmente necessitado; aos demais seria prestada a assistência primária, ou cuidados básicos de saúde, podendo assim melhorar sensivelmente a qualidade dos serviços assistenciais prestado à população que busca a Previdência Social.

PRIMARY HEALTH CARE AT THE INAMPS (NATIONAL HEALTH SERVICE) IN SÃO PAULO AND RIO DE JANEIRO - THE NURSE'S CONTRIBUTION

SUMMARY

The study was carried out with the purpose of discovering what kind of primary health care was available at outpatients' departments of the INAMPS (National Health Service) in the states of São Paulo and Rio de Janeiro.

All 394 nurses engaged in this service, from November 1981 to August 1982, were included in the study. 84% of the questionnaires distributed were completed.

Various organizational and institutional factors were identified which favourably influenced nursing performance such as the presence of nurses on regional boards, the chances of professional development, support lent by superiors, the supervision of nursing duties as well as periodic discussion of work related topics.

Results show that much of the health care at community level is already being carried out by individual nurses and by teams, but in an unsystematic way and on an irregular basis. These activities have been grouped under the following headings: subsidiary and independent care, educational and technical/administrative activities.

These professionals were prevented from further developing health care at community level mainly due to a lack of trained nursing staff and of space. There were also so many doctors available that certain areas of health care such as pre-natal checks, routine pediatric visits and control of patients with controllable chronic ailments were all carried out by doctors.

The nurse's role in providing basic health care may be examined at three levels and depends on the need for further professional training, as well as human and material resources. Bearing these conditions in mind, it is possible to put into practice these recommendations either in the short or medium term or even on a long term basis.

Patients suffering from pathological conditions would be sent to doctors for specialized care. For these patients complete diagnostic and technological resources would be made available as well as complete medical assistance. In this way, the role of the doctor could concentrate on cases which required actual medical attention, whereas basic health care would be provided in all other cases, thus improving the quality of National Health Assistance.

1. Introdução

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE NO INAMPS EM SÃO PAULO
E NO RIO DE JANEIRO - CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Gerais

Atividades isoladas de assistência primária de saúde foram, ou vêm sendo, realizadas em unidades de atendimento ambulatorial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pela Lei nº 6.439/77²⁶, conforme constam em inúmeros relatórios de serviços.

Tradicionalmente, a Previdência Social vinha se ocupando somente da assistência curativa, em detrimento da assistência preventiva, alimentando antiga dicotomia existente no setor saúde do país.

A Lei nº 6.229/75, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde²⁵, ao definir e delimitar, ainda que de forma imprecisa, os campos de ação de cinco Ministérios (Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Interior) assim como dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, reservou para o Ministério da Previdência e Assistência Social "a atuação voltada principalmente ao atendimento médico-assistencial individualizado"; não lhe competindo "formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo", por constituir função precípua do Ministério da Saúde.

Então, a dificuldade em determinar com precisão os limites de ação entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social sempre decorreu principalmente da falta da integração entre es-

ses dois grandes órgãos e da consequente duplicidade de comando no setor saúde.

Entretanto, um dos méritos da Lei do Sistema Nacional de Saúde, pode-se dizer, foi o de promover o início de estudos e de projetos entre aqueles dois Ministérios, que passaram a baixar, em conjunto, resoluções e portarias.

A nível internacional, a Carta de Punta del Este³³, em 1961, já recomendava aos governos a integração das "funções de prevenção e tratamento...".

Em 1972, Ministros da Saúde e outras autoridades representando vinte e oito países das Américas, aprovaram o Plano Decenal de Saúde para as Américas¹⁰⁵, que recomendava "iniciar no decorrer desta década a instalação de mecanismos que possibilitassem a cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os países da região". Desde essa época, a tônica de assistência primária vem permeando todos os discursos institucionais de organizações dedicadas à saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

A 30ª Assembléia Mundial de Saúde¹⁰² da OMS, em 1977, considerando que a saúde é um direito humano fundamental, resolveu que "a meta social dos governos e da OMS nos próximos decênios deveria consistir em alcançar para todos os povos do mundo o grau mais alto possível de saúde".

Para atingir tal meta seria utilizada a estratégia de assistência primária ou cuidados básicos de saúde, definida segundo a própria OMS⁹ como "o serviço essencial de saúde com cobertura universal, prestado na comunidade a indivíduos e famílias, através de sua participação integral, de forma que considerem aceitável, e a custo acessível para a comunidade e o país. Esse serviço é parte integrante tanto do

sistema nacional de saúde, do qual é núcleo, como do desenvolvimento sôcio-econômico geral da comunidade".

Na verdade, há, segundo ACUÑA² (1981), uma "situação paradoxal: do ponto de vista ético, a meta é mínima - assistência primária de saúde - porque não é possível admitir níveis menores de serviços; por outro lado, com relação à disponibilidade de recursos, suas repercussões são máximas, pois o que se pretende é saúde para todos".

Solução eficaz para os problemas de saúde requer, pois, organização e coordenação de esforços de todos os grupos e setores que, de forma direta ou indireta, são responsáveis pela promoção da saúde e do bem estar da população.

No Brasil, a partir de 1974, com a elaboração e posterior aprovação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1975-1979²⁴ e com a realização da V Conferência Nacional de Saúde,⁹² em 1975, o Governo Federal passa a se preocupar efetivamente com o problema dos sistemas de saúde. Reconhece também a urgência de adequar a política de saúde dentro de novas prioridades e formas de prestação de assistência.

O III Plano Nacional de Desenvolvimento, 1980-1985²⁹ define sua política de saúde enfatizando a ampliação e melhoria dos "serviços de saúde pública, intensificando o combate às endemias e fortalecendo as atividades relacionadas com a medicina preventiva". Estabelece ainda que será feito vasto esforço paralelo para redução dos custos dos serviços prestados, agilizando-se e expandindo-se as atividades previdenciárias e de assistência social, inclusive as do setor privado.

Dentro desse esforço paralelo, já vinham sendo e continuaram a ser desenvolvidos alguns estudos e programas, tais como o Plano de Localização de Unidades de Serviço (PLUS)⁴⁹, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)¹⁸, os Programas da Funda-

ção Serviços de Saúde Pública (FSESP)¹³⁵ e, inclusive, a proposta de Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde¹¹². Este último tornou-se conhecido como anteprojeto PREV-SAÚDE e havia sido elaborado em conjunto pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

Estas são algumas das mais conhecidas iniciativas de inspiração governamental, com o objetivo de estender a cobertura dos serviços de saúde.

Além desses estudos e programas, inúmeras resoluções e portarias interministeriais ou do Ministério da Previdência e Assistência Social, isoladamente, vêm sendo assinadas, a fim de fixar diretrizes e normas, como por exemplo, para estabelecer diretrizes para execução dos serviços básicos de saúde⁸⁷; para estender a participação do INAMPS no Programa de Ações Básicas de Saúde⁸⁹; para promover a participação dos serviços de Assistência Médica na vigilância epidemiológica⁸¹; para estabelecer a participação do INAMPS no Programa Nacional de Imunizações⁸⁸; para desenvolver recursos humanos adequados aos serviços básicos de saúde⁹⁰; e, finalmente, para definir a natureza e portes dos serviços a serem prestados, em atendimento ambulatorial por órgãos governamentais e entidades filantrópicas⁸⁶.

O custo crescente da assistência à saúde como fenômeno universal, requer a implantação de um sistema apropriado de atendimento que concorra para a diminuição de custos e, ao mesmo tempo, estenda a cobertura populacional.

A fórmula para atender a essa necessidade seria a proposta internacional através da assistência primária de saúde, como estratégia para alcançar a meta de "Saúde para todos no ano 2.000".

Convém distinguir aqui o conceito de assistência primária de saúde do conceito de serviços básicos de saúde, uma vez que os órgãos oficiais de saúde no Brasil preferem adotar a expressão "serviços básicos de saúde".

Segundo técnicos do Ministério da Saúde ¹⁰, o conceito de "atenção primária", como o próprio adjetivo ordinal especifica, contém uma explícita indicação de que ela (essa atenção ou assistência) constitui o primeiro nível de atendimento, caracterizando-se como porta de entrada regular de todo o sistema de saúde, independentemente da complexidade dos recursos humanos e materiais que envolver.

Por outro lado, afirmam esses técnicos, os serviços básicos de saúde abrangem ações de outros níveis, igualmente necessárias para resolver a maioria dos problemas da comunidade.

O próprio anteprojeto PREV-SAÚDE, elaborado com vistas a "imprimir maior eficiência e eficácia ao setor saúde ¹²⁶", estabelecia que os serviços de saúde incluíam, além da assistência primária, recursos para internação nas quatro áreas básicas (clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e toco-ginecológica), abrangendo assim uma parte do nível secundário.

Em consonância com aquela proposta internacional, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) ¹⁹. Este, ao apresentar o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social" ⁸⁵, aprovado pelo Ministro da Previdência Social, salientou nos dois itens iniciais do ofício de encaminhamento, entre os pontos principais para a ampla reforma sugerida, a "prioridade maior às ações primárias de saúde; integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado...".

A implantação de um sistema regionalizado e hierarquizado implica necessariamente na utilização de recursos humanos disponíveis, de acordo com o nível de complexidade das ações. Haverá, portanto, necessidade de formação de equipes multiprofissionais para treinamento, supervisão e educação continuada no preparo de pessoal auxiliar de níveis médio e elementar para execução dos cuidados básicos de saúde.

Nessa equipe multiprofissional, o papel do enfermeiro será fundamental, considerando-se que a maioria do pessoal auxiliar é representada tradicionalmente pela área de enfermagem. O enfermeiro, por receber preparo acadêmico adequado para atender às necessidades de saúde de pessoas, grupos e comunidades, nos vários níveis de assistência, pode atuar de forma polivalente e generalista, assim como treinar pessoas para prestar essa assistência.

Caberá, pois, aos enfermeiros preparar pessoal auxiliar, em larga escala, para poder executar as atividades compreendidas nos serviços básicos de saúde e, ao mesmo tempo, eles devem ser capazes de respeitar, valorizar e incorporar conceitos e práticas populares nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O modelo proposto pelo CONASP dá prioridade à cobertura da população por meio de serviços básicos de saúde, como já consta de proposta internacional. O Conselho Diretivo da OMS na Resolução XIX ¹⁰⁸, de 19 de outubro de 1981, "reconhecendo que o pessoal de enfermagem constitui o maior potencial de recursos humanos para a provisão de assistência primária, recomenda aos governos que intensifiquem esforços para que as funções ampliadas da enfermeira sejam definidas e oficializadas para que ela possa assumir maiores responsabilidades na prestação de assistência primária".

Tal recomendação procede em razão da própria OMS ¹⁰¹(1981) que reconhece "que a política de saúde, nas Américas, é estabelecida

direta ou indiretamente, pelos governos e estes, por sua vez, estão fortemente influenciados por médicos, administradores e, em alguns países, por poderosas associações profissionais, instituições e fundações".

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE)*, entidade representativa de enfermeiros do mundo todo, ao divulgar seu apoio ao conceito da OMS/UNICEF sobre assistência primária de saúde, assumiu, o compromisso de "estimular entre os países membros, estudos que levassem à efetivação de mudanças na educação, no exercício e na administração de enfermagem de modo a viabilizar a prática da assistência primária⁶⁹".

A Associação Brasileira de Enfermagem, filiada ao CIE desde 1929, ao traçar, em conjunto com o Conselho Federal de Enfermagem²³, o "Perfil do Enfermeiro"⁴³, define-o como "profissional generalista a nível de graduação, preparado para atuar nos programas de saúde a níveis primário, secundário e terciário, com ênfase nas áreas materno-infantil e médico-cirúrgica e com extensão à comunidade..."

O fato é que, líderes e representantes de entidades nacionais e internacionais de enfermagem, todos concordam que a assistência primária de saúde é, ao mesmo tempo, um guia para a ação e um conjunto de princípios que devem impregnar todas as atividades de enfermagem, dentro do sistema assistencial de saúde. A prestação da assistência primária, dentro desse conceito, torna-se uma extensão natural do exercício da enfermagem, em particular no que se refere à saúde da comunidade.

Com base em documentos e experiências nacionais e internacionais e nos aspectos racionais, históricos, administrativos, organizacio

(*) O CIE, conforme consta na tradução oficial para o idioma espanhol do nome da entidade "International Council of Nurses" (ICN), é a sigla de Consejo Internacional de Enfermeras. Por se tratar de nome próprio de entidade, foi mantido o termo enfermeira, no feminino, como consta no original. No restante do presente trabalho, adotou-se a denominação "enfermeiro", no masculino; salvo em citações onde o autor tenha empregado a palavra no feminino.

nais e legais, foi realizado o presente estudo na Previdência Social, a fim de tentar caracterizar a contribuição que o enfermeiro poderia dar na assistência primária de saúde junto aos serviços ambulatoriais do INAMPS em São Paulo e no Rio de Janeiro.

1.2. Objetivos do estudo

A partir dessas considerações apresentadas anteriormente, foram traçados os seguintes objetivos:

1.2.1. Identificar:

- . as características pessoais, profissionais e nível de preparo do enfermeiro que atua nos serviços ambulatoriais do INAMPS, nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro;
- . os fatores que influenciam o desempenho profissional do enfermeiro;

1.2.2. Verificar:

- . que tipo de atividades de enfermagem o enfermeiro vem executando nos serviços ambulatoriais do INAMPS;
- . que tipos de atividades de assistência primária de saúde vêm sendo executadas nesses mesmos serviços;
- . que obstáculos impedem o enfermeiro de executar mais atividades de assistência primária de saúde;
- . que contribuição o enfermeiro pode oferecer na assistência primária de saúde naqueles serviços ambulatoriais.

2. Assistência primária de saúde

2. ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE

2.1. Direito à saúde

Durante a Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, foi proclamada, segundo HALTER & DILEN⁶¹ 1978, a Constituição da Organização Mundial de Saúde¹⁰⁰, cujas operações foram iniciadas em 7 de abril de 1948.

Essa Constituição, que contém em seu preâmbulo nove princípios básicos para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos, declara expressamente em um deles: "o gozo do grau máximo de saúde que se possa desfrutar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição humana ou social".

Posteriormente, a Declaração Universal dos Direitos do Homem⁴⁷, proclamada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, estando o Brasil entre os países signatários, dispôs no art. 25 que "todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas de matrimônio, ou fora dele, têm direito a igual proteção social".

Em maio de 1977, os cento e cinquenta e cinco Estados Membros da OMS, reunidos na 30ª Assembléia Mundial de Saúde, adotaram a Resolução WHA 30.43¹⁰². Essa Resolução sobre cooperação técnica define ser "a principal meta social dos governos e da OMS, nos próximos decênios al-

cançar para todos os cidadãos do mundo no ano 2.000, um nível de saúde que lhes garanta uma vida social e economicamente produtiva". Esta é a ambiciosa meta social, amplamente divulgada sob a denominação de "Saúde para todos no ano 2.000".

Tão desejada meta não significa, segundo MAHLER⁷⁵⁻⁷⁶ que no ano 2.000, os médicos e enfermeiros devam proporcionar remédios para todos os males que afetem a todos os habitantes do mundo; nem quer dizer, evidentemente, que no ano 2.000 ninguém sofrerá os efeitos da doença ou invalidez. Significa que os recursos disponíveis estarão equitativamente distribuídos entre os componentes da população e esta terá acesso aos cuidados primários de saúde e, por essa via, a todos os demais níveis de assistência, dentro do sistema de saúde, incluindo também a reabilitação.

A Conferência Internacional de Alma-Ata³⁹ (1978) declara, enfaticamente, que "a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social, cuja realização requer a ação de muitos ou outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde". E ainda, "que os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta se ja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social".

2.2. Elementos constitutivos da assistência primária de saúde

Pela conceituação oficial da Declaração de Alma-Ata³⁹, os cuidados primários de saúde ou assistência primária constituem-se basicamente de: promoção de nutrição apropriada e adequada provisão de água de boa qualidade, saneamento básico, saúde materno-infantil, incluído o planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e os métodos para sua preven-

ção e controle, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns, além da promoção de saúde mental e a provisão de medicamentos essenciais.

Para desenvolver, operar e apoiar a prestação dos cuidados primários, segundo esse documento oficial de Alma-Ata, a organização de um sistema de saúde requer que cada país formule um plano nacional de saúde de acordo com as condições econômicas, políticas e peculiaridades sócio-culturais, baseadas em pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde. Requer também envolvimento de setores correlatos, como educação, agricultura, pecuária, habitação, alimentação, indústria, transportes e comunicação, além da participação do indivíduo e da comunidade, com apoio dos sistemas de referência aos demais níveis de assistência à saúde, abrangendo profissionais, como médicos e enfermeiros, auxiliares, parteiras e agentes comunitários.

A organização dos cuidados primários de saúde numa comunidade deve contar com a conjugação de esforços do governo, universidades, indivíduos e comunidade, bem como do apoio de organizações internacionais. Necessita-se estabelecer as prioridades, determinar a tecnologia apropriada de saúde a empregar, definir a composição da equipe que irá prestar os cuidados primários; é mister decidir se agentes da comunidade integrarão ou não as equipes; em caso positivo, fixar critérios para seleção, treinamento, supervisão e avaliação, além de decidir se há verã voluntariado ou se será criada a carreira para esses agentes com possibilidade de promoção, oportunidade de progressão ou ascensão.

Para que seja possível a efetivação de sistemas de referência e contra-referência, de forma integrada, funcional e mutuamente amparada, requer-se que a implementação dos cuidados primários seja descentralizada com uma hierarquização e regionalização, considerando-se que a meta social deva possibilitar a acessibilidade da população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a sua total cobertura. Entende-

se por acessibilidade a contínua, organizada e eficiente prestação de "serviços a que toda comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional ³⁹⁻¹¹⁴."

A Declaração de Alma-Ata pode ser considerada como um importante documento de âmbito internacional pelo fato de ter sido originado de um conclave com autoridades governamentais de inúmeros países. Entretanto, além de Alma-Ata, muitas outras assembléias, reuniões, jornadas, seminários e estudos sobre o mesmo assunto, isto é, assistência primária de saúde, foram ainda realizados, com volumosa publicação, pelas entidades internacionais promotoras desses eventos.

Do mesmo modo, autoridades ministeriais brasileiras e órgãos oficiais regionais vêm promovendo conferências nacionais, encontros regionais, seminários e estudos na tentativa de viabilizar recomendações internacionais para a implantação efetiva da assistência primária ou, segundo expressão preferida por essas autoridades brasileiras, dos serviços básicos de saúde.

Como se verá mais adiante, essa modalidade de prestação de assistência à saúde por agentes da comunidade, vem sendo realizada, há longos décênios, em quase todos os países pelo sistema tradicional informal, como demonstra VELIMIROVIC ¹³¹ (1977). Mesmo no Brasil, esse sistema informal ainda subsiste, desenvolvido, segundo SEIXAS ¹²² (1975), por meio de ações empírico-místicas que inclui a medicina de "folk", o curandeirismo e outras técnicas curativas trazidas, no dizer de CAMPOS ³² (1978), de países de culturas milenares, tais como a acupuntura, a ioga e outras consideradas pré-científicas como as dietas naturais, macrobióticas, balneoterapia, etc.

2.3. A experiência internacional

Considerando-se a extensão do assunto e a vasta bibliografia existente, para fundamentar o presente estudo foram selecionadas no cam

po internacional apenas as experiências que utilizavam basicamente recursos humanos da própria comunidade, aquelas que contavam com enfermeiros atuando em qualquer fase de sua implantação e outras originais em que houve adaptações do sistema de atendimento tradicional às peculiaridades locais. Buscou-se também incluir experiências de diversos continentes, dos países em desenvolvimento e exemplos também de países desenvolvidos.

Assim, há a experiência relatada por SHARMANOV¹²³ (1978) de organização de um sistema nacional de saúde pública numa das repúblicas da União Soviética, onde o "povo conseguiu, virtualmente, do nada erigir um serviço de saúde pública".

SHARMANOV, Ministro da República Socialista Soviética do Cazaquistão, em cuja capital, Alma-Ata, foi realizada a famosa Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde, refere que desde a Revolução Russa de 1917, essa república passou por profundas alterações econômicas, sociais, culturais e sanitárias. De uma das províncias mais remotas e abandonadas da Rússia Czarista, com baixo nível cultura, 2% de índice de alfabetização, epidemias de febre tifóide, cólera, varíola, etc., transformou-se na sede daquela Conferência, após sessenta anos de experiência em organização de saúde pública nacional e serviços primários de saúde. Os serviços médicos e de saúde, em sua fase inicial, foram prestados sob a forma de assistência primária de saúde, na rede de postos de saúde industriais e rurais. Quando era aguda a carência de médicos e instituições de tratamento, a assistência primária era a base do sistema de proteção da saúde por meio de ambulatórios e postos operados por parteiras e "feldschers" (auxiliares de saúde).

Cada posto dispunha de um enfermeiro, uma "feldscher" e uma parteira; sua tarefa básica, segundo SHARMANOV¹²³ 1978, era "organizar e aplicar medidas preventivas primárias de saúde (imunização, atendimento a domicílio de pacientes e recém-nascidos, inspeção sanitária da ter-

ra e das instalações, medidas de controle primário de epidemias, educação sanitária e outras)". O posto aplicava ainda medidas curativas primárias que incluíam "o tratamento de pacientes, execução de instruções do médico rural ou distrital e encaminhamento de pacientes ao médico". Outro ponto destacado: "no Casaquistão, como nas demais repúblicas da União Soviética, a assistência primária de saúde vinculava-se estreitamente aos planos de desenvolvimento econômico e social dos distritos rurais e aos serviços prestados por clínicos gerais; e, por seu intermédio, aos especialistas dos diferentes hospitais distritais e provinciais, centros de saúde e outras instituições de tratamento".

SIDEL & SIDEL¹²⁴ (1975) analisam a assistência sanitária na República Popular da China onde, desde 1949, os pequenos povoados ou comunas eram dotados de uma unidade de saúde com um encarregado primário de saúde (médico descalço) para educação sanitária, planejamento familiar, trabalho preventivo e curativo referente às doenças mais comuns. Nas fábricas e na periferia urbana existiam encarregados de saúde denominados trabalhadores médicos, escolhidos pelos colegas, como os médicos descalços o eram pelos habitantes das vilas, e recebiam curtos períodos de treinamento. FERREIRA⁵¹ (1975) também analisa o modelo de assistência na China, com médicos descalços que se "converteram no elemento principal para prevenir enfermidades nas zonas rurais". Segundo esse autor, a "virtude essencial dos médicos descalços é o estreito vínculo que mantêm com seus pacientes", obtendo dessa forma uma quase total cobertura de saúde da população.

AROLE & AROLE⁸ (1975) relatam a experiência de implantação de um projeto global de saúde rural, em Jamkhed na Índia, com utilização de recursos locais. O Projeto abrangia assistência primária de saúde a crianças em idade pré-escolar, assistência pré-natal, obstétrica e pós-natal, planejamento familiar, imunizações, controle de doenças

crônicas, principalmente tuberculose e hanseníase, com participação ativa da comunidade local. Mulheres de meia idade, em geral analfabetas, foram treinadas para se tornarem encarregadas de saúde e passaram a trabalhar de forma integrada no Projeto com os vários tipos de praticantes médicos, tais como os da medicina "ayuvérdica", homeopatas e as tradicionais parteiras. O Projeto atingiu, em menos de quatro anos, cerca de 40.000 pessoas em trinta povoados, e contou com a participação de enfermeiros para preparo de pessoas da comunidade e para contato com esses praticantes médicos e trabalhadores de saúde.

A Venezuela, como outros países em desenvolvimento, também apresenta grandes contrastes entre as áreas urbanas, com densa concentração populacional, e as rurais, com povoados esparsos.

Em 1948 teve início uma pequena experiência, num dos estados venezuelanos, onde o chefe regional de saúde pública, após curto período de treinamento, delegou algumas funções médicas aos seus auxiliares. A partir de 1961, foi adaptado ao país o sistema de assistência médica rural com o emprego de "feldschers" da União Soviética e de outros países asiáticos e africanos. Foi denominado "medicina simplificada", conforme relata GONZALEZ ⁵⁷ (1975), e destinava-se a oferecer assistência preventiva e curativa, além de apoio técnico e encaminhamentos aos níveis mais altos, em caso de necessidade. Os enfermeiros venezuelanos selecionavam, treinavam e supervisionavam as atividades realizadas nos serviços hierarquizados e regionalizados, conseguindo com isso estender a cobertura assistencial a quase todo o país.

Na Colômbia, em 1968, foi implantado um sistema de "módulo de ampliação de cobertura", ou MAC, a partir de um programa pioneiro materno-infantil. HARRISON ⁶³ (1978) relata sobre esse sistema, criado para "estender uma ponte" para dar acesso a grupos de migrantes rurais e outros que viviam em cinturões de miséria em torno das cidades. Segundo

esse autor, "essencial ao novo sistema é a versão colombiana do médico descalço, vale dizer, o promotor de saúde".

O promotor, para ser selecionado, devia ter vivido durante pelo menos cinco anos na área em que iria servir, ter escolaridade de sete anos de instrução, além de curso de treinamento de quatro meses.

Esses promotores, segundo HARRISON⁶³ (1978), atuavam como primeiro elo de contato com o serviço de saúde. Desempenhavam funções alternativas de parteiro e enfermeiro, professor e assistente comunitário.

Treinados em assistência médica elementar - socorros de urgência e medicamentos básicos para as doenças mais comuns - podiam também fornecer e administrar drogas prescritas por médicos. Aplicavam a maioria das vacinas, colhiam sangue e outras amostras para análise de laboratório no MAC. Outra tarefa era educar famílias na boa prática de saúde e higiene e em nutrição.

ABARCA e col.¹ (1980) descrevem o Plano Nacional de Saúde em Honduras, onde o governo empreendeu, desde 1973, uma série de ações para melhorar as condições de saúde da população. Dentre as prioridades, foram destacadas a extensão de cobertura com regionalização funcional baseada nos níveis de assistência, abastecimento de água e controle da desnutrição, desenvolvimento de recursos humanos e da própria comunidade, além de melhoria e manutenção de assistência hospitalar e de instalações e equipamentos.

Enfermeiros hondurenhos participaram em todos os níveis do processo de implantação do Plano, elaborando o diagnóstico da situação de enfermagem, redefinindo funções e assumindo maiores responsabilidades, especialmente quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive reabilitação e também quanto ao ensino, supervisão de pessoal e investigação. Os autores concluem o trabalho afirmando que "o setor de enfermagem constitui o pilar fundamental no modelo de prestação de

serviços de saúde para ampliar a cobertura que o governo havia iniciado em 1973", em Honduras,

O Projeto de Chimaltenango, experiência realizada na Guatemala e relatada por BEHRHORST¹² (1975), refere a utilização de promotores de saúde. Afirma o autor que, "mesmo nos países industrializados, a imensa maioria de enfermos não necessita, na realidade, de serviços médicos profissionais. Se os países desenvolvidos mal podem permitir-se a perpetuação do mito do médico indispensável, na zona pobre, como a rural guatemalteca, não podem em absoluto". Assim, o autor começou a capacitar índios das comunidades rurais a reconhecer e tratar doenças mais comuns. Esses índios, denominados promotores de saúde, eram escolhidos pela própria comunidade que também determinava os honorários por visita ou serviços prestados.

O programa de capacitação dos promotores de saúde previa, além do treinamento inicial, reuniões semanais para resolução de problemas e dificuldades durante todo o primeiro ano de trabalho, período em que não lhe era permitido executar tarefas médicas, mas participavam de outras tarefas de serviço público. Todos os medicamentos arrolados no programa podiam ser adquiridos e vendidos pelos promotores a preços reduzidos. Os médicos mostraram-se céticos diante do Projeto, mas toleravam-no por causa da escassez de assistência profissional nas coletividades pobres. O autor discorre sobre os males dos sistemas tradicionais de assistência com monopólio do exercício da medicina. Acredita que o médico do futuro deixará de ser um "curador" para passar a ocupar o posto de autêntico terapeuta que ensina seus pacientes a cuidarem de si mesmos e a recorrerem a ele somente quando a natureza não possa curar e seja indispensável a ajuda profissional.

O sistema nacional de saúde de Cuba, relatado por FERNANDEZ⁵⁰ (1975), foi implantado a partir da revolução em 1959, como resultado

das profundas mudanças nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Todas as instituições de assistência médica ou hospitalar, públicas ou privadas, as empresas farmacêuticas industriais ou comerciais, antes independentes, foram integradas em uma só organização de saúde: o Ministério de Saúde Pública. Esse processo de integração só terminou em 1970. Foi implantado um sistema de cobertura geográfica e demográfica total do país, regionalizando e hierarquizando os serviços, com controle de referências e contra-referências centralizando a política e descentralizando a execução.

A Federação de Mulheres Cubanas encarregava-se de preparar trabalhadores de saúde, em cursos de três semanas. Cada um deles iria servir a grupos de trezentos habitantes, no próprio local de origem. Entre as tarefas desses trabalhadores estavam incluídas a visita domiciliária a gestantes e puérperas, o controle de crianças pós-alta hospitalar após enfermidades diarréicas, processos respiratórios agudos, etc.; encaminhavam gestantes para o pré-natal e crianças para imunização e assistência; orientavam sobre a prescrição médica, alimentação, higiene geral e da habitação.

A OMS/UNICEF ¹¹³ refere que "certos fatores têm facilitado a eficiência dos serviços cubanos de saúde, tais como a elevada motivação dos serviços de saúde, a total alfabetização da população, a grande proporção de médicos e outro pessoal profissional de saúde, boas facilidades de transporte, mobilização de massas e o elevado grau de participação do povo".

LIISBERG & TABIBZADEH ⁷¹ (1975), em entrevista a Albert Ezban, também relatam a experiência da revolução sanitária em Cuba, dizendo terem visitado áreas bastante remotas e terem encontrado a mesma qualidade dos serviços de saúde oferecidos na capital. O jornalista e fotô-grafo britânico independente HARRISON ⁶⁴ (1980), especializado em assun

tos de desenvolvimento, também descreve sobre a revolução cubana em ma téria de assistência à saúde. Relata que Cuba, por dispor de grande número de médicos, decidiu não recorrer ao método dos "médicos descalços"; mas o sistema de assistência primária de saúde do país está apoiado consideravelmente na participação do povo nas atividades de saúde.

MATHESON ⁷⁷⁻⁷⁸ (1981), em duas matérias publicadas pela OMS no mesmo ano, descreve a utilização de agentes de saúde da comunidade, no Sudão Ocidental, desde 1974. Esses agentes constituíam a coluna vertebral dos serviços médicos rurais do país que contava com uma grande parcela de nômades.

O adjetivo "primário" aplicado a cuidado de saúde, no Sudão, significava assistência mínima absoluta, compatível com tratamento eficaz, porém com ênfase para a prevenção, especialmente por meio de orientação sobre higiene e medidas de precaução para evitar as doenças mais comuns. Nas zonas rurais, onde os cuidados primários de saúde foram implantados com êxito maior, menciona o autor, que "a experiência tem demonstrado que a supervisão é a maneira mais segura de se conseguir a máxima eficácia".

Havia agentes que trabalhavam com nômades e viajavam montados em bois, camelos e burros; outros, com funções mais sedentárias, faziam parte da rede de unidades de cuidados primários de saúde espalhadas por remotos oásis no deserto ou distribuídas ao longo das margens do Nilo. Cada conjunto de cinco ou de seis unidades de saúde primária estava vinculado a um dispensário de onde um assistente médico realizava a supervisão e o suprimento de material de consumo e medicamentos. Cada unidade atingia um raio de 15km. e servia a uma população de cerca de 4.000 pessoas. Os agentes nômades não podiam ser supervisi onados tão de perto, segundo MATHESON. ⁷⁷, que acreditava que eles prestassem serviços a cerca de 1.500 pessoas, em média, já que grande par-

te de seu tempo era gasto em viagens. Contudo, cabia-lhes munirem-se de drogas e suprimentos nos dispensários por onde passavam fato que dava ao assistente médico a oportunidade de supervisioná-los.

Esse aspecto da supervisão é enfatizado também por BENNET¹³ (1979) que considera que "o serviço de saúde usualmente deve supervisionar os aspectos técnicos como a qualidade da assistência, uso de medicamentos, o conteúdo da educação para a saúde, a exatidão dos registros de dados e a educação continuada".

Há ainda incontáveis experiências de implantação da assistência primária de saúde adaptadas às peculiaridades de cada país e revestidas de sucesso, tais como as da Costa Rica, relatada por HARRISON⁶⁵ (1981), em Sri Lanka, por GIBSON⁵⁵ (1981), no Afeganistão, por MIAZAD⁷⁹ (1978), no Peru, por HARRISON⁶² (1977), na Tanzânia, por GISH⁵⁶ (1975), na Colômbia, por ECHEVERRI & SALAZAR⁴⁸ (1980), na Mongólia, por THAPALYAL¹²⁹ (1976), além de muitas outras.

2,4. A assistência primária de saúde e o enfermeiro

Na série "Salud para todos" da OMS¹⁰⁴, nº3 de 1981, ao descrever a ação internacional em apoio à ação nacional para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, estão relacionados os elementos essenciais para a assistência primária de saúde, anteriormente referidos neste estudo. Essa ação incluía programas para descobrir tecnologias apropriadas para a saúde por meio de investigações científicas e programas para assistir melhor os grupos mais expostos, como mães, crianças, trabalhadores, que correm riscos especiais no ambiente ocupacional, e pessoas idosas.

Esse mesmo documento, em outro capítulo referente à aplicação de políticas em que está baseada a estratégia de "Saúde para todos",

declara que "as autoridades criarão incentivos para escolas de saúde pública, medicina, enfermagem e outras ciências da saúde, para que incluam em seus programas de ensino os princípios de saúde para todos, de assistência primária, os elementos essenciais do processo de administração para o desenvolvimento nacional da saúde com treinamento apropriado aos alunos nesses aspectos".

Alguns anos antes da realização da importante Conferência de Alma-Ata, enfermeiros e médicos sanitaristas de diversos países já haviam se reunido, sob os auspícios da própria OMS, para estudar o papel do enfermeiro e da enfermagem na saúde da comunidade e na assistência primária de saúde, como bem atestam publicações oficiais da época desse evento.

Assim, o Informe de um Comitê de Expertos da OMS⁹⁹, de 1974, recomenda o estabelecimento e desenvolvimento dos serviços de enfermagem de saúde comunitária que responda às necessidades da comunidade e assegure serviços adequados de assistência primária a toda a população. Para tanto, condiciona entre outras, a necessidade de incorporar o pessoal dos serviços primários de saúde ao sistema de assistência sanitária e de enfermagem e a necessidade de preparar enfermeiros de saúde comunitária para a prestação de assistência primária e para atuar no primeiro escalão de consulta dos serviços primários de saúde.

Em 1975, novamente a OMS³⁸ refere que "para alcançar a meta de que os serviços de saúde da comunidade cheguem a todos, é indispensável modificar profundamente as atuais funções de todo o pessoal de saúde. Se se utilizam cada vez mais os grupos locais e se lhes atribuem atividades tradicionalmente desenvolvidas por enfermeiros, médicos, educadores sanitários etc., todas as demais categorias de pessoal terão que desempenhar funções mais elevadas que as atuais".

Ainda, segundo esse documento da OMS³⁸, a modificação mais radical que se refere a enfermeiros de saúde pública consistirá talvez nos novos encargos terapêuticos e diagnósticos que se lhes destinará, além de ensinar ao pessoal de assistência primária muitas das suas funções tradicionais. Os enfermeiros terão que levar a cabo tarefas geralmente desempenhadas por médicos. Figuram entre elas o exame de enfermos e inválidos, a determinação da origem dos problemas surgidos e o tratamento dos processos agudos e das enfermidades mais prevalentes na comunidade. A função do enfermeiro de saúde pública será, pois, a de um enfermeiro generalista, capaz de trabalhar em uma equipe e de dirigí-la, se preciso, de ensinar e estimular outros membros da equipe de saúde, de comunicar-se com os grupos da população e conseguir sua colaboração, e coordenar a enfermagem da comunidade com outros sistemas.

Na ~~mesma~~ época em que se reunia a Conferência de Alma-Ata, dezenove enfermeiros e dezessete médicos de treze países se reuniam em Costa Rica para um seminário¹⁰⁶ sobre as novas dimensões no papel do enfermeiro na prestação da assistência primária. Os participantes desse seminário internacional também reconheceram que o enfermeiro "é um profissional subutilizado em comparação com seu potencial para assumir funções mais diretas na prestação da assistência primária, que antes eram privativas do médico". Reconheceram ainda, no documento publicado, que o enfermeiro já alcançou "um grau de competência que lhe permite tomar decisões e compartilhar responsabilidades com os demais membros da equipe na tarefa de elevar o nível de saúde da população a seu cargo". Salientaram que o desempenho polivalente do enfermeiro permite "utilização racional e ótima desse profissional para alcançar uma maior e eficaz cobertura a baixo custo sem aumentar o tempo de sua formação básica".

Para validar o papel do enfermeiro na assistência primária

de saúde, as entidades promotoras do seminário internacional consideraram necessário não apenas o enfermeiro aceitar esta nova responsabilidade, mas principalmente, que as autoridades de saúde aceitassem e incorporassem essa mudança.

Em 1961, como iniciativa pioneira, o Brasil incluía, no art. 90, da Lei nº 4.024²², de 20 de dezembro de 1961, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o seguinte: "em cooperação com outros órgãos, ou não, incumbe aos sistemas de ensino, técnica e administrativamente, prover, bem como orientar, fiscalizar e estimular os serviços de assistência social, médico-odontológica e de enfermagem aos alunos".

Já se pretendia, pois, prestar assistência de enfermagem ao escolar, porém, essa medida legal relacionada à enfermagem permaneceu longo tempo sem repercussões práticas. Só recentemente enfermeiros de saúde pública preocupados com a saúde do escolar têm desenvolvido estudos e experiências, tais como os descritos por COSTA⁴⁶ (1974), RODRIGUES¹¹⁶ (1983) e COSTA⁴⁵ (1983) entre nós, além de outros e SILVER¹²⁵ (1971) e THOMPSON¹³⁰ (1977) em outros países.

A partir de 1977, o Ministério da Saúde⁹¹ do Brasil em colaboração com a OPAS/OMS, convocava enfermeiros procedentes de todo o país para, em conjunto com assessores e consultores dessas organizações internacionais, constituírem um grupo de trabalho para elaboração de "Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade".

Esse Grupo de Trabalho estabeleceu doze padrões de assistência de enfermagem: quatro de atividades de enfermagem propriamente dita e oito referentes a elementos de infra-estrutura, que constituíram o documento publicado pelo Ministério da Saúde.

Entre os padrões relacionados com as atividades de enferma-

gem, saliente-se nesse documento oficial o padrão nº III referente à prestação de assistência primária, especificando que "a enfermagem presta assistência primária, especialmente, às populações desprovidas de serviços de saúde, com a participação da comunidade".

Essa publicação do Ministério da Saúde traz inúmeras sugestões de atividades de enfermagem para três áreas de cuidados de saúde, a saber: promoção de saúde, prevenção de doenças, manutenção e restauração da saúde.

Na área de promoção da saúde sugere:

- . desenvolver programas de educação para a saúde, referentes à nutrição, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento normal, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e saúde mental;
- . divulgar informações sobre utilização dos serviços de saúde e programas relativos à saúde (desajustes físicos, tratamentos, imunizações, planejamento familiar);
- . motivar e conduzir a comunidade em geral, ou grupos específicos da comunidade, para a avaliação de suas necessidades e problemas.

Na área de prevenção de doenças, esse documento especifica:

- . atuar e colaborar no planejamento e na implementação dos programas de imunização;
- . atuar ou colaborar no desenvolvimento dos programas de detecção de deficiências auditivas e visuais, câncer, diabetes, hipertensão, má nutrição;
- . atuar ou colaborar no desenvolvimento dos programas para a prevenção de acidentes e, em particular, na disposição de dejetos, no controle de mosquitos e no abastecimento de água potável.

Na área de manutenção e restauração da saúde inclui:

- . provisão de serviços terapêuticos de enfermagem:
 - tratamentos das doenças comuns (diarréia, infecção das vias respi

ratórias superiores e problemas da pele);

- auxílio nos primeiros socorros e cuidados de emergência (mordida de cobra, envenenamento, ferimentos, queimaduras);
- seguimento e controle dos pacientes com alta do hospital (diabetes, psiquiatria, desnutrição) e doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, etc.

instrução e supervisão para a família no cuidado de um doente ou deficiente físico;

assessoramento para famílias cujos membros têm problemas de saúde, tais como: alcoolismo, drogas, doença mental, gravidez em adolescentes solteiras;

referências apropriadas aos outros serviços de saúde;

coordenação do programa de enfermagem com o de outros profissionais de saúde.

Em julho de 1983, o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e o Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde da OPS, mais conhecidos pela sigla NUTES/CLATES, solicitaram recursos da Fundação Kellogg para convocar um Grupo de Trabalho sobre a "Participação da Enfermagem nos programas de Atenção Primária de Saúde", com o propósito de contribuir para uma melhor compreensão dos problemas técnicos, clínicos, administrativos e políticos.

Esse Grupo de Trabalho⁵⁸ considerou que, "em uma equipe harmoniosa de atenção primária de saúde deve haver diferentes categorias profissionais, que trabalhando em campo de interesse comum e em condições de trabalho adequadas, no entanto, não percam a respectiva especificidade profissional". Declara que uma "nova divisão técnica do trabalho na equipe de saúde é essencial e nela o papel do profissional de enfermagem é fundamental".

Os participantes do Grupo de Trabalho, que incluía enfermeiros, médicos, sociólogos, psicólogos, educadores e nutricionistas, representantes de instituições nacionais e internacionais, identificaram entre outros problemas, a existência de política de pessoal inadequada na área, com distorções funcionais, inclusive na área de enfermagem; pequena ou nula participação da enfermagem nos níveis de decisão, quanto aos programas básicos de saúde e a política de pessoal e preparo inadequado do profissional de enfermagem à realidade da prática levando à reduzida participação nas decisões e ações terminais. Aliás, esse preparo inadequado ocorre em todas as profissões de saúde, pois a maioria das instituições de ensino não adaptou seus currículos aos princípios da assistência primária de saúde.

O Grupo de Trabalho convocado pelo NUTES/CLATES identifica, entre outras, as perspectivas de "utilização efetiva da equipe de enfermagem para viabilização da implantação de projetos globais de saúde como o CONASP; apoio oficial e preparo de enfermeiros para os planos de revisão de funções necessários à atenção primária de saúde e dos instrumentos legais que possam impedir sua efetivação, bem como, redefinição dos papéis profissionais da equipe de saúde".

Por outro lado, o Ministério da Previdência e Assistência Social, juntamente com o Ministério da Saúde, o INAMPS e o Governo do Estado de São Paulo, firmaram convênio ⁸⁰ em 1983 para a implantação e a execução do Programa de Ações Integradas de Saúde no Estado de São Paulo, convênio esse fundamentado nas diretrizes de ação do Ministério da Saúde, no "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", do CONASP e no Plano do Governo do Estado. Esse convênio, que também vai estabelecer os mecanismos necessários à implantação e execução do referido Programa, destaca principalmente:

. a articulação e a integração programática entre os diversos serviços

de saúde desenvolvidos pelo MPAS, através do INAMPS, pelo MS, pela Secretaria Estadual de Saúde e pelos municípios, a partir do planejamento de suas ações de saúde e com o objetivo de dar cobertura integral aos municípios do Estado, de maneira progressiva e gradual, até completar-se com a organização do Sistema Estadual de Saúde;

- . a assistência básica à saúde da população urbana e rural;
- . a integração dos recursos financeiros, físicos e humanos das respectivas instituições envolvidas na programação conjunta;
- . a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do Estado, com mecanismos claros de referência e contra-referência e adscrição de clientela aos serviços primários mais próximos à moradia;
- . o estímulo ao desenvolvimento, especialmente a nível local, de uma efetiva participação da comunidade em todas as etapas do processo;
- . a valorização e ao desenvolvimento dos recursos humanos das instituições convenientes;
- . o desenvolvimento técnico-operacional dos órgãos e entidades envolvidos no Programa;
- . o desenvolvimento da integração ensino-serviço.

O processo de controle e avaliação das atividades desse Programa, de acordo com o convênio, será baseado em parâmetros de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas, produtividade e resolutividade.

A probabilidade de efetiva utilização da enfermagem para viabilizar a implantação do Plano CONASP, conforme identificou o Grupo de Trabalho do NUTES/CLATES, assim como esse convênio de Ações Integradas de Saúde no Estado, vem consolidar e reforçar documentos oficiais das entidades de classe da enfermagem, como o "Perfil do Enfermeiro" que encontra assim novo alento.

O documento "Perfil do Enfermeiro"⁴³, elaborado pelo Conse

lho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, ao definir a competência esperada do enfermeiro a nível primário, inclui:

- . assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal, à criança no seu crescimento e desenvolvimento, ao pré-escolar e ao escolar, a indivíduos com doenças transmissíveis, endêmicas ou portadores de patologias mais frequentes;
- . ações de vigilância epidemiológica;
- . prescrição e administração de medicamentos padronizados;
- . primeiros socorros e aplicação de tratamentos padronizados;
- . medidas de saneamento básico;
- . funções administrativas de planejamento, organização, coordenação, supervisão, avaliação, treinamento e educação continuada;
- . atividades de ensino, além de levantamentos e estudos operacionais.

Há em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 60/82 ⁴⁰, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e sobre a prestação da assistência de enfermagem nas instituições de saúde, públicas e privadas, e dá outras providências. Quando aprovado, esse Projeto deverá substituir a atual Lei nº 2.604/55 ²¹, do exercício profissional e respectivo regulamento constante do Decreto nº 50.387/61 ¹⁷. Aquele Projeto de Lei nº 60/82 prevê consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem como parte das atividades privativas do enfermeiro.

Além desses textos, o Conselho Federal de Enfermagem e a Associação Brasileira de Enfermagem, ao se manifestarem através de um documento sobre o anteprojeto PREV-SAÚDE, que guarda semelhança com o Plano CONASP lembraram "experiências desenvolvidas pela Fundação SESP no Brasil e experiências de vários outros países" testemunhando o su-

cesso do emprego do enfermeiro como recurso nuclear na assistência primária.

Esse documento, denominado "Enfermagem no Projeto do PREV-SAÚDE⁴²", relata a importância da participação do enfermeiro "como elemento de apoio e de complementação das atividades dos atendentes e agentes comunitários, principalmente no estudo da comunidade, na identificação dos grupos de alto risco, na vigilância epidemiológica e na assistência direta a pessoas e grupos, com ênfase na promoção da proteção à saúde, especialmente do grupo materno-infantil, e de indivíduos com danos redutíveis e controláveis na comunidade".

Prosseguiu o documento apontando outras diretrizes para a plena utilização do enfermeiro nos serviços básicos de saúde, afirmando que esse profissional poderia assumir "a responsabilidade de, observada a hierarquia programática, coordenar as ações de saúde para assegurar adequada articulação deste nível com a assistência que desenvolve o sistema tradicional comunitário e com as ações de saúde correspondentes aos demais níveis do sistema que, de forma direta ou indireta, apoiam os serviços de atenção primária".

Assim como já fora traçado no "Perfil do Enfermeiro", este documento dirigido às autoridades de saúde do país, declara que "o profissional de enfermagem está capacitado, ou poderá, com uma curta capacitação em serviço, assumir, com um custo bastante inferior do planejado, grande parte das consultas médicas primárias, principalmente no que se refere ao grupo materno-infantil (controle de gestantes e crianças), assim como às patologias, mais frequentes e de evolução previsível, de algumas doenças endêmicas, além de ações visando a saúde escolar, através do levantamento de casos suspeitos de doenças transmissíveis, defeitos no aparelho locomotor, visual e auditivo e nos socorros de urgência".

É o mesmo documento oficial do órgão disciplinador da enferma

gem que ressalta a necessidade de treinamento, supervisão e avaliação de atendentes e agentes comunitários nos postos de saúde e unidades elementares, visto que o serviço de ações básicas de saúde está assentado, principalmente, em atividades exercidas por esse pessoal. O enfermeiro encontra respaldo no currículo acadêmico para o desempenho eficaz daquelas funções, como aliás já vem fazendo há várias décadas, conforme relatórios oficiais de Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, assim como de Secretarias de Saúde, que atestam a validade da utilização do enfermeiro no preparo formal de técnicos e auxiliares de enfermagem e no treinamento de atendentes, agentes, promotores e outros trabalhadores de saúde do setor informal, urbano e rural.

CHAVES³⁷ (1982) refere que é "fundamental que o pessoal que vai operar a nível de assistência primária tenha seus perfis funcionais claramente definidos, os quais sirvam de base aos programas de treinamento". A falta dessa definição tem proporcionado ocorrências como relata esse autor, em que se implanta um programa de cuidados primários com iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, que coloca o auxiliar de enfermagem e o agente de saúde nos níveis inferiores, com a participação médica mínima ou nula. Em contrapartida, quando esse programa é de iniciativa médica, os mesmos dois níveis de auxiliares são usados, sendo o enfermeiro como que posto à margem.

É ainda o experiente e perspicaz médico Mário Chaves, da Fundação Kellogg, quem especifica que, no fundo falta "uma definição clara de quem faz o quê, e uma explicitação do papel importante que o enfermeiro pode, deve e tem que desempenhar na área de cuidados primários de saúde".

A OMS¹⁰⁹ (1982) afirma que "dentre as responsabilidades da

prática de enfermagem nos cuidados primários de saúde figuram o treinamento, apoio e supervisão de pessoal auxiliar de enfermagem e outros agentes de saúde comunitários".

Gill Walt¹³⁷ (1981), bolsista da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, ao escrever sobre "a função do agente de saúde da comunidade" para o Dia Mundial da Saúde, de 1981, em certo ponto do seu texto pergunta "quem deve ensinar?", ao que ele mesmo responde "as pessoas encarregadas de adestrar os agentes de saúde podem influir, em grande medida, nas suas atitudes. Se os próprios instrutores não adotam uma atitude clara e favorável aos cuidados primários, o plano de ensino pode fracassar desastrosamente. O médico, frequentemente sobrecarregado de trabalho, e mais interessado na medicina clínica e nos casos individuais, não é a pessoa indicada para ensinar o agente de saúde. Talvez possa chegar a sê-lo no futuro, caso se reoriente o ensino da medicina e se exija dos estudantes que adquiram parte de sua formação nas zonas rurais".

Finalmente cabe considerar, dentro dos aspectos estudados anteriormente, que constitui prática universal a participação efetiva da mulher no processo de assistência à saúde, seja prestando o serviço ativamente, seja recebendo tal serviço para si própria ou mesmo colaborando para que outros o recebam, como é o caso da sua atuação junto às crianças, aos idosos e aos inválidos.

MACEDO⁷³ (1983), médico e Diretor da OPS, afirma que a "mulher representa a chave do êxito na assistência primária de saúde" e que ela "não só deve ser considerada como beneficiária ativa da assistência à saúde, como é preciso desenvolver suas funções como agente e promotora dos serviços de saúde".

Mesmo o "Plano Quinquenal Regional de Ação sobre a mulher na

Saúde e o Desenvolvimento"¹¹¹, reconhecendo que "as mulheres constituem a metade da população em idade de votar mas representam apenas 3% dos legisladores, e a porcentagem é ainda menor nos órgãos executivos dos países da América Latina", recomenda a utilização a nível nacional dos esforços dos governos membros da OPS para realçar o papel da mulher na prestação dos serviços de saúde, aumentar o número de mulheres em postos que propiciem tomada de decisões em todos os níveis e estabelecer a igualdade entre os sexos na sociedade, entre outros itens.

Essas recomendações têm especial significado no Brasil, onde a maioria absoluta (mais de 90%), dos que exercem a enfermagem é constituída por pessoas do sexo feminino.

2.5. Ações de enfermagem na assistência primária de saúde.

Quando surgiu no Brasil o documento de Alma-Ata, com a estratégia da assistência primária de saúde, o Ministério da Saúde foi surpreendido em meio à atividade de coordenar a execução do PIASS no Nordeste¹⁸.

De fato, já estava em curso o processo de extensão de cobertura, simplificação de tecnologias, promoção de facilidades para o acesso aos serviços de saúde, etc.

SANTOS¹²⁰ (1977) referia na ocasião que o PIASS era a "proposta mais completa e abrangente de regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, na prática".

Em resposta a compromissos internacionais assumidos e atendendo à explícita recomendação da Conferência de Alma-Ata sobre "reorientação do sistema existente no sentido de assegurar que todos os níveis do sistema de saúde apoiem os cuidados primários", foi criado o CONASP pelo Decreto nº 86.329¹⁹, de 2.9.81.

Em agosto de 1982, o CONASP apresentou o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social". Esse Plano, mais conhecido como Plano CONASP, veio substituir "o anteprojeto PREV-SAÚDE", que não chegou a ser aprovado face às reações provocadas na coletividade. Conforme já foi referido, há semelhança entre o Plano CONASP e o anteprojeto PREV-SAÚDE pelo fato de que ambos enfatizam os serviços básicos de saúde como estratégia prioritária para a ampla reforma dos serviços de saúde, sobretudo a nível da Previdência Social.

FONSECA⁵² (1982), Presidente do CONASP e, posteriormente, também do INAMPS, participando de Mesa Redonda na Câmara dos Deputados, afirma com cautela que esse Plano "tecnicamente viável, seguramente poderia também, em tese, responder a muitas necessidades sociais e políticas. No entanto, a experiência tem demonstrado que estratégias dessa natureza, com essa dimensão e complexidade, não tem encontrado viabilidade no seio da sociedade brasileira. A magnitude da problemática de atenção à saúde à população brasileira, a pluralidade de instituições envolvidas e os interesses em disputa, não parecem recomendar estratégias drásticas". O autor concluiu, afirmando que isso certamente acabaria por comprometer o Plano por mais justo que fosse.

CHAVES³⁷ (1982) cita que "a formação médica clássica, e a das demais profissões de saúde condiciona os indivíduos a raciocinarem com uma forma de pensamento linear de causa-e-efeito: saúde-doença-diagnóstico-tratamento-volta à saúde, ou cronificação ou morte". Refere que "os profissionais de saúde, em seu conjunto, são treinados medicamente para tratar de problemas cuja natureza é médico-social", resultando por via de consequência o sistema curativista ora predominante.

A OMS¹⁰⁹ (1982) afirma que "em todos os países, muitas pessoas atualmente estão privadas de seu direito fundamental à saúde e ao bem estar social. O pessoal de enfermagem, trabalhando como uma força

unida nos cuidados primários de saúde, pode efetuar mudanças no sistema de saúde para corrigir essas deficiências e fazer com que todos os povos do mundo consigam ter uma saudável vida produtiva".

BURNS³¹ (1981) pergunta: "está a enfermagem pronta para promover e colaborar na pesquisa para o desenvolvimento de alternativas para a efetiva e eficiente utilização da enfermagem e pessoal auxiliar na prestação de serviços com enfoque de assistência primária de saúde?"

VERDERESE¹³² (1977) refere que os futuros enfermeiros "provavelmente serão generalistas encarregados de prestar assistência primária contínua a indivíduos, grupos e a toda a população". Salienta ainda que o enfermeiro "em sua nova função realizará atividades vinculadas tradicionalmente ao exercício da medicina".

Em 1968, MUSSALEM⁹³ previa mudanças no papel do enfermeiro, referindo que "em uma ou duas décadas, esse profissional iria tornar-se responsável pela saúde da família", previa que esse novo enfermeiro poderia "mover-se livremente do domicílio para o hospital e deste para o domicílio, tornando-se enfermeiro da família".

LEININGER e col.⁷⁰ já escreviam, em 1972, que o enfermeiro "estava preparado e pronto para alcançar e tomar uma ativa posição na linha de frente da prestação de cuidados primários de saúde de um modo altamente responsável para atender às necessidades de saúde do cliente". Essas autoras consideraram que os enfermeiros tinham "múltiplas oportunidades para atuar a nível de cuidados primários, identificando, avaliando e ajudando com muitos tipos de ações simples de saúde".

Criado em Washington e descrito por HALL e col.⁶⁰ (1982), o Serviço Médico Comunitário constituiu uma iniciativa particular de cuidados primários de saúde. Atendia bairros pobres situados a menos de dois quilômetros do Capitólio. A enfermeira MASSON, co-autora desse

texto descrito, ao iniciar seu trabalho nesse Serviço, imaginava que ela precisava "ser a especialista em educação sanitária, orientação, criação de um ambiente propício à cura e desenvolvimento de capacidades pessoais para a obtenção de um estado de saúde, ao passo que o médico deveria esmerar-se na aplicação de técnicas médicas para a solução de diferentes problemas médicos". Com o passar do tempo, percebeu que "não existiam diferenças definidas" nas funções do médico e dela; parecia, segundo ela, haver uma continuidade entre os cuidados de saúde e a solução de problemas médicos. Constatou que suas aptidões tendiam para área dos cuidados de saúde e as dele para a solução de problemas, o que resultava numa complementariedade de modos de atendimento.

Assim como o Comitê de Expertos da OMS⁹⁹ (1974) declarava expressamente que a "assistência de enfermagem à comunidade compreendia a assistência de enfermagem à família", BERGMAN¹⁴ (1979) referia que o enfermeiro, como o principal especialista em saúde da família, terá entre suas funções: "localização de casos, a assistência em situações de emergência, a avaliação do estado de saúde, a formulação de determinados diagnósticos e a aplicação de certos procedimentos terapêuticos, a vigilância das gestantes sadias, dos casos de geriatria, a assistência continuada a pacientes crônicos dentro de limites estabelecidos e o encaminhamento a médicos e outros profissionais de saúde em caso de necessidade".

A brasileira NOGUEIRA⁹⁵ (1977) também já referia que o enfermeiro de saúde pública "tem que trabalhar com a família como uma unidade e não simplesmente com suas partes ou os indivíduos que a constituem, porque dentre todos os profissionais da equipe de saúde é ele que mais acesso tem aos lares das pessoas em todas as épocas de suas vidas e as vê em todas as fases da saúde e da enfermidade". Igualmente COSTA⁴⁴ (1977) citava que a "família é uma das principais, senão a principal â-

rea de ação de enfermagem".

Um dos fatos mais importantes na prestação de assistência à saúde, conforme escreve ROBERTS¹¹⁵ (1980), tem sido o fortalecimento das funções clínicas de enfermagem. Este conceito tem permitido aos enfermeiros uma melhor preparação para estender suas funções na identificação de casos, diagnóstico e tratamento de enfermidades prevalentes, traumatismos e problemas afins. Em outro trecho, essa mesma autora afirma que "os estudos de pacientes que recorrem aos serviços de assistência primária têm revelado que entre 75 e 80% das necessidades identificadas referem-se à prestação de apoio, proteção do paciente, medicação e tecnologias simples comuns à enfermagem e que não requerem a competência de um médico".

O programa de educação para a função ampliada da enfermagem, do Caribe, descrito por SEIVWRIGHT¹²¹ (1979), tinha a finalidade de desenvolver atividades que permitissem "formar enfermeiros capazes de assumir responsabilidades clínicas maiores nos serviços de saúde". Referia a autora que se procurava "capacitar profissionais experientes, especialmente os da área de enfermagem obstétrica, aprofundando conhecimentos em medicina e enfermagem para poder fazer frente a uma maior diversidade de necessidades de saúde das famílias sadias ou enfermas". Alertava, porém, que essa "capacitação deveria ajustar-se rigorosamente às necessidades locais, uma vez que a missão desses profissionais deveria concentrar-se nos cuidados primários, especialmente nas comunidades rurais e outros setores sub-atendidos da população".

Referido programa do Caribe, ministrado em seis meses de teoria e seis de prática, pretendia atingir enfermeiros com cerca de cinco anos de experiência profissional para capacitá-los a: observar e analisar sinais e sintomas, realizar exame físico geral, avaliar resultados clínicos, fazer diagnósticos médicos comuns e diferenciais, realizar e

interpretar provas e procedimentos diagnósticos determinados, elaborar plano de assistência, prescrever, iniciar e aplicar tratamento (de acordo com protocolos estabelecidos), atender situações de emergência, encaminhar ao médico os casos que requeressem assistência especializada, e fazer visitas domiciliárias. Em caso de dúvida, o profissional deveria orientar-se com o médico indicado e, ainda, orientar pessoal de enfermagem e outros trabalhadores de saúde.

ALMEIDA ⁶ (1979) apresenta um fluxograma dos atendimentos nos Postos de Saúde de Londrina, no norte do Paraná, onde demonstra que 86,0% dos casos foram resolvidos ou controlados por auxiliar de saúde (atendente) polivalente com três meses de treinamento; menos de 5% foi encaminhado para órgãos de retaguarda.

De qualquer forma, apesar de todas as experiências aqui relacionadas, experiências essas de vários países e continentes com características semelhantes entre si e com as do Brasil, não será tarefa fácil mudar métodos tradicionais de assistência à saúde de caráter curativo bem predominante para um sistema marcadamente preventivo. Quaisquer argumentos ou justificativas, sejam racionais, sanitárias, econômicas ou políticas, esbarrarão nos usos e costumes do sistema vigente, apoiado não só por poderosas organizações profissionais ou de saúde, como por representantes da clientela que já vêm sendo atendida dentro desse sistema, com o qual já está habituado.

Ainda que os procedimentos propostos sejam mais simples e de custo menor, não é fácil implantar e, sobretudo, manter um sistema de saúde de acordo com esses procedimentos dentro de determinados padrões de qualidade. Entre as razões para essa dificuldade podem ser citadas a falta de adequação curricular para formação de profissionais de saúde e a resistência dos próprios profissionais e docentes em aceitar e efetivar essas modificações.

O médico HABICHT⁵⁹ (1979) afirma que "enquanto a delegação de tarefas preventivas para não-profissionais é geralmente aceita pelos médicos de hoje, a delegação de tarefas diagnósticas e terapêuticas não o é".

Por outro lado, BEDOYA¹¹ (1979), da Colômbia, refere que "nos núcleos urbanos de grandes cidades, existe uma forte predileção do indivíduo a solicitar a presença do médico quando ele requer serviços pessoais de saúde catalogadas como 'científicos'. A imagem do médico é percebida como o único que tem o conhecimento e poder de diagnosticar, prescrever e curar".

Essa mesma autora afirma que "diversos programas vêm propagando mudança de funções na equipe de saúde". Considera que, qualificar um pessoal de educação elementar como "capaz" de exercer atividades médicas, é uma investidura ainda não assimilada dentro dos valores da população a que tem sido dirigido este tipo de serviço, nem dentro do setor onde tem que funcionar como tal, ou seja, no mesmo âmbito que o qualificou para essa função.

"Ainda que o conhecimento científico não seja propriedade exclusiva de um tipo de profissão", declara BEDOYA¹¹ (1979) "parece que a estratégia e forma de introduzi-lo não têm sido adequadas". Assim, "um novo tipo de prática que rompe tradições e valores de séculos não pode ser imposto somente através de decisões ministeriais. Tem que obedecer a políticas dinâmicas tendentes a mudar as relações sociais existentes", é o que conclui essa autora.

MAHLER⁷⁴ (1978), sentindo essa resistência, alerta que se devem "assegurar a formação e o funcionamento de equipes de saúde nas tarefas mais indicadas para resolver problemas sanitários da comunidade sem tolerar a perpetuação e proliferação de clubes exclusivos de médicos e enfermeiros e demais profissionais que sujeitam o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, família e coletividade às regras

desse clube".

No Brasil, SANTOS¹¹⁹ (1978) apresenta três esferas de ação nos cuidados primários de saúde, a saber: a esfera de atenção à saúde das pessoas, a esfera de ação ao meio ambiente e a esfera de ação de apoio. ADAMI⁵ (1981) relaciona na esfera de atenção à saúde das pessoas: imunizações, controle de grupos biológica e socialmente mais vulneráveis e de maior risco, isto é, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos; reconhecimento e tratamento de afecções e traumatismos mais comuns tais como gripe, tosse, diarreia, febre, verminoses, algumas dermatites, ferimentos e outras demandas para primeiros socorros; promoção da melhoria de alimentação para os grupos de maior risco; consulta médica geral e encaminhamento de clientes aos níveis mais complexos do sistema. Dentre os serviços dirigidos à esfera do meio ambiente, ADAMI⁵ (1981) coloca o desenvolvimento de ações destinadas à melhoria do saneamento básico, visando soluções de abastecimento de água e destino de dejetos a nível domiciliar. Entre as ações na esfera de apoio, a autora entende a realização de alguns exames laboratoriais, quando possível, a colheita e envio de material ao laboratório de referência; elaboração de relatórios diários e mensais de produção e realização de outras atividades burocráticas; e delimitação de cobertura da população de referência do Posto, a fim de possibilitar a operacionalização das atividades, sem queda da qualidade e de permitir avaliações periódicas, utilizando-se indicadores apropriados.

Enumerando os cuidados primários, secundários e terciários e até quaternários, ADAMI⁵ (1981) relata que o primeiro "é o nível capaz de solucionar cerca de dois terços das necessidades de saúde de nossa população, dada a frequência de doenças simples, auto-curáveis e que exigem cuidados mínimos ou a aplicação de procedimentos pré-estabelecidos.

NOGUEIRA⁹⁶ (1983) informa que em muitos países, a lei não

autoriza o enfermeiro a diagnosticar e a medicar enfermos, mas já está aceitando essas atividades executadas por outros profissionais da medicina tradicional, o que parece razoável por um lado, mas incoerente por outro. Diante disso e considerando que, em nosso país, "até balconistas de farmácia prescrevem diariamente, sob os olhos complacentes das autoridades sanitárias, desde uma aspirina até antibióticos de largo espectro", pergunta a autora, se o enfermeiro não teria competência maior para usar, adequadamente, não só medicamentos farmacêuticos, mas também, outros recursos terapêuticos.

Essa autora relaciona entre as terapêuticas alternativas em enfermagem a homeopatia, a fitoterapia, a acupuntura, massagens e exercícios orientais.

Com relação ao uso de plantas medicinais, em 1978, a 31a. Assembleia Mundial de Saúde¹⁰³ adotou a resolução WHA 31.33 que recomenda o estabelecimento de "métodos para o emprego inócuo e eficaz de produtos derivados de plantas medicinais, especialmente os galênicos, com inclusão do uso de etiquetas com instruções para seu emprego e de critérios para sua administração ou sua prescrição por diversas categorias do pessoal de saúde".

No Brasil, no âmbito do Ministério da Saúde, já ocorre em caráter oficial a delegação de ações, especialmente nas áreas de tuberculose, hanseníase, verminoses, imunizações e outras. Entretanto, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, a ênfase dada às ações médicas limitou a expansão de outras profissões, notadamente de enfermeiros, cuja capacidade ainda não está sendo plenamente aproveitada.

Todos esses fatos são reconhecidos pelo Grupo de Expertos da OMS/OPS¹⁰⁷ (1978) que refere que "ainda se percebem os efeitos da falta de conhecimento da parte de outros profissionais e do público em geral, sobre o apoio que pode dar a enfermagem na solução de problemas sociais

e de saúde, em especial, com a consequente subutilização ou expectativas distorcidas sobre suas funções".

Para o aproveitamento racional e pleno da capacidade profissional dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde, suas respectivas funções precisarão ser redefinidas e as responsabilidades compartilhadas. Assim, o enfoque da assistência deverá ser transferido da doença para a saúde.

CASTRO e col.³⁶ (1982) relatam que "as relações entre os integrantes da equipe de saúde vêm tomando outro caráter, passando de uma situação de hierarquia à outra de co-responsabilidade com a adoção do conceito de liderança emergente, assumida alternadamente pelos diversos integrantes da equipe e de acordo com as necessidades suscitadas pela situação problema enfrentada".

Com base em todas essas experiências do mundo inteiro, recomendações e textos contidos nos documentos oficiais de organizações nacionais e internacionais, especialmente o Plano CONASP e a publicação "Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade", além de subsídios oferecidos pelas entidades e autores brasileiros de enfermagem, já é possível tentar definir, extraíndo da teoria fartamente publicada, as ações práticas ou atividades específicas de enfermagem abrangidas pela assistência primária de saúde.

É importante salientar que, muitas ações que são desenvolvidas a nível de assistência primária, não são exclusivas desse nível, podendo ser, como são realmente, desempenhadas por enfermeiros e pessoal de enfermagem em qualquer outro nível.

Ações típicas de assistência primária de saúde são basicamente ações de enfermagem de saúde pública. A OMS¹⁰⁹ (1982) ratifica tal afirmativa ao declarar que "a provisão de cuidados primários é uma extensão natural da prática de enfermagem, especialmente a nível comunitária

rio".

VERDERESE¹³³ (1979), com base em relatório de um grupo de enfermeiros, médicos e odontólogos, "reafirma a responsabilidade que corresponde à enfermagem como coordenadora das ações de saúde no primeiro nível de atenção do sistema institucional, assumindo um compromisso com a atenção primária de saúde". Salienta, também a necessidade de "reformulação dos currículos com vistas à saúde da comunidade e à preparação de enfermeiros para a atenção primária, incluindo-se nestas a expansão de suas funções em relação a medidas terapêuticas e diagnósticas".

TEJADA-de-RIVERO¹²⁸ (1982) refere que o papel de liderança a ser assumido pela enfermagem "não é algo que pode ser obtido através de solicitações; tem de ser conquistado através de ações relevantes que, conseqüentemente, imponham respeito".

Como se vê, aquelas ações ou atividades de enfermagem estão, geralmente, englobadas nos programas de saúde, tais como as de controle de gestante ou criança sadias, de controle de pacientes portadores de patologias mais frequentes e de evolução previsível, etc.

Em cada ação de assistência primária de saúde prevista na Declaração de Alma-Ata e em outros documentos da OMS/OPS/UNICEF, corroborada pelo Plano CONASP, pelas publicações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem, há correspondência com uma série de atividades específicas de enfermagem que podem ser desencadeadas.

O quadro a seguir relaciona essas ações de assistência primária de saúde previstas nos três principais órgãos de saúde, a nível internacional, nacional e específico de enfermagem, respectivamente OMS/OPS/UNICEF, Ministério da Saúde, PLANO CONASP e COFEN/ABEn.

Quadro I Demonstrativo da relação existente entre ações de assistência primária de saúde previstas pelos órgãos internacionais, nacionais e de enfermagem e atividades de enfermagem.

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN.SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
1. Saúde materno-infantil incluindo planejamento familiar	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . consulta de enfermagem . pré e pós-consulta . visita domiciliária . entrevista com cliente/paciente ou família . palestra/orientação em grupo . promoção de cursos específicos . encaminhamentos . verificação de sinais vitais . verificação de dados antropométricos . identificação de grupos de alto risco . execução de programas de aleitamento materno
2. Imunização contra as principais doenças transmissíveis	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . aplicação de doses de vacinas . entrevista com cliente/paciente/família . palestra/orientação em grupo . visita domiciliária . preparo e esterilização de material . controle de conservação e prazo de validade das vacinas.

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN.SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
3. Controle e prevenção de doenças localmen- te endêmicas	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista com cliente/paciente/família . palestra/orientação em grupo . visita domiciliária . consulta de enfermagem . pré e pós-consulta . encaminhamentos . verificação de sinais vitais e dados antropométricos . notificação de doenças ao órgão oficial de saúde . vigilância epidemiológica
4. Tratamento apropriado de doenças e lesões comuns	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . medicação oral ou parenteral . imobilizações . curativos . inalações . instilações . prescrição e administração de medicamentos padronizados . primeiros socorros e aplicação de tratamento padronizado . encaminhamentos . identificação de grupos de alto risco

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN.SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
5. Saúde escolar e pré-escolar	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . levantamento de casos suspeitos de doenças transmissíveis, defeitos no aparelho locomotor, visual e auditivo . atendimento de urgências e aplicação de tratamentos padronizados . entrevista com a criança/família . palestra/orientação em grupo . encaminhamentos . controle do crescimento e desenvolvimento
6. Assistência ao idoso	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . verificação de sinais vitais . consulta de enfermagem . pré e pós-consulta . controle de patologias crônicas e de evolução previsível . aplicação de tratamentos padronizados . identificação de grupos de alto risco . encaminhamentos

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN.SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
7. Saúde Ocupacional	SIM	NÃO	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista com o trabalhador . orientação individual ou em grupo . controle da saúde do trabalhador especialmente daqueles expostos a maior grau de risco . encaminhamentos . atendimentos de urgência . aplicação de tratamentos padronizados . participação na avaliação das condições do local de trabalho
8. Saúde Mental	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista com o cliente/paciente/família . orientação individual ou em grupo . encaminhamentos . . observação do comportamento.
9. Educação sobre problemas de saúde e dos métodos para sua prevenção e controle	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista com cliente/paciente/família . palestra/orientação em grupo . consulta de enfermagem . pré e pós-consulta

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN. SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
10. Seleção e preparo de pessoal para os cuidados primários de saúde	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . elaboração de critérios para seleção de pessoal . planejamento, execução e avaliação de programas de treinamento de agentes de saúde e trabalhadores da comunidade . entrevista e orientação de pessoal . planejamento, execução e avaliação de programas de atualização e cursos formais para preparo de enfermeiros e demais categorias de enfermagem
11. Supervisão e avaliação do pessoal treinado para prestar cuidados primários de saúde.	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . estabelecimento de critérios para supervisão e avaliação. . supervisão e avaliação do trabalho do pessoal que executa cuidados primários de saúde . orientação e demonstração do procedimento correto

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN.SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
12. Promoção de nutrição adequada, abastecimen <u>to</u> de água potável e saneamento básico	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . participação em reuniões da equipe multiprofissional . observação das condições de higiene da habitação na visita domiciliária . observação do estado físico e funcional e <u>nu</u>tricional de clientes/pacientes . orientação individual ou em grupo . encaminhamentos
13. Provisão de medicamen <u>tos</u> essenciais	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . consulta de enfermagem . pós-consulta . encaminhamentos . aplicação de tratamentos padronizados das <u>do</u>enças e lesões mais frequentes

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN. SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
14. Processo de hierarqui- zação e regionalização da assistência	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . participação em reuniões de equipe multiprofissional para planejamento, coordenação, execução e avaliação do processo de hierarquização e regionalização da assistência . participação em estudos sobre as características e peculiaridades das comunidades . participação em equipe para elaboração de critérios para hierarquização e regionalização
15. Utilização do sistema de referência e contra referência de clientes/pacientes	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista do cliente/paciente/família . orientação individual ou em grupo . encaminhamento de cliente/paciente aos níveis mais complexos de assistência . acompanhamento de clientes/pacientes contra referidos

CAMPO DE ATUAÇÃO	OMS/OPS/ UNICEF	MIN. SAÚDE PLANO CONASP	COFEN ABEn	ATIVIDADES PERTINENTES À ENFERMAGEM
16. Utilização de tecnologia apropriada de saúde	SIM	SIM	SIM	<ul style="list-style-type: none"> . entrevista do cliente/paciente/família . pré e pós-consulta . orientação individual ou em grupo . adaptação de técnicas e métodos de trabalho à situação local . utilização de fitoterapia e outras terapias . alternativas aceitas na comunidade . encaminhamentos

A partir desse quadro, já é possível listar um conjunto de atividades pertinentes às ações de assistência primária de saúde que o enfermeiro poderia desempenhar na prática. Poder-se-ia dizer que algumas dessas atividades são específicas de enfermagem comunitária ou preventiva, outras, de enfermagem médico-cirúrgica ou materno-infantil. Na verdade, porém, não existem limites rígidos entre elas, podendo a atividade ser simultaneamente de enfermagem preventiva e materno-infantil ou médico-cirúrgica.

Muitas dessas atividades já vêm sendo exercidas pelo enfermeiro em qualquer setor de trabalho, necessitando apenas atualizar a terminologia e integrá-la no conjunto do sistema de serviços básicos de saúde. Outras atividades não encontram campo para execução por problemas estruturais ou funcionais do serviço; são atividades que, em geral, não vêm sendo realizadas, especialmente no INAMPS, mas que, se forem definidas, poderão ser desenvolvidas. Finalmente, há uma parcela de atividades para cujo desempenho os enfermeiros poderão ser capacitados em rápidos programas de treinamento em serviço.

Portanto, a assistência primária de saúde pode ser implantada com a participação do enfermeiro e equipe de enfermagem, que poderão dar sua contribuição realizando as seguintes atividades:

1. consulta de enfermagem;
2. pré e pós-consulta;
3. visita domiciliária, incluindo análise e avaliação das condições de higiene da habitação;
4. entrevista com cliente ou família;
5. orientação em grupo;
6. palestras e cursos específicos;
7. vacinação;
8. encaminhamentos;
9. aplicação de medicação oral ou parenteral;

10. execução de curativos, imobilizações, inalações, instilações;
11. prescrição e administração de tratamentos padronizados;
12. atendimento de urgências, em caso de necessidade, incluindo, ou não, tratamentos padronizados;
13. identificação de grupos de alto risco;
14. verificação de sinais vitais e dados antropométricos;
15. algumas ações de vigilância epidemiológica;
16. controle de doenças crônicas e de evolução previsível;
17. controle e tratamento padronizado de doenças e lesões mais comuns;
18. controle de gestantes e crianças sadias, inclusive escolares;
19. utilização de fitoterapia e outras terapias alternativas aceitas na comunidade;
20. planejamento, execução e avaliação de programas de treinamento de agentes da comunidade e demais trabalhadores da saúde para prestar serviços básicos;
21. participação no planejamento, execução e avaliação de programas de preparação de profissionais de saúde para serviços básicos;
22. planejamento, execução e avaliação de programas e cursos formais de preparo de enfermeiros e demais categorias de enfermagem para serviços básicos;
23. participação em projetos para adequação dos planos curriculares de enfermagem aos serviços básicos de saúde, para utilização da estratégia de integração docente-assistencial, para educação continuada e para redefinição de papéis profissionais da equipe de saúde;
24. supervisão do pessoal treinado para prestar serviços básicos de saúde;
25. participação em reuniões de equipe multiprofissional para planejamento, coordenação, execução e avaliação do processo de hierarquização e regionalização da assistência;

26. participação em estudos sobre as características e peculiaridades das comunidades e elaboração de critérios para hierarquização e regionalização;
27. adaptação à situação local e simplificação de técnicas e métodos de trabalho;
28. participação em níveis de decisão quanto aos programas de serviços básicos de saúde.

Finalmente, há a considerar, conforme CASTRO e col,³⁶ que "a função de um profissional se explica por meio das atividades que ele desenvolve. Assim, o que importa não é o que ele sabe, ensina ou delega, o que importa é o que ele faz; o âmbito de sua ação autônoma, suas prerrogativas quanto ao exercício e as atividades que lhe são características".

Portanto, o desempenho dessas atividades assegurará ao enfermeiro a manutenção de importantes ações assistenciais como base de suas atividades profissionais.

3. Material e método

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Considerações metodológicas

O presente trabalho é o resultado de um estudo que teve como meta principal verificar a existência de atividades de assistência primária de saúde nos Postos de Assistência Médica do INAMPS dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Para tanto, foi feito um levantamento das características da população-alvo, suas opiniões, conhecimentos e atividades que realizavam. Não houve interferência alguma para modificar a realidade existente, tratando-se, pois, de um tipo de estudo descritivo.

O critério de escolha do tema baseou-se na Declaração de Alma-³⁹-Ata, segundo a qual a assistência primária de saúde constitui a "chave para alcançar a meta de saúde para todos", conforme afirmado anteriormente.

As autoridades brasileiras do setor saúde também adotaram essa estratégia como alternativa para levar saúde a toda a população, preferindo, porém, a expressão "serviços básicos de saúde".

O INAMPS, que já tinha papel destacado a desempenhar na saúde da população, também optou pelos serviços básicos de saúde no momento que aprovou o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", considerando que os recursos materiais e humanos não estavam crescendo na mesma proporção das necessidades da população.

Se bem que na área hospitalar do INAMPS devam também existir atividades de enfermagem de saúde pública, para o levantamento dos dados apresentados neste trabalho optou-se pelos serviços ambulatoriais pelo fato destes estarem mais relacionados com os serviços de saúde pú-

blica.

Para a coleta de dados foram escolhidos somente os serviços próprios do INAMPS; os contratados ou conveniados foram excluídos, a fim de limitar o estudo e obter resultados mais específicos; mesmo porque se pretendia caracterizar a população de enfermeiros trabalhando na mesma instituição, regidos pelas mesmas normas e com salários ou vencimentos e condições de trabalho mais ou menos homogêneos.

O motivo da escolha dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, para a realização deste trabalho, fundamentou-se no fato de que essas duas unidades federadas, pela sua elevada concentração industrial, deviam apresentar problemas sanitários próprios de regiões desenvolvidas; por outro lado, ambos diferem totalmente da realidade dos demais Estados; denominam-se comumente eixo São Paulo-Rio ou Rio-São Paulo e integram a região sudeste do país.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nesse eixo São Paulo-Rio estão concentrados quase 50% da população total de enfermeiros atualmente em exercício. Até março de 1982, conforme Tabela 1, cujos dados constam de sua publicação oficial denominada COFEN-NN⁴¹, essa entidade tinha registrado 22.059 enfermeiros no Brasil, dos quais 5.809 em São Paulo e 4.751 no Rio de Janeiro, o que totalizavam 10.560 profissionais (47,9%) para esses dois Estados, contra 11.499 (52,1%) para os demais 21 Estados do país.

Nessa mesma ocasião, isto é, março de 1982, o INAMPS contava em todo o Brasil com 3.105 enfermeiros, dos quais 1.555 encontravam-se lotados no Rio de Janeiro e 218 em São Paulo, o equivalente a 57,1% do total.

TABELA 1

População de enfermeiros cadastrada no COFEN e ativa no INAMPS,
março de 1982

Estados	Instituições			
	COFEN		INAMPS	
	Nº enferm.	%	Nº enferm.	%
RJ	4.751	21,5	1.555	50,1
SP	5.809	26,4	218	7,0
Subtotal	10.560	47,9	1.773	57,1
Demais Estados	11.499	52,1	1.332	42,0
TOTAL	22.059	100,0	3.105	100,0

Fontes: COFEN-NN Rio de Janeiro 5(1):2, mar.1982

Depto. Adm. Médica - SMS/INAMPS Rio de Janeiro,
março 1982.

Essas foram, pois, as razões que motivaram a preferência pelo tema e sua limitação geográfica e setorial.

3.2, População

Embora a assistência primária de saúde deva ser desenvolvida por equipe multiprofissional, conforme prevêem documentos de organizações internacionais e nacionais, a opção por uma única categoria profissional no presente estudo foi devido à necessidade de delimitar o problema, bem como à facilidade de realização da pesquisa pelo melhor conhecimento das dificuldades e problemas dessa profissão e também porque há muito pouco estudo feito na área de enfermagem, se comparada com outras profissões. Assim, a escolha do enfermeiro como população-alvo no eixo São Paulo-Rio decorre da concentração dessa categoria profissional nessa

região; isso vem enriquecer quantitativamente a amostragem.

Dessa forma, a população abrangida nesta investigação representou a totalidade de enfermeiros do INAMPS, lotada nos serviços ambulatoriais denominados Postos de Assistência Médica (PAM), Serviços de Primeiro Atendimento (SPA), Postos de Urgência (PU) e Unidades de Pacientes Externos (UPE) localizados nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Essa população foi constituída por 394 enfermeiros, sendo 286 do Rio de Janeiro e 108 de São Paulo.

No Rio de Janeiro, havia 73 Postos com atendimento ambulatorial, sendo 23 na Capital e 50 no interior. Desse total, 18 Postos não tinham enfermeiros e 12 estavam sem auxiliar de enfermagem, funcionando apenas com médicos, agentes administrativos e atendentes. Estes, no serviço público federal, são denominados auxiliares operacionais de serviços diversos.

Em São Paulo, havia 83 Postos de Assistência Médica, dos quais 15 estavam localizados na Capital e 68 no interior. Nesse Estado, funcionavam 38 PAM sem enfermeiros, 5 sem auxiliares de enfermagem e 4 sem nenhuma dessas duas categorias profissionais de enfermagem.

A Unidade de Pacientes Externos está, geralmente, vinculada aos hospitais próprios do INAMPS. Em São Paulo, havia na ocasião 4 hospitais em atividade, com 4 Unidades de Pacientes Externos e, no Rio de Janeiro, 14 hospitais com 14 dessas Unidades.

Em razão de não estarem no exercício efetivo da assistência ambulatorial de enfermagem, foram excluídos deste estudo os enfermeiros lotados nos hospitais próprios do INAMPS, exercendo atividades hospitalares, bem como os que se encontravam em atividades administrativas nas sedes das Superintendências Regionais e os que exerciam atividades em nível de Direção Geral, nos Departamentos e Secretarias junto à Presidência.

cia do INAMPS, no Rio de Janeiro.

Em março de 1982, (data-base adotada para coleta de informações quantitativas de pessoal) havia um total de 394 enfermeiros lotados nos serviços ambulatoriais do INAMPS, em São Paulo e no Rio de Janeiro; foram excluídos 18 por terem respondido ao pré-teste realizado anteriormente, em função deste mesmo estudo; restaram, pois, na população-alvo, 376 profissionais atingidos por esta investigação.

Do total de 376 questionários enviados, foram recebidos 316 respostas, ou seja, 84,0%, sendo 213 (77,6%) do Rio de Janeiro e 103 (100,0%) de São Paulo. A proximidade entre a autora do estudo e os enfermeiros de São Paulo, assim como o tipo de contato direto para a devolução, devem ter atuado para que ocorressem 100% de retorno dos questionários nesse Estado.

3.3. Variáveis

Neste estudo foram selecionados e estabelecidos três conjuntos de variáveis: caracterização da população, fatores institucionais ou organizacionais que influenciam o desempenho profissional e atividades de assistência primária de saúde.

3.3.1. Variáveis para a caracterização da população:

- a) sexo - com as devidas alternativas de respostas;
- b) estado civil - essa variável foi categorizada em cinco grupos: solteiro, casado, viúvo, desquitado e divorciado;
- c) idade - essa variável foi categorizada em anos completos, agrupados em faixas etárias de 10 em 10 anos, a partir da idade de 20 anos; acima de 50, foram todas incluídas numa faixa única;

- d) ano de formatura na escola de enfermagem - essa variável foi agrupada da seguinte maneira: os diplomados antes de 1949 constituíram um grupo sô, considerando-se que seriam poucos para formarem um grupo; pelo período em que foi realizado este estudo, esses profissionais já deveriam estar aposentados. Os formados na década de 1970 foram subdivididos em dois grupos: um, do período de 1970 a 1975; outro, do período posterior a 1975. Essa divisão foi feita para identificar se as alterações ocorridas na legislação do ensino superior, no início da década de 1970, trouxeram, ou não, alterações significativas na formação de enfermeiros;
- e) outros cursos com carga horária mínima de 500 horas ou um semestre letivo - por meio desse quesito, pretendia-se identificar o nível de preparo formal dos enfermeiros. O critério de 500 horas foi considerado tendo em vista a legislação vigente sobre currículo mínimo do curso de enfermagem, que prevê habilitações com uma carga horária mínima de 500 horas. Todos os cursos incluídos nesse item eram, ou foram, ministrados em mais de 500 horas;
- f) outras formas de educação continuada de que participou nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário - essa questão visava verificar se enfermeiros dos PAM procuravam manter-se atualizados. Atividades científicas ou culturais enumeradas eram as mais frequentes e conhecidas pelos enfermeiros em geral, inclusive pelos do INAMPS;
- g) ano de admissão na Previdência Social - todos os profissionais que tivessem ingressado antes de 1949 constitui

ram apenas um grupo, porque provavelmente seria pouco representativo o total desses enfermeiros; como o prazo normal para aposentadoria de homens é de 35 anos de serviço supunha-se que, na ocasião da coleta de dados, a maioria dos profissionais dessa época já estivesse aposentada. Profissionais admitidos no período de 1950 a 1969: distribuídos em duas décadas. Os admitidos a partir de 1970 foram divididos em dois grupos: de 1970 a 1975 e de 1976 em diante. Essa divisão foi uma tentativa de identificar a influência das alterações curriculares no desempenho do enfermeiro;

- h) regime de trabalho - essa variável foi categorizada em quatro grupos: estatutário, CLT, precário e "outro". Os profissionais que ingressaram na Previdência Social até o final da década de 1960 foram admitidos sob o amparo do Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis da União (Lei nº 1711/52). A partir da década de 1970, foi introduzido o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), embora permanecesse a exigência de aprovação em concurso público para admissão. Em algumas situações consideradas emergenciais, foram criadas alternativas precárias para suprir necessidades de pessoal; esses profissionais foram aceitos para trabalhar, mas eram considerados "precários", até que fossem concursados e regularmente admitidos. A categoria "outro" foi incluída, na expectativa de que houvesse profissionais remanescentes admitidos por terceiros, e portanto, sem vínculo empregatício com a Previdência Social, mas prestando serviço diretamente em seus órgãos de execução;

- i) exercício de cargo ou função de chefia ou de confiança - essa variável foi categorizada em dois grupos: o relacionado com exercício atual e o relacionado com o exercício passado, apenas para identificar quantitativamente a população de enfermeiros dos PAM que teve essa função ou estava nela.
- j) local de trabalho - foram indicadas duas alternativas principais: PAM e SPA, deixando-se espaço para outras alternativas possíveis. Esse item tinha em mira confirmar a identificação do tipo de trabalho do enfermeiro que respondia ao questionário; pois ele poderia estar lotado em hospital, mas exercendo atividade na Unidade de Pacientes Externos (UPE), existente praticamente em todos os hospitais próprios do INAMPS. O código numérico do PAM, previsto na questão nº 1, permitiria a identificação do Estado da Federação e do órgão de lotação, mas não do tipo de atividade que estava sendo exercido na ocasião da coleta de dados;

3.3.2. Fatores institucionais ou organizacionais que influenciam o desempenho profissional - foram categorizados em quatro grupos: existência de enfermeiros nas coordenadorias; possibilidade de desenvolvimento profissional; apoio da chefia para implantação de rotina nova e satisfação no trabalho; existência de supervisão e de reuniões de serviço;

- a) existência de enfermeiros nas coordenadorias - a questão previa três alternativas de resposta e visava conhecer a opinião dos respondentes quanto à presença de enfermeiro como fator favorável, ou não, ao desempenho profissional. Foi também incluída a resposta "não sei", face à suposição de que enfermeiros lotados em Postos

distantes da capital, que não mantivessem muito contato com aquele profissional nas coordenadorias não tivessem opinião formada ou não conhecessem realmente a influência deles no desempenho profissional da enfermagem, a nível de órgãos periféricos de execução. Essa mesma questão foi desdobrada em outras duas, para respostas abertas; assim o profissional poderia especificar um ou mais fatores, segundo seu próprio critério;

- b) possibilidade de desenvolvimento profissional - a exemplo da variável anterior, foi também desdobrada em três questões. Na primeira, entre três alternativas, deveria ser assinalada a opinião do respondente quanto à existência ou não de possibilidade para o profissional desenvolver-se dentro do INAMPS. As outras duas, por meio de respostas abertas, pretendiam identificar, a critério de cada um, os fatores principais, que favorecessem, ou não, esse desenvolvimento;
- c) apoio da chefia para implantação de rotina nova e satisfação no trabalho - essas duas variáveis foram incluídas em duas questões; a primeira com três alternativas de respostas; a segunda, com duas: positiva e negativa;
- d) existência de supervisão e de reuniões de serviço - as duas variáveis foram desdobradas em três perguntas para cada uma; essas perguntas previam as seguintes alternativas: existência, frequência e categoria profissional de quem exercia a supervisão ou coordenava as reuniões;

3.3.3. Assistência primária de saúde - essa variável constitui o objeto fundamental deste estudo. Foi distribuída em quatro tópicos: tipos de atividades de rotina do enfermeiro; atividades rotineiras de en-

fermagem no PAM; motivos de sua não execução e obstáculos na realização de algumas atividades ou programas de saúde.

- a) tipos de atividades de rotina do enfermeiro - foram categorizadas em cinco alternativas de resposta: o enfermeiro deveria indicar apenas uma: a que tomasse maior parte do tempo dentro da rotina normal de trabalho;
- b) atividades rotineiras de enfermagem no PAM - em uma das perguntas do questionário foram listadas 44 atividades técnicas, educativas e burocrático-administrativas mais frequentemente executadas nos Postos. A listagem previa ainda espaço para acréscimo de outras seis respostas abertas. Todas essas atividades listadas no questionário não especificavam se eram, ou não, atividades de assistência primária. Propositadamente, foi decidido não utilizar a expressão "assistência primária de saúde" no instrumento de pesquisa; assim, as respostas não seriam viciadas pela idéia, certa ou errônea, que o profissional poderia ter sobre a matéria. A fim de assegurar o correto significado das palavras, entre a autora do estudo e a população-alvo, procurou-se também utilizar linguagem usualmente conhecida nos PAM e de fácil identificação pelos enfermeiros militantes sobre a extensão ou delimitação da sua atividade. Cada uma dessas atividades deixava espaço para identificação de uma ou mais entre as quatro diferentes categorias específicas de pessoal que as estivessem executando isolada ou simultaneamente. Essas categorias eram: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar operacional de serviços diversos e médico. Se o executante não pertencesse a nenhuma

dessas categorias específicas, deveria ser assinalada a coluna "outro". Tal fato ocorre com alguma frequência, não apenas no INAMPS, mas no serviço público de modo geral. A questão previa ainda espaço para resposta "não realiza" para cada uma das atividades.

- c) motivos da não execução das atividades rotineiras de enfermagem nos PAM - para as atividades assinaladas com a resposta "não realiza", o profissional deveria assinalar nesta questão o motivo principal entre os cinco especificados: não é atribuição da enfermagem; falta de preparo; falta de tempo; falta de material e falta de pessoal. Nessa questão foi previsto também espaço para outro motivo a ser preenchido, a critério do respondente.
- d) obstáculos na realização de algumas atividades ou programas de saúde - foram listadas sete atividades, ou programas de saúde, a saber: notificação de doenças à Secretaria de Saúde; programa de controle de gestante sadia, da criança sadia, de cardíacos compensados, de hipertensos compensados, diabéticos compensados e de esquistossomóticos, e espaço para ser acrescentado outro não especificado. Cada uma dessas atividades dispunha à frente, em seis colunas, a especificação de motivos prováveis, além de outra coluna para outro motivo não especificado e a resposta inexecutável.

Essas sete atividades seriam aquelas consideradas pelos enfermeiros dos PAM como executáveis, mas que não vinham sendo realizadas face a um dos obstáculos especificados. A alternativa "inexecutável" foi incluída porque há postos especializados nos INAMPS, como

o de psiquiatria em São Paulo, onde essas atividades ou programas realmente não fazem parte das atribuições do Posto.

Propositamente, no questionário, não foi utilizada a palavra "obstáculo", cujo sentido de barreira, impedimento ou dificuldade poderia reforçar idéias ou interpretações negativas, que viessem, mais tarde, justificar a não realização daquelas atividades entre os que já a executavam. Foi preferida a palavra "motivo", com significado de causa ou razão. Na prática, dentro do conteúdo deste trabalho, motivos ou obstáculos têm o mesmo sentido.

Por meio do levantamento de atividades de enfermagem que já vinham sendo realizadas, e outras detectadas como exequíveis pelos próprios profissionais nos respectivos órgãos, seria possível identificar a contribuição que o enfermeiro poderia dar em termos de assistência primária de saúde nos PAM.

3.4, Instrumento

O instrumento para coleta de dados foi constituído por um questionário (Anexo 1) que contém sete folhas, incluindo a página de rosto; o questionário é composto de 30 perguntas relativas às variáveis selecionadas e codificadas para apuração eletrônica.

A folha inicial de cada questionário apresenta alguns considerandos cujo objetivo era explicar e sensibilizar a população para responder ao mesmo; contém também instruções de preenchimento, prazo e endereço para devolução.

Apresenta predominantemente questões para "respostas fechadas"

para facilitar a manifestação da opinião do respondente, sem dar margens para respostas evasivas.

Para caracterização da população foram elaboradas 11 questões relativas a dados de identificação pessoal e profissional, incluindo-se a localização regional do respondente, sexo, faixa etária, ano de formatura na escola de enfermagem, frequência a cursos formais de habilitação ou especialização, atividades de educação continuada realizada pelos respondentes, ano de admissão na Previdência Social, regime de trabalho, titularidade atual ou passada de cargo de chefia ou de confiança e identificação do setor ou tipo de Posto de lotação do respondente.

A variável sobre fatores que influenciavam o desempenho profissional foram desdobradas no questionário em 14 questões. Os fatores satisfação no trabalho e apoio da chefia foram apresentados em duas perguntas estrategicamente distribuídas de modo a que a resposta de uma pergunta não influenciasse a resposta de outra.

O fator existência de enfermeiros e influência no desempenho da profissão foi representada por 3 perguntas do questionário, sendo 2 delas para respostas abertas.

O fator desenvolvimento profissional e influência no desempenho foram também representadas por 3 perguntas, 1 fechada e 2 abertas.

Os fatores supervisão do trabalho do enfermeiro e existência de reuniões de serviço foram desdobradas em 3 perguntas fechadas, embora com previsão para acréscimo de alguma resposta não prevista.

Quanto à variável sobre atividades de assistência primária de saúde, foram elaboradas 4 questões: uma com 5 alternativas de respostas fechadas; uma contendo a listagem das 44 atividades de enfermagem e espaço para outras 6 abertas; outra com 5 alternativas e espaço para uma aberta e, finalmente, uma questão com 7 atividades, cruzadas com 7 obs-

táculos que poderiam existir.

3.5. Pré-teste

A fim de testar o instrumento de pesquisa, foi realizado um pré-teste; para isso, utilizou-se uma amostra do tipo intencional, composta pela população total de enfermeiros de dois grandes Postos de Assistência Médica, em São Paulo e outro no Rio de Janeiro, localizados ambos na região central das respectivas capitais; ambos eram dotados de enfermagem em porte de Serviço; o primeiro contava com 5 enfermeiros e o segundo com 13; todos com jornada de 8 horas diárias de trabalho. Esses 18 enfermeiros foram excluídos da pesquisa definitiva porque, tendo participado do pré-teste, já tinham tomado prévio conhecimento do questionário.

Após o resultado do pré-teste, foi necessária uma reformulação parcial do instrumento a fim de torná-lo mais compreensível e fácil para tabulação, através do fechamento das respostas.

No pré-teste, a entrega dos questionários foi feita pessoalmente pela autora do estudo, tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo.

3.6. Procedimentos para coleta, tabulação e tratamento estatístico dos dados

A folha inicial de cada questionário distribuído em São Paulo foi assinada pela Chefe de Equipe de Enfermagem, da Coordenadoria Regional de Administração Médica; a dos questionários distribuídos no Rio de Janeiro, pela Chefe de Equipe de Enfermagem do Departamento de Administração Médica, da Direção Geral.

As assinaturas dessas Chefes de Equipe de Enfermagem visavam facilitar o trânsito desses papéis nas vias burocráticas da instituição,

além de, com a autoridade que detinham, assegurar implicitamente o retorno do maior número possível de questionários.

Assim, a entrega dos instrumentos, tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro, foi feita por essas Chefias de Equipe de Enfermagem; ambas utilizaram o recurso do malote da instituição para efetuar a distribuição dos questionários, na capital e no interior do Estado, usando ainda a via telefônica para explicações, se necessário, controle de recebimento pelos destinatários e respectiva devolução.

A distribuição dos questionários em São Paulo foi feita no período de novembro de 1981 a junho de 1982 e, no Rio de Janeiro, de fevereiro a agosto de 1982. O período em São Paulo foi maior, por ter abrangido período de férias de fim de ano.

A partir de setembro de 1982 foi feita a codificação de respostas abertas e a transcrição dos dados do questionário para as folhas do impresso "Esquema para perfuração de cartões", da IBM.

Após a transcrição e revisão, o material foi para digitação em cartões; cada questionário necessitou da utilização de seis cartões para poder conter todas as respostas. Enquanto isso, foram preparados os programas para computador pelo técnico especializado.

A primeira prova dos resultados foi entregue em fevereiro de 1983, quando foi feita revisão do material para correção de erros ou falhas de digitação.

Quando o técnico reprogramou, incluindo as correções, o Centro de Computação Eletrônica da Universidade de São Paulo entrou em reforma para troca dos aparelhos por outros mais potentes. Esses aparelhos passaram a operar com fitas magnéticas, tendo que se redigitar todos os dados do questionário novamente para poderem ser processados; isso gerou novos atrasos nos resultados finais.

Com a nova digitação, nova revisão e novas correções, o resultado definitivo foi entregue em dezembro de 1983, com margem mínima de erros.

Quanto ao tratamento estatístico, foram utilizados percentuais e médias; na elaboração das tabelas, as frações foram arredondadas de acordo com as "Normas de apresentação tabular", da Fundação IBGE. As questões não respondidas não foram incluídas nas linhas ou colunas, mas o número total de respostas em branco foi registrado no rodapé das respectivas tabelas.

3.7. Definição de termos

Considerando-se a existência de alguma nomenclatura específica no âmbito da Previdência Social, além de termos comuns com conotações próprias, o estudo apresenta uma explicação sumária de termos, a fim de assegurar correto entendimento. Todas as explicitações são conceitos e definições baseados em Portarias, Resoluções e outros atos oficiais do Ministério da Previdência e Assistência Social e em Orientações e Ordens de Serviço do INAMPS ou do antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), publicados em Boletins de Serviço (BS) dessas autarquias.

DIREÇÃO GERAL (DG) - refere-se ao órgão central de administração do INAMPS - entidade criada pela Lei nº 6.439²⁶, de 19 de setembro de 1977 como autarquia integrante do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS - vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. É dirigida por um Presidente e sua sede está situada na cidade do Rio de Janeiro. São órgãos de assistência direta e imediata do Presidente, além dos setores de Consultoria Jurídica, Comunicação Social e Assessoria de Segurança e Informações, as Secretarias

de Medicina Social, de Planejamento e de Administração. As duas primeiras Secretarias abrangem três a quatro grandes Departamentos que, por sua vez, estão desdobrados em Coordenadorias (ver organograma básico no Anexo 6).

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL (SR) - refere-se ao órgão de direção regional, subordinado à Direção Geral, dirigido por um Superintendente Regional, com jurisdição limitada a regiões que reúnem características geográficas, sócio-econômicas ou administrativas homogêneas. Corresponde, em geral, aos limites de um Estado da Federação, em cuja capital se encontra a sua sede. A estrutura básica⁸³ de cada Superintendência Regional inclui as Secretarias Regionais de Medicina Social, de Planejamento e de Administração. A exemplo do que ocorre na DG, as Secretarias Regionais de Planejamento e de Medicina Social estão desdobradas em Coordenadorias Regionais, e estas em Equipes. Cada Coordenadoria Regional tem vinculação técnica com o Departamento correspondente da Direção Geral; da mesma forma a Equipe, com a respectiva Coordenadoria da DG. Assim, na DG existe, por exemplo, a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica que tem projeção nas Superintendências Regionais através das Equipes de Assistência Farmacêutica.

COORDENADORIAS REGIONAIS - constituem o terceiro escalão da direção regional, abaixo do Superintendente e Secretários Regionais. Os cargos de Coordenador Regional na Secretaria de Medicina Social são denominados "direção e assessoramento superior" ou DAS e podem ser exercidos por qualquer pessoa, servidora de carreira do INAMPS ou não, designada pelo Secretário Regional; este, também de livre provimento do Superintendente. Na Secretaria Regional de Planejamento e de Administração, com exceção dos respectivos Secretários que são também de livre provimento, todos os cargos que correspondem a "direção e assistência intermediária" ou DAI só podem ser ocupados por servidores de carreira da instituição. Na

Área de Medicina Social, as Coordenadorias Regionais⁸⁴ efetuam adequações de programas médico-assistenciais, de modelos de funcionamento para unidades próprias e implementam, coordenam, orientam, supervisionam e avaliam o desenvolvimento de programas, procedimentos técnicos, normas e princípios básicos e sistemas de controle traçados pela Direção Geral.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA (PAM) - é uma unidade médico-assistencial própria do INAMPS, destinada a prestar atendimento ambulatorial a seus beneficiários. Os Postos são classificados em cinco categorias: 1a. categoria ou especial, aquele dotado de mais de 65 consultórios (médicos e odontológicos); 2a. categoria - 41 a 64 consultórios; 3a. categoria: - 25 a 40 consultórios; 4a. categoria - 11 a 24 consultórios e 5a. categoria - de 4 a 10 consultórios. Constitui, pois, uma unidade ou órgão de execução do INAMPS, juntamente com os hospitais próprios.

SERVIÇO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO (SPA) - é a unidade independente, ou vinculada a um PAM ou hospital próprio, que realiza atendimento inicial, sem exigir do paciente qualquer prova da condição de segurado ou dependente; presta assistência médica ao paciente, solucionando o caso, sempre que possível, do ponto de vista técnico e administrativo. Deve ainda prestar assistência médico-ambulatorial aos beneficiários registrados nos setores especializados do PAM, que se apresentarem acometidos por intercorrência médica de caráter fugaz. O SPA encaminha às clínicas os beneficiários portadores de enfermidades que requeiram tratamento especializado e providencia internações nos casos de urgência. A comprovação da qualidade de beneficiário será exigida apenas para continuação do tratamento nas clínicas ou para internação, ressalvadas as situações de emergência.

POSTO DE URGÊNCIA (PU) - é a unidade independente ou vinculada a um PAM ou hospital próprio, que realiza atendimento emergencial, onde não há

abertura de prontuário para continuidade de tratamento. São remanescentes dos antigos Postos de Urgência do ex-SAMDU (Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência) e a maioria destes Postos estão transformados em SPA.

UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS (UPE) - é a unidade ambulatorial ligada a um hospital próprio do INAMPS, subordinada administrativamente ao Diretor de Divisão Médico-assistencial do hospital. Realiza assistência a pacientes de retorno após a alta ou prepara-os para a internação.

DIVISÃO REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS - constitui órgão subordinado ao Departamento Regional de Pessoal da Secretaria Regional de Administração. Tem por função programar e coordenar atividades relativas a recrutamento, seleção e aperfeiçoamento de pessoal, de acordo com diretrizes emanadas da DG; propor celebração de convênios e contratos com instituições educacionais, tecnológicas e científicas para a consecução de atividades de treinamento e aperfeiçoamento de servidores. O Serviço de Treinamento dessa Divisão promove levantamento de necessidades de treinamento e aperfeiçoamento e executa projetos especiais de treinamento para servidores da Superintendência regional.

EQUIPE - constitui o quarto escalão da direção regional. Cada Equipe é composta de um chefe de equipe, de encarregados de análise e de encarregados de setor técnico. A Equipe tem por competência estudar e formular projetos e planos de trabalho, em função das diretrizes emanadas da DG e das conjunturas regionais; realizar estudos e trabalhos para o desenvolvimento de atividades das unidades; emitir pareceres e informações sobre assuntos submetidos a seu estudo. O chefe de equipe é ocupante de cargo DAI que mantém correlação com categorias de nível superior. Na Superintendência do INAMPS em São Paulo, um cargo desse nível era ocupado, na Coordenadoria Regional de Administração Médica por um enfermeiro que foi incumbido de coordenar atividades de enfermagem. Em outros Estados, em

geral, inclusive no Rio de Janeiro, essas atividades eram exercidas, na época da coleta de dados, por enfermeiros ocupantes de cargos de encarregados de análise, sem poder decisório ou, o que era pior, sem ocupar cargo algum de chefia ou DAI; portanto, sem competência legal ou funcional para exercer atribuição de comando, coordenação ou supervisão de enfermagem,

ENCARREGADO DE ANÁLISE - participa da formulação de projetos e planos de trabalho; coordena atividades ligadas aos encarregados de setor técnico; participa de trabalhos para o desenvolvimento de atividades da Unidade e aprecia, preliminarmente, assuntos submetidos a estudo da Unidade. O preenchimento desse cargo deve ser feito por profissional de nível universitário, embora não lhe confira poder decisório algum. Agentes administrativos e outras categorias de nível médio podem ocupar cargo de encarregado de setor técnico e de chefia de serviço ou seção que mantenham correlação com cargos de nível médio, de acordo com normas emanadas do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP).

AUXILIAR OPERACIONAL DE SERVIÇOS DIVERSOS (AOSD) - de acordo com a Portaria do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) nº 179, de 3.12.73²⁸, publicada no Diário Oficial da União, nº 244, de 21.12.77, que dispõe sobre o Plano de Classificação de Cargos - Outras Atividades de Nível Médio, AOSD, área "C" - de atendimento, AOSD é aquele que realiza atividades de nível médio de natureza respectiva, que envolve a execução qualificada de trabalhos complementares simples de atendimento aos enfermos, compreendendo, inclusive, higienização de ambientes e de pacientes, bem como serviços operacionais de infra-estrutura hospitalar e de outras unidades. O Decreto-lei 299/67²⁰ extinguiu a categoria "atendente" no serviço público federal. Desde essa época, são utilizadas denominações diversas para identificar o executante das atividades elementares de enfermagem, e que normalmente correspondem às do atendente de en-

fermagem. Com a aprovação do Plano de Classificação de Cargos, ficou oficializada a denominação Auxiliar Operacional de Serviços Diversos, categoria amplamente utilizada em todas as unidades de execução dos serviços próprios do INAMPS, aí incluídos os hospitais e Postos de Assistência Médica.

4. Apresentação dos resultados

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização da população

No universo de 316 enfermeiros incluídos neste estudo, prevaleciam os profissionais do sexo feminino. Em sua maioria casados, encontravam-se na faixa etária de 30 a 49 anos e haviam sido admitidos na Previdência Social a partir da década de 70. Era composta predominantemente de servidores em regime trabalhista e não exerciam função de chefia.

Tabela 2

Número e porcentagem de enfermeiros do INAMPS,
por tipo de serviços ambulatoriais em SP e RJ, 1982.

Serviços ambulatoriais	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. PAM	94	91,3	176	82,6	270	85,4
2. PU	4	3,9	17	8,0	21	6,7
3. UPE	2	1,9	11	5,2	13	4,1
4. SPA	3	2,9	9	4,2	12	3,8
Total	103	100,0	213	100,0	316	100,0

Conforme pode ser observado nesta tabela, 85,4% dos enfermeiros estavam lotados em Postos de Assistência Médica (PAM); as demais modalidades de serviços ambulatoriais eram caracterizadas por serviços emergenciais como o Posto de Urgência (PU) ou o Serviço de Primeiro Atendimento (SPA) e a Unidade de Pacientes Externos (UPE) vinculada a hospitais próprios. Havia 21 enfermeiros (6,7%) em PU, 13 (4,1%) em UPE

e 12 (3,8%) em SPA.

Apesar das diferentes denominações para caracterizar o tipo de assistência prestada à clientela, todos os serviços eram prestados sem internação. Considerando-se que, efetivamente, a grande maioria dos serviços ambulatoriais foi constituída por PAM e era onde estava lotada a maioria da população investigada, o presente estudo adotou a denominação PAM ou Postos para identificar todos esses serviços.

Tabela 3

Número e porcentagem de enfermeiros
dos PAM de SP e RJ, por sexo, 1982.

Sexo	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	94	96,9	182	85,8	276	89,3
Masculino	3	3,1	30	14,2	33	10,7
Total	97	100,0	212	100,0	309	100,0

(1) 7 enfermeiros, isto é, 2,2% não responderam esse item.

De acordo com esta tabela, da população de 316 enfermeiros, 309 profissionais (97,8%) responderam à pergunta 2 do questionário. Desse total, 276 (89,3%) eram do sexo feminino e 33 (10,7%) do sexo masculino. Não responderam a essa questão 7 enfermeiros (2,2%). Por esta tabela, observa-se que nos PAM do Rio existiam, relativamente mais profissionais do sexo masculino do que nos de São Paulo.

Tabela 4

Número e porcentagem de enfermeiros dos
PAM de SP e RJ, por estado civil, 1982.

Estado civil	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1),	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltéiro	35	36,5	49	23,5	84	27,5
Casado	54	56,2	140	67,0	194	63,6
Viúvo	5	5,2	5	2,4	10	3,3
Desquitado	2	2,1	13	6,2	15	4,9
Divorciado	0	0,0	2	0,9	2	0,7
Total	96	100,0	209	100,0	305	100,0

(1) 11 enfermeiros, isto é, 3,5% não responderam esse item

O estado civil da maioria, isto é, de 194 (63,6%) é casado e de 84 (27,5%), solteiro. De acordo com esta tabela, os índices de solteiros e casados, tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro eram aproximados. Não responderam a esse item 11 enfermeiros (3,5%).

Tabela 5

Número e porcentagem de enfermeiros dos
PAM de SP e RJ, por faixa etária, 1982.

Faixa etária	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 H 29	10	10,3	17	8,0	27	8,8
30 H 39	22	22,7	81	38,2	103	33,3
40 H 49	38	39,2	73	34,4	111	35,9
50 e mais	27	27,8	41	19,4	68	22,0
Total	97	100	212	100	309	100

(1) 7 enfermeiros (2,2%) não responderam esse item.

A faixa etária de 111 enfermeiros (35,9%) situa-se entre os 40 e 49 anos, seguidos de perto pelos de 30 e 39 anos, com 103 profissionais (33,3%); com 50 anos de idade e mais encontram-se 68 (22,0%). Por esta tabela nota-se que a soma de enfermeiros das faixas de 40 e 50 anos e mais resulta maior em São Paulo, com 67,0% do que no Rio de Janeiro, que está com 53,8%.

Tabela 6

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, por ano de formatura de curso de graduação de enfermagem, 1982.

Ano de formatura	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 1949	3	3,1	8	3,8	11	3,5
1950 - 59	34	34,7	52	24,4	86	27,7
1960 - 69	31	31,6	48	22,5	79	25,4
1970 - 75	19	19,4	75	35,2	94	30,2
1976 em di- ante	11	11,2	30	14,1	41	13,2
Total	98	100	213	100	311	100

(1) 5 enfermeiros (1,6%) não responderam esse item.

Considerando a variável "ano de formatura", pode-se verificar nesta tabela que em exercício nos PAM havia mais enfermeiros diplomados (43,4%) da década de 70 do que formados em décadas anteriores. Entre os enfermeiros incluídos neste estudo, o número de profissionais em São Paulo formados na década de 60 era percentualmente maior do que no Rio de Janeiro. Entretanto, o número de diplomados na década 70, no Rio, era bem maior do que em São Paulo.

Tabela 7

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ,
por ano de admissão na Previdência Social, 1982.

Ano de admissão	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 1949	1	1,0	3	1,4	4	1,3
1950 - 59	22	22,7	38	18,0	60	19,5
1960 - 69	30	30,9	34	16,1	64	20,8
1970 - 75	15	15,5	57	27,0	72	23,4
1976 em di- ante	29	29,9	79	37,5	108	35,0
Total	97	100	211	100	308	100

(1) 6 enfermeiros (1,9%) não responderam esse item.

A relação entre "enfermeiros" e "ano de admissão na Previdência Social", apresentada na Tabela 7, identifica uma maior população de enfermeiros que ingressaram depois de 1976, isto é, que contavam com menos de 10 anos de serviço por ocasião da coleta de dados. De um modo geral, observa-se certo equilíbrio na distribuição de pessoal por antiguidade, desfazendo antiga idéia na instituição de que os enfermeiros mais cansados da faina hospitalar iam, na fase de pré-aposentadoria, terminar seus dias de atividade profissional num serviço ambulatorial.

Tabela 8

Número e porcentagem de enfermeiros dos
PAM de SP e RJ, por regime de trabalho, 1982.

Regime de trabalho	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estatutário	41	39,8	54	25,4	95	30,1
C.L.T.	54	52,4	157	73,7	211	66,8
Precário	8	7,8	2	0,9	10	3,1
Total	103	100	213	100	316	100

Esta tabela evidencia que a maioria dos enfermeiros consultados (66,8%) era contratada com base na legislação trabalhista; apenas 30,1% eram funcionários públicos estatutários. Havia ainda um pequeno grupo de 10 profissionais (3,1%) contratado para trabalhar a título precário, enquanto aguardava a realização de concurso público.

Tabela 9

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ,
segundo exercício de cargo ou função de chefia, 1982.

Cargo ou função de chefia	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	38	36,9	36	17,4	74	23,9
Não	65	63,1	171	82,6	236	76,1
Total	103	100	207	100	310	100

- (1) 6 enfermeiros (1,9%) não responderam esse item.

De acordo com esta tabela, exerciam cargos ou funções de chefia, no momento de responder ao questionário, 23,9% dos enfermeiros, numa proporção de cerca de 1 enfermeiro com chefia para 3 sem chefia, 1:3. Podê-se observar que a proporção entre detentores de chefia e não detentores, no Estado de São Paulo era 1:1,7.

Tabela 10

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ,
segundo exercício anterior de função de chefia, 1982.

Exercício anterior de função de chefia.	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	45	44,5	65	30,5	110	35,0
Não	54	53,5	147	69,0	201	64,0
Não sei	2	2,0	1	0,5	3	1,0
Total	101	100	213	100	314	100

(1) 2 enfermeiros (0,6%) não responderam esse item.

Quanto ao exercício anterior de chefia, verifica-se que o número de enfermeiros que já haviam exercido função de chefia anteriormente era de 35,0%, e os que a exerciam no momento de responder o questionário era de 23,9%, conforme tabelas 9 e 10.

Havia, pois, uma relação de 1,8 enfermeiros sem chefia para um com chefia, ou seja 1:1,8, proporção bem menor do que a existente no momento da coleta de dados, que era de 1:3,1.

4.2. Nível de preparo dos enfermeiros

De um modo geral, a grande maioria de enfermeiros incluídos no presente estudo era constituída de profissionais que procuravam man-

ter-se atualizados. Assim, de acordo com as respostas obtidas, 71,5% eram portadores de títulos de conclusão de cursos formais de habilitação ou de especialização com carga horária superior a 500 horas ou um semestre letivo. Esses cursos são realizados após o denominado tronco profissional comum do curso de graduação em enfermagem, o qual já possibilita ao concluinte exercer a profissão. E 82,9% dessa mesma população já participaram de atividades de educação continuada.

Tabela 11

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM
de SP e RJ, segundo conclusão de curso com
carga horária superior a 500h., 1982.

Conclusão de curso	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	59	57,3	167	78,4	226	71,5
Não	44	42,7	46	21,6	90	28,5
Total	103	100	213	100	316	100

Esta tabela oferece uma visão do número de enfermeiros dos PAM de São Paulo e do Rio de Janeiro que concluíram cursos diversos com a carga horária mínima de 500 horas. Em geral, a duração dos cursos especificados no questionário era de um ano letivo (embora a legislação permitisse que se o fizesse em um semestre) e a carga horária estava em torno de 1.000 horas.

O número de enfermeiros dos PAM de São Paulo que frequentaram

curso com os requisitos mencionados era, relativamente, menor do que do Rio de Janeiro. De São Paulo, 59 (57,3%) do total de 103, e do Rio de Janeiro, 167 (78,4%) do total de 213 enfermeiros constituíam a população de 226 profissionais (71,5%) que participaram desses cursos.

Tabela 12

Cursos de habilitação ou especialização concluídos
por enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Cursos de habilitação ou especialização.	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfg. Saúde Públ.	19	19	76	28,3	95	25,7
Adm. Hospitalar	26	26	52	19,3	78	21,1
Enfg. Méd. Cir.	8	8	31	11,5	39	10,6
Enfg. Obstétrica	12	12	24	8,9	36	9,8
Lic. em Enfg.	11	11	25	9,3	36	9,8
Adm. aplic. Enfg.	6	6	22	8,2	28	7,6
Pedag. Did. Apl. Enfg.	8	8	14	5,2	22	5,9
Enfg. Pediátrica	7	7	8	3,0	15	4,1
Planejam. Saúde	0	0	6	2,2	6	1,6
Outros cursos univers. (1)	3	3	11	4,1	14	3,8
Total	100	100	269	100	369	100

(1) cursos de jornalismo, psicologia, odontologia.

Os 226 enfermeiros (71,5%) indicados na Tabela 11 frequentaram 369 cursos, conforme se vê na Tabela 12. Entre os cursos mais cita

dos por essa população estavam o de Saúde Pública com 95 respostas e o de Administração Hospitalar com 78.

Essas 95 respostas representam 25,7% do conjunto de todos os 369 cursos levantados na pesquisa. Entretanto, em relação ao total de 226 enfermeiros acima referidos, essas mesmas 95 respostas assumem um significado muito maior por indicar que 42,0% daqueles profissionais dos dois Estados eram formados em Saúde Pública. O mesmo acontece com relação à Administração Hospitalar; as 78 respostas indicam um percentual de 21,1% para o total de 369 cursos, mas representam 34,5% de enfermeiros de PAM que eram portadores dessa formação especializada.

Cotejando-se as Tabelas 11 e 12, verifica-se que, proporcionalmente, a porcentagem de enfermeiros que teve oportunidade de frequentar cursos era menor em São Paulo do que no Rio de Janeiro. Entretanto, o grupo de 59 enfermeiros de São Paulo havia feito 100 cursos; enquanto no Rio 167 haviam concluído 269 cursos; isso dá uma média de 1,69 cursos por profissional em São Paulo e 1,61 no Rio de Janeiro. Essa diferença representa uma ligeira superioridade da média de cursos por profissional para os enfermeiros de São Paulo.

Tabela 13

Número e porcentagem de enfermeiros dos
PAM de SP e RJ, segundo participação em
atividades de educação continuada, 1982.

Atividades de educação continuada	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	79	76,7	183	85,9	262	82,9
Não	24	23,3	30	14,1	54	17,1
Total	103	100	213	100	316	100

A Tabela 13 demonstra que 262 enfermeiros (82,9%) participaram de uma ou mais atividades de educação continuada. Apenas 54 (17,1%) não participaram de atividade alguma nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário. Novamente o número de enfermeiros do Rio de Janeiro supera o de São Paulo.

Da população-alvo de 103 profissionais de São Paulo, 79 (76,7%) responderam ter participado de uma ou mais atividades entre as relacionadas na questão 7 do questionário, e 24 (23,3%) não participaram. Do total de 213 profissionais do Rio de Janeiro, 183 (85,9%) assinalaram positivamente a referida questão.

Tabela 14

Atividades de educação continuada frequentadas por enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Educação continuada	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conf./pal./ Enfg.	37	16,1	121	25,9	158	22,7
Encontros Enfg.	33	14,3	75	16,1	108	15,5
C. Treinam. INAMPS	27	11,7	71	15,2	98	14,1
Jornada Enfg.	49	21,3	41	8,8	90	12,9
C. Atualiz. Enfg.	21	9,1	50	10,7	71	10,2
Outros cursos não Enfg.	17	7,4	46	9,9	63	9,1
Outras conf./ pa- lestras	19	8,3	31	6,7	50	7,2
Cong. Bras. Enfg.	19	8,3	21	4,5	40	5,7
Enfg. Trabalho	8	3,5	8	1,7	16	2,3
Línguas estrang.	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Total	230	100	466	100	696	100

Do total de 316 profissionais, como demonstra a Tabela 13, 54 (17,1%) não frequentaram atividade alguma de educação continuada, tais como: congressos, jornadas, encontros, cursos de treinamento do próprio INAMPS, palestras, conferências, etc. Os 262 enfermeiros restantes (82,9%) participaram de 696 cursos ou programas de educação continuada, com uma média de 2,65 atividades educativas por profissional. Os 79 enfermeiros de São Paulo participaram de 230 programas educativos, com uma média de 2,91 por profissional, e os 183 do Rio de Janeiro partici-

param de 466 atividades, com uma média de 2,54 por enfermeiro. O grupo de São Paulo, em relação aos enfermeiros do Rio de Janeiro, apresentou uma pequena vantagem quanto à atualização e reciclagem.

4.3. Fatores que influenciam o desempenho profissional de enfermagem.

Entre os diversos fatores institucionais ou organizacionais que poderiam influenciar o desempenho profissional, foram estudados: a existência de enfermeiros nas coordenadorias, a possibilidade de desenvolvimento profissional, o apoio da chefia para implantação de rotina nova, a satisfação no trabalho e a existência de supervisão e de reuniões de serviço.

4.3.1. Existência de enfermeiros nas coordenadorias regionais

Entre os profissionais de enfermagem, existia uma generalizada suposição de que a presença de enfermeiros com poder de decisão e a nível de Superintendência, nas coordenadorias regionais em cada Estado da Federação, seria um poderoso fator de influência positiva no desempenho de atividades de enfermagem.

As perguntas 20, 21 e 22 buscavam exatamente averiguar essa suposição; assim, por meio dessas perguntas, foi possível levantar as opiniões que pudessem investigar os fatores favoráveis e os desfavoráveis.

Tabela 15

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ, segundo opinião favorável, ou não, à existência de enfermeiros nas Coordenadorias Regionais do INAMPS, 1982.

Opinião	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorável	85	85,9	177	83,5	262	84,2
Desfavorável	2	2,0	9	4,2	11	3,6
Não sei	12	12,1	26	12,3	38	12,2
Total	99	100	212	100	311	100

(1) 5 enfermeiros (1,6%) não responderam esse item.

Sondada a opinião de enfermeiros, observou-se que, de fato, a grande maioria deles (84,2%) reconheceu que a presença de colegas nas coordenadorias regionais influenciava favoravelmente o desempenho das atividades de enfermagem a nível de PAM; apenas 3,6% da população-alvo não concordavam com essa opinião. Quanto a esse aspecto, houve muito equilíbrio entre os resultados de São Paulo e Rio de Janeiro. Cabe salientar que o levantamento acusou um número grande de profissionais (12,2%) que não sabia se aquela presença de enfermeiros favorecia ou não o desempenho profissional.

Tabela 16

Fatores favoráveis ao desempenho profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Fatores favoráveis	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoio e orientação	54	45,8	72	32,0	126	36,7
Defesa de interesses	24	20,3	38	16,9	62	18,1
Repr. reg. enfg.	17	14,4	35	15,6	52	15,2
Integração/trabalho em equipe	6	5,1	26	11,6	32	9,3
Cursos treinamento	5	4,2	21	9,3	26	7,6
Uniform. de assist.	4	3,4	14	6,2	18	5,2
Superv./avaliação	5	4,2	11	4,9	16	4,7
Valoriz. p/adm.	3	2,6	8	3,5	11	3,2
Total	118	100	225	100	343	100

A identificação dos fatores favoráveis ao desempenho profissional das atividades de enfermagem foi explicitada pela população-alvo numa das questões abertas do questionário. Esses fatores, após análise e classificação, foram agrupados pelo critério de semelhança de idéias. O fator "apoio e orientação" apresentou o maior volume de respostas: 36,7%. Isso significa que os profissionais consideraram a presença de enfermeiros nas coordenadorias como um respaldo que influiu de forma positiva as atividades de enfermagem.

Procurando-se manter ao máximo a linguagem utilizada nas respostas encontradas, foram agrupados os seguintes fatores:

. a enfermagem tem uma representante e fica mais valorizada em nível re

gional;

- . sô enfermeiros têm conhecimento de causa para ajudar a resolver problemas de enfermeiros; os lotados nas coordenadorias regionais podem servir de apoio e orientação para os que se encontram em nível de execução;
- . os interesses da enfermagem podem ser mais bem identificados e definidos;
- . possibilita a existência de supervisão técnica, avaliação e fiscalização das atividades de enfermagem por quem entende da profissão;
- . possibilita a realização de cursos de treinamento mais adequados às necessidades locais;
- . favorece a integração e trabalho em equipe;
- . uniformiza a assistência de enfermagem a ser prestada à clientela;
- . essa presença favoreceria mais, se a enfermagem fosse mais valorizada pela Administração.

Dessa feita, grande parte dos enfermeiros que se encontravam nos Postos via os colegas que atuavam nas coordenadorias regionais das superintendências, principalmente, como elementos de apoio e orientação como defensores dos interesses da enfermagem e representante da categoria a nível de administração regional, conforme se pode observar nesta tabela 16.

Tabela 17

Fatores desfavoráveis ao desempenho profissional,
segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Fatores desfavoráveis	ENFERMEIROS		
	SP	RJ	TOTAL
	Nº	Nº	Nº
Falta de coordenaria: de Enfg.	3	5	8
Falta de autoridade administr.	2	5	7
Falta de profiss. qua- lificados	0	3	3
Total	5	13	18

Conforme foi demonstrado na Tabela 15, do total de 311 enfermeiros que responderam à pergunta 20 do questionário, apenas 11 (3,6%) opinaram que a presença de enfermeiros nas coordenadorias não favorecia o desempenho profissional das atividades de enfermagem. As respostas abertas da pergunta 22 do questionário ensejaram a identificação de variados fatores. As idéias predominantes foram agrupadas em três fatores:

- . inexistência de um sistema de enfermagem coordenado por um órgão próprio ou coordenadoria de enfermagem;
- . falta de autonomia administrativa do enfermeiro e do próprio setor de enfermagem existente nas coordenadorias;
- . falta de profissionais qualificados para ocupar cargos nas coordenadorias.

A Tabela 17, na verdade, desdobra a opinião desfavorável da

Tabela 15, onde os enfermeiros consultados explicitaram aquelas idéias que foram agrupadas em três fatores.

Esta Tabela 17, somente com as respostas de 11 enfermeiros, demonstra que 44,4% deles indicam a falta de coordenação de enfermagem como o principal fator de influência negativa no seu desempenho profissional. Os 18 fatores desfavoráveis apontados por esses 11 enfermeiros dão uma média de 1,6 registros por profissional.

4.3.2. Possibilidade de desenvolvimento profissional

A existência de campo adequado para o profissional desenvolver-se suscita a suposição de que isso influi positivamente no seu desempenho.

A partir dessa suposição, foram incluídas as questões 23, 24 e 25 no questionário para sondar a opinião dos enfermeiros lotados em PAM a respeito do assunto.

Tabela 18

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de SP e RJ segundo opinião favorável, ou não, à possibilidade de desenvolvimento profissional no INAMPS, 1982.

Opinião	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorável	56	55,5	137	66,2	193	62,6
Desfavorável	38	37,6	54	26,1	92	29,9
Não sei	7	6,9	16	7,7	23	7,5
Total	101	100	207	100	308	100

(1) 8 enfermeiros (2,5%) não responderam esse item.

Do total de 316 enfermeiros consultados, 308 (97,5%) responderam à pergunta 23 do questionário. Desse universo, 193 (62,6%) opinaram que o enfermeiro no INAMPS encontrava campo adequado para se desenvolver profissionalmente, porém, 92 (29,9%) responderam que não havia campo e 23 (7,5%) não souberam informar. Houve equilíbrio entre as respostas dos enfermeiros nos dois Estados considerados, como se pode verificar na tabela acima.

Tabela 19

Fatores favoráveis ao desenvolvimento profissional,
segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Fatores favoráveis ao desenvolvimento profissional.	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diversid. campos trab.	16	27,1	39	26,4	55	26,6
Treinem. aperfeiçoam.	16	27,1	24	16,2	40	19,3
Orient. trab. em equipe	8	13,5	26	17,6	34	16,4
Clientela diversificada	5	8,5	20	13,5	25	12,1
Bom relacionamento	8	13,6	7	4,7	15	7,2
Bons rec. humanos	2	3,4	11	7,4	13	6,3
Possib.aplicar proc.enf.	1	1,7	11	7,4	12	5,8
Bons rec. fis. e mat.	2	3,4	9	6,1	11	5,3
Possib.realizar pesq.	1	1,7	0	0,0	1	0,5
Boa organiz. serv.	0	0,0	1	0,7	1	0,5
Total	59	100	148	100	207	100

A população de 193 enfermeiros respondeu ser possível encontrar, no INAMPS, campo para o seu próprio desenvolvimento profissional. Foram especificados 207 fatores favoráveis, numa média de 1,07 por respondente.

As respostas apresentadas livremente no espaço da questão 24 foram agrupadas de acordo com a semelhança de idéias e constituíram as seguintes:

- a) existência de diversidade de campos de trabalho nos PAM;
- b) oportunidade para participar de cursos de treinamento e aperfeiçoamento.

mento;

- c) possibilidade de receber orientação, supervisão e de trabalhar em equipe;
- d) clientela diversificada;
- e) bom relacionamento existente entre colegas;
- f) bons recursos humanos;
- g) possibilidade de aplicar processo e consulta de enfermagem;
- h) bons recursos físicos e materiais;
- i) possibilidade de realizar pesquisa em enfermagem;
- j) boa organização do serviço.

Os fatores mais frequentemente citados foram: existência de diversidade de campos de trabalho nos PAM e oportunidades para participar de cursos e programas de treinamento e aperfeiçoamento. Cumpre salientar ainda as citações: boa organização do serviço e possibilidade de fazer pesquisa em enfermagem nos PAM, como fatores favoráveis ao desempenho profissional. Embora com uma resposta apenas, a possibilidade de pesquisa começa a ser motivo de interesse e preocupação dos profissionais de campo.

Tabela 20

Fatores desfavoráveis ao desenvolvimento profissional, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Fatores desfavoráveis ao desenvolvimento profissional.	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Política administr.	10	16,9	30	42,9	40	31,0
Falta de rec. hum.	16	27,1	13	18,6	29	22,5
Falta valoriz. enf.	9	15,3	13	18,6	22	17,0
Deficiência de área física	13	22,0	3	4,3	16	12,4
Baixo salário	4	6,8	5	7,1	9	7,0
Falta de coordenad.	1	1,7	4	5,7	5	3,9
Isolam. enf. inter.	4	6,8	0	0,0	4	3,1
Má distrib. pessoal	1	1,7	2	2,8	3	2,3
Acomodação do enf.	1	1,7	0	0,0	1	0,8
Total	59	100	70	100	129	100

Conforme foi demonstrado na Tabela 18, 92 enfermeiros (29,9%) referiram não encontrar campo adequado para se desenvolver profissionalmente. Essa população preencheu a pergunta 25 do questionário com indicações dos fatores que, a seu próprio critério, influíam negativamente no desenvolvimento profissional. Esse total de 92 enfermeiros revelou 129 fatores desfavoráveis, numa média de 1,4 indicações por profissional. As respostas foram analisadas e agrupadas por similaridade, passando a constituir os seguintes fatores:

- a) tipo de política administrativa, excesso de rotinas administrativas e falta de integração;
- b) falta de recursos humanos;
- c) falta de valorização do enfermeiro por parte da instituição;
- d) deficiência de área física;
- e) baixo salário que obriga o profissional a ter outro emprego e difícil participação em programas de aperfeiçoamento;
- f) falta de coordenação de enfermagem;
- g) isolamento do enfermeiro em cidade do interior do Estado;
- h) má distribuição de pessoal;
- i) acomodação do próprio enfermeiro ou sua própria não valorização como profissional universitário.

Os fatores desfavoráveis ao desenvolvimento mais citados foram: o tipo de política administrativa, excesso de rotinas administrativas, falta de integração e falta de recursos humanos. O fator valorização do enfermeiro foi apresentado sob duas óticas: sob a ótica da instituição que não valoriza o profissional (item c acima) e sob a ótica do próprio enfermeiro que não se valoriza como profissional (item i acima). O salário não aparece com a frequência que se poderia esperar; na opinião dos enfermeiros, são mais importantes os problemas de ordem administrativa da própria instituição.

4.3.3. Apoio da chefia e satisfação no trabalho.

Quando os profissionais, administrativamente subordinados, percebem o apoio explícito ou implícito de sua chefia, procuram corresponder trabalhando com maior afinho e criatividade e podem inclusive encontrar maior satisfação no trabalho.

Tabela 21

Opinião dos enfermeiros dos PAM de SP e RJ,
quanto à obtenção de apoio da chefia na im-
plantação de novas rotinas de enfermagem,

1982

Apoio	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	84	81,5	163	81,5	247	81,5
Não	2	2,0	6	3,0	8	2,6
Não sei	17	16,5	31	15,5	48	15,9
Total	103	100	200	100	203	100,0

(1) 13 enfermeiros (4,1%) não responderam esse item.

De acordo com a Tabela 21, do total de 316 profissionais consultados, 303 (95,9%) responderam à pergunta 30 do questionário. Desse total, 247 (81,5%) afirmaram que contariam com apoio da chefia imediata, se quisessem implantar rotina nova. Apenas 8 enfermeiros (2,6%), sendo 6 do Rio de Janeiro e 2 de São Paulo, responderam taxativamente que não teriam tal apoio. Um contingente de 48 profissionais (15,9%) alegou não saber se teriam esse apoio.

Tabela 22

Número e porcentagem de enfermeiros dos PAM de
SP e RJ, segundo satisfação no trabalho, 1982.

Satisfação	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	79	81,4	197	93,4	276	89,6
Não	18	18,6	14	6,6	32	10,4
Total	97	100	211	100	308	100

(1) 8 enfermeiros (2,5%) não responderam esse item.

Independentemente de qualquer motivo, enfermeiros incluídos na população-alvo manifestaram sentir satisfação no trabalho que realizavam nos PAM do INAMPS.

A Tabela 22 mostra que 276 enfermeiros (89,6%) do total de 308 respostas, afirmaram estar satisfeitos com o seu trabalho, contra 32 (10,4%) que não manifestaram essa mesma satisfação.

Tabela 23

Relação entre satisfação no trabalho e apoio para implantação de rotina nova de enfermagem, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ.

1982(1)

Apoio da chefia	SATISFAÇÃO NO TRABALHO					
	SIM		NÃO		TOTAL(2)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	223	75,5	16	5,4	239	81,0
Não	4	1,4	4	1,4	8	2,7
Não sei	37	12,5	11	3,7	48	16,3
Total	264	89,5	31	10,5	295	100

(1) Os percentuais desta Tabela foram calculados sobre o total de 295, e não por coluna.

(2) 21 enfermeiros (6,6%) não responderam a um desses dois itens.

Cruzando dados de satisfação no trabalho com os dados de apoio da chefia para implantação de rotina nova, observa-se pela Tabela 23 que, do total de 316 respostas, 223 (75,5%) manifestaram simultaneamente satisfação no exercício profissional e existência de condições favoráveis para aquela implantação. Embora 41 profissionais alegassem satisfação, 4 (1,4%) acreditavam que não teriam apoio; outros, 37 (12,5%) não sabia se teriam esse apoio.

Entre os 31 enfermeiros (10,5%) insatisfeitos no trabalho, 16 (5,4%) acreditavam que encontrariam apoio e 11 (3,7%) não sabiam. Apenas 4 profissionais (1,4%) responderam que não estavam satisfeitos e nem teriam aquele apoio.

4.3.4. Supervisão do trabalho de enfermeiros

A supervisão do trabalho é um recurso técnico-administrativo muito utilizado na manutenção de um determinado padrão de serviço.

Nos PAM do INAMPS, segundo dados obtidos neste trabalho, essa atividade existia na maioria dos serviços e era realizada principalmente com frequência diária pelos próprios enfermeiros.

Tabela 24

Existência de supervisão do trabalho, segun
do enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Supervisão	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	46	47,4	185	86,9	231	74,5
Não	49	50,5	25	11,7	74	23,9
Não sei	2	2,1	3	1,4	5	1,6
Total	97	100	213	100	310	100

(1) 6 enfermeiros (1,9%) não responderam esse item.

Quanto à existência de supervisão de trabalho do enfermeiro, exercida pelo Chefe de Enfermagem do Posto sobre o pessoal de enfermagem, ou pelas coordenadorias regionais sobre todo o Posto, foi verificado que a maioria dos enfermeiros (74,5%) respondeu que essa atividade realmente existe, conforme mostra a Tabela 24. Entretanto, pode ser observado que, enquanto no Rio de Janeiro a resposta positiva é de 86,9%, em São Paulo é de apenas 47,4%, isto é, menos da metade dos en-

fermeiros da população-alvo nesse Estado informou receber supervisão do trabalho que desempenhava. Esse contraste talvez seja resultante da existência de muito maior número de enfermeiros no Rio de Janeiro, o que possibilita a existência de mais profissionais nas coordenadorias regionais para supervisão e mais enfermeiros nos Postos. Dos resultados obtidos, verificou-se ainda que 74 enfermeiros (23,9%) não recebiam supervisão do trabalho e 5 (1,6%) não sabiam se havia ou não essa supervisão.

Tabela 25

Exercentes da supervisão segundo
enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Exercentes	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	40	86,9	167	90,3	207	89,5
Médico	3	6,5	6	3,3	9	3,9
Equipe multiprof.	1	2,2	8	4,3	9	3,9
Diretor	1	2,2	1	0,5	2	0,9
Aux. enfq.	0	0,0	2	1,1	2	0,9
Aux. port.	1	2,2	1	0,5	2	0,9
Total	46	100	185	100	231	100

(1) corresponde ao total de enfermeiros que responderam existir supervisão do trabalho (Tabela 24).

De acordo com esta tabela, a supervisão do trabalho do enfermeiro era exercido também por um enfermeiro, na maioria dos casos

(89,5%).

Como agentes de supervisão do INAMPS, o médico e a equipe multiprofissional aparecem com igual frequência, isto é, 3,9% cada um, nos resultados da coleta de dados realizada. Cabe salientar ainda: duas respostas indicaram que a supervisão era exercida por diretor; duas outras indicaram auxiliar de enfermagem e as duas últimas apontaram auxiliar de portaria.

O cargo de diretor de Posto é, geralmente, ocupado por um médico; porém, por ser cargo DAS (direção e assessoramento superior), é de livre provimento, podendo ser ocupado por qualquer pessoa, independentemente de qualificação profissional.

É possível que as respostas que identificaram como sendo auxiliar de enfermagem ou auxiliar de portaria as categorias profissionais dos supervisores, quisessem indicar pessoas ocupantes de cargo DAS.

Tabela 26

Periodicidade de supervisão do trabalho,
segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982

Periodicidade	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diária	29	63,0	124	67,0	153	66,2
Semanal	1	2,2	7	3,8	8	3,5
Mensal	5	10,9	12	6,5	17	7,4
Esporádica	11	23,9	41	22,2	52	22,5
Qdo. neces sária	0	0,0	1	0,5	1	0,4
Total	46	100	185	100	231	100

(1) Corresponde ao total de enfermeiros que responderam
existir supervisão do trabalho (Tabela 24).

A Tabela 26 apresenta a periodicidade da supervisão. A maioria dos enfermeiros (66,2%) referiu que a supervisão era diária. A supervisão era mensal apenas para 17 profissionais (7,4%) e esporádica para 52 (22,5%). Somente um profissional informou que a supervisão era feita quando necessária.

4.3.5. Existência de reuniões de serviço.

As reuniões de serviço constituem atividade técnico-administrativa bastante difundida, tanto em órgãos públicos como em estabelecimento privados.

Nos PAM, essas reuniões eram coordenadas por enfermeiros e,

de acordo com os resultados, realizadas mensalmente na maioria dos casos.

Tabela 27

Existência de reuniões de serviço nos respectivos locais de trabalho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Reunião	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	76	76,8	196	92,0	272	87,2
Não	20	20,2	17	8,0	37	11,8
Não sei	3	3,0	0	0,0	3	1,0
Total	99	100	213	100	312	100

(1) 4 enfermeiros (1,3%) não responderam esse item.

De acordo com a Tabela 27, 272 enfermeiros (87,2%) responderam existir reuniões periódicas de serviço sobre assuntos de enfermagem. Apenas 37 (11,8%) responderam negativamente e 3 (1,0%) assinalaram a alternativa "não sei". Curiosamente, foram somente de São Paulo os enfermeiros que informaram desconhecer a existência de reuniões de serviço.

Tabela 28

Categoria profissional que coordena reuniões de serviço, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Categoria profissional	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	74	97,4	193	98,5	267	98,2
Médico	2	2,6	3	1,5	5	1,8
Total	76	100	196	100	272	100

(1) corresponde ao total de enfermeiros que responderam existir reuniões de serviço (Tabela 27).

Conforme respostas de 272 enfermeiros incluídos no estudo, as reuniões de serviço eram realizadas nos PAM. Desse total, 267 (98,2%) referiram que tais reuniões eram coordenadas pelos próprios enfermeiros e 5 (1,8%), por médicos, apesar da especificidade do assunto.

Tabela 29

Periodicidade de reuniões de serviço nos locais de trabalho, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Periodicidade	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL(1)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Semanal	2	2,6	4	2,1	6	2,2
Mensal	35	46,1	118	60,2	153	56,3
Bimestral	3	3,9	-	-	3	1,1
Trimestral	-	-	11	5,6	11	4,0
Esporádica	36	47,4	62	31,6	98	36,0
Qdo. necessário	-	-	1	0,5	1	0,4
Total	76	100	196	100	272	100

(1) corresponde ao total de enfermeiros que responderam existir reuniões de serviço (Tabela 27).

Segundo enfermeiros consultados, a periodicidade mais citada foi a mensal (56,3%). Das respostas, 98 (36,0%) informaram que essas reuniões de serviço eram realizadas esporadicamente, isto é, sem data pré-fixada, de forma esparsa e não planejada. As menos referidas foram as reuniões que seriam convocadas quando necessário, ou aquelas realizadas com maiores intervalos de tempo, tais como as bimestrais ou trimestrais. Apenas 6 (2,2%) indicaram a frequência semanal para essas reuniões.

4.4. Atividades de assistência primária de saúde e obstáculos na sua execução

No questionário constavam quatro perguntas sobre os vários tipos de atividades, geralmente identificadas como parte da rotina de obrigações que os integrantes da equipe de enfermagem deveriam executar. Entre essas atividades listadas constavam atividades técnicas, educativas e burocrático-administrativas, que eram basicamente da área de enfermagem de saúde pública e que também poderiam ser consideradas como de assistência primária de saúde, conforme estudado na conceituação teórica na revisão da literatura.

4.4.1. Atividades rotineiras do enfermeiro

A pergunta 26 do questionário pretendia obter dos enfermeiros a indicação de apenas uma atividade entre as relacionadas: administrativo-burocráticas; educativa (incluindo-se orientações ou palestras a pacientes e familiares e treinamento do pessoal de enfermagem); assistência direta ao cliente/paciente; e, supervisão do pessoal de enfermagem. A atividade a ser assinalada pelo enfermeiro deveria ser aquela desempenhada diariamente e que tomasse a maior parte do tempo dele.

Tabela 30

Atividades de rotina diária executadas por
enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

Atividades	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Supervisão	32	30,5	105	43,2	137	39,4
Assist. direta	43	40,9	71	29,2	114	32,8
Educativa	17	16,2	26	10,7	43	12,4
Adm. burocrát.	11	10,5	31	12,8	42	12,0
Treinamento	2	1,9	10	4,1	12	3,4
Total	105	100	243	100	348	100

De acordo com os dados contidos nesta tabela, observa-se que muitos enfermeiros assinalaram mais de uma alternativa, razão porque os totais apresentam número superior ao da população em estudo. De qual quer forma, esta tabela demonstra que a atividade mais realizada nos PAM era a de supervisão do pessoal de enfermagem (39,4%) seguida de perto pelas atividades de assistência direta ao cliente ou paciente (32,8%). As menos citadas foram as de treinamento e as administrativo-burocráticas. Estas últimas provavelmente porque estivessem atribuídas aos que exercia chefia e estes constituíam apenas 27,3% da população.

4.4.2. Atividades de assistência primária de saúde

Foram especificadas atividades técnicas, educativas e administrativas de enfermagem de saúde pública, ou também as enquadráveis como sendo de assistência primária de saúde. Foram incluídas também

aquelas atividades que, na maioria dos PAM localizados em grandes centros urbanos, não costumam ser executadas por falta de sistematização e previsão de recursos. É o caso da visita domiciliária que não têm tradição nos serviços ambulatoriais da Previdência Social; existem apenas experiências esparsas de pouco significado no conjunto pelas limitações próprias de sua execução.

Total de atividades realizadas, e não realizadas nos Postos de Assistência Médica,
Tabela 31 - segundo enfermeiros desses PAM de SP e RJ, 1982.

ATIVIDADES	CATEGORIAS DE PESSOAL					Total	Não rea- liza
	E	AE	AOSD	Médico	Outros(1)		
1. Administrar medicação oral	186	274	86	1	6	553	30
2. Administrar medicação parenteral	240	295	44	0	4	583	10
3. Acompanhar paciente em ambulância	43	161	146	37	47	434	63
4. Auxiliar o médico no exame físico	142	252	163	1	11	569	15
5. Auxiliar paciente na deambulação	100	187	190	4	41	522	66
6. Auxiliar paciente em cadeira de rodas/maca	99	193	219	4	71	586	24
7. Colocar goteira de gesso	18	85	33	32	9	177	190
8. Colocar aparelho gessado	16	81	38	43	8	186	196
9. Colocar e retirar comadre/compadre	100	192	177	5	6	480	83
10. Executar imobilizações	118	216	80	41	4	459	73
11. Executar curativos	184	289	68	37	5	583	5
12. Executar retirada de "pontos"	172	243	46	93	3	557	17
13. Executar sondagem vesical	164	181	25	46	0	416	74
14. Executar inalações	131	231	70	7	3	442	62

(1) Inclui agentes administrativos e agentes de serviços complementares.

Tabela 31 - continuação

15. Executar instilações (ocular/ORL)	89	179	58	62	4	392	79
16. Fazer colheita de material p/laboratório	34	68	34	36	76	248	148
17. Preparar ambiente p/exame médico	112	257	215	2	12	598	8
18. Preparar paciente para exame médico	119	264	194	2	7	586	12
19. Preparar material p/esterilização	101	271	196	1	15	584	7
20. Observar paciente em repouso	227	270	86	10	6	599	25
21. Aplicar doses de vacina	188	233	30	2	1	454	60
22. Realizar consulta de enfermagem	157	6	0	2	0	165	152
23. Realizar pré consulta	169	91	34	1	0	295	106
24. Realizar pós consulta	193	81	16	3	0	293	104
25. Realizar visita domiciliária	25	24	6	11	7	73	255
26. Realizar entrev.c/cliente/paciente	209	40	12	22	12	295	88
27. Realizar entrev.c/família do paciente	189	41	11	25	38	304	99
28. Realizar palestra/orient. grupo	209	30	3	18	20	280	97
29. Realizar encaminhamentos	178	125	91	108	40	542	20
30. Retirar goteira/aparelho gessado	25	114	37	27	4	207	174
31. Verificar peso/altura	143	241	159	13	11	567	37
32. Verificar PA	220	282	77	77	3	659	7

Tabela 31 - continuação

33. Verificar TPR	193	282	139	35	5	654	9
34. Administrar Unidade ou Setor do PAM	261	9	1	44	36	351	18
35. Coletar dados estatísticos	256	104	67	9	57	493	10
36. Controlar material	276	120	59	2	27	484	4
37. Controlar entorpecentes	269	42	6	4	13	334	26
38. Coordenar reuniões c/pessoal de enf.	296	0	0	9	2	307	17
39. Requisitar material (perm. e consumo)	298	22	9	5	19	353	5
40. Requisitar medicamentos	299	22	10	4	17	352	3
41. Supervisionar pessoal de enfermagem	307	3	0	0	1	311	5
42. Ministrar curso (ex.prep. p/parto)	118	3	0	28	10	159	173
43. Orientar estagiários de enfermagem	122	0	0	2	0	124	189
44. Realizar treinamento de pessoal	257	1	0	3	3	264	55
45. Notificar doenças à Secretaria da Saúde	113	10	1	31	5	160	1
46. Controle de gestantes sadias	36	4	0	14	2	56	-
47. Controle de crianças sadias	42	9	0	18	2	77	-
48. Controle de cardíacos	42	0	0	2	0	13	-
49. Controle de hipertensos	21	5	0	0	0	32	-
50. Controle de diabéticos	37	7	0	0	0	66	-
51. Outros: gin.infantil/crônicos/Ap.resp./ psiquiatria/ostomizados	36	18	5	9	7	75	-

A Tabela 31 apresenta o total de atividades de enfermagem realizadas ou não conforme opinião de enfermeiros incluídos na população-alvo, independentemente da categoria profissional do executante.

O mesmo quadro é apresentado no Anexo 2, com especificação relativa à procedência das respostas de cada item e de cada categoria profissional, para eventual interesse na comparação dos resultados entre os dados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

As atividades mais realizadas ou aquelas menos realizadas nos PAM, segundo opinião dos enfermeiros, serão analisadas em tabelas posteriores, assim como as atividades mais executadas por enfermeiros e pessoal auxiliar.

Os profissionais inquiridos citaram os médicos como executantes de quase todas as atividades relacionadas na questão 27. Foram assinalados até mesmo como executantes de consulta de enfermagem, pré e pós consulta e no desempenho de atividades auxiliares de preparo de material para esterilização, do ambiente e do próprio paciente para consulta médica, medicação oral, controle de material, etc.

Além de uma possível falha conceitual dos 2 enfermeiros que atribuíram ao médico a atividade de "consulta de enfermagem", essas respostas podem estar caracterizando a reiterada "falta de recursos humanos em enfermagem" e, ao mesmo tempo, a colaboração que alguns médicos podem estar prestando nos PAM para assegurar atendimento aos clientes, e para isso realizam pessoalmente atividades típicas de pessoal auxiliar.

A coluna "outros", incluindo principalmente agentes administrativos e agentes de serviços complementares foram citados pelos enfermeiros também como executantes de quase todas as atividades, não são tarefas técnicas de enfermagem como medicação, curativos, inalações, veri

ficação de sinais vitais e medidas antropométricas, como tarefas administrativas. A colheita de material para laboratório foi a atividade em que maior número de enfermeiros informou estar sendo executada pelas categorias englobadas nessa coluna.

Total de atividades mais realizadas nos PAM de SP e RJ, pelo pessoal das diversas categorias profissionais, segundo enfermeiros desses mesmos PAM, 1982.

ATIVIDADES	CATEGORIAS DE PESSOAL						Não realiza
	E	AE	AOSD	Médico	Outros	Total	
1. Verificar PA	220	282	77	77	3	659	7
2. Verificar TPR	193	282	139	35	5	654	9
3. Observar paciente em repouso	227	270	86	10	6	599	25
4. Preparar ambiente p/exame médico	112	257	215	2	12	598	8
5. Preparar paciente p/exame médico	119	264	194	2	7	586	12
6. Auxiliar paciente em cad.rodas/maca	99	193	219	4	71	586	24
7. Preparar material p/esterilização	101	271	196	1	15	584	7
8. Executar curativos	184	289	68	37	5	583	5
9. Administrar medicação parenteral	240	295	44	0	4	583	10
10. Auxiliar o médico no exame físico	142	252	163	1	11	569	15
11. Verificar peso e altura	143	241	159	13	11	567	37
12. Executar retirada de "pontos"	172	243	46	93	3	557	17
13. Administrar medicação oral	186	274	86	1	6	553	30
14. Realizar encaminhamentos	178	125	91	108	40	542	20
15. Auxiliar pac. na deambulação	100	187	190	4	41	522	66

A Tabela 32 foi elaborada a partir do total da Tabela 31. Foram listadas as 15 atividades de enfermagem mais executadas nos Postos.

Considerando-se que a consulta médica constitui o termo para medir a grandeza e o funcionamento dos Postos, os serviços de enfermagem estão diretamente relacionados com a execução daquela atividade de consulta. Assim, o preparo ambiental do consultório e do cliente para a consulta, ajudando-o a se desvestir e expor as áreas do corpo para o exame médico, constituem atividades repetitivas que ocupam grande parte do tempo do pessoal de enfermagem, conforme pode-se observar pela análise da Tabela 32. A própria verificação dos sinais vitais constitui um tipo de preparação para a consulta médica. Pode-se comprovar também nesta tabela a existência de outras atividades decorrentes de consulta médica ou que a antecedem, tais como: observação do paciente que já chega debilitado, ou aquele que, enquanto espera o momento de consulta, sofre mal súbito e de alguém que, após consulta, necessita de repouso enquanto aguarda a remoção.

Tabela 33

Atividades menos realizadas nos PAM, pelo conjunto de pes
soal, segundo enfermeiros, desses PAM de SP e RJ, 1982.

Atividades	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Controle de cardiacos	103	33,9	201	66,1	304	100
2. Controle de hipertensos	98	33,4	195	66,6	293	100
3. Controle de diabéticos	92	33,0	187	67,0	279	100
4. Controle de gestante sadia	92	33,6	182	66,4	274	100
5. Controle de criança sadia	93	34,2	179	65,8	272	100
6. Visita domiciliária	94	36,9	161	63,1	255	100
7. Colocação de ap. gessado	72	36,7	124	63,3	196	100
8. Colocação de goteira de gesso	66	34,7	124	65,3	190	100
9. Notificação de doenças	65	34,2	125	65,8	190	100
10. Orientação de estagiários enfg.	78	41,3	111	58,7	189	100
11. Retir. de goteira/ap.gessado	51	29,3	123	70,7	174	100
12. Cursos	70	40,5	103	59,5	173	100
13. Consulta de enfermagem	66	43,4	86	56,6	152	100
14. Colheita de mat.p/laboratório	64	43,2	84	56,8	148	100
15. Pré consulta	29	27,4	77	72,6	106	100
16. Pós consulta	29	27,9	75	72,1	104	100
17. Entrevista c/fam.de paciente	35	35,4	64	64,6	99	100
18. Palestra/orientação de grupo	39	40,2	58	59,8	97	100
19. Entrevista c/cliente/paciente	31	35,2	57	64,8	88	100
20. Colocação/retir. com./comp.	38	45,8	45	54,2	83	100

A Tabela 33 apresenta as 20 atividades menos realizadas nos PAM pelos funcionários, independentemente de sua categoria profissional.

Além das 44 atividades listadas, que se supunham ser as realizadas com mais frequência, havia no questionário espaço em branco para o respondente acrescentar outras, a seu critério. A grande maioria (84,8%), em média deixou de preencher esses espaços.

Os acréscimos efetuados pelos enfermeiros de São Paulo foram: execução de eletrocardiogramas e de botas de una, orientação a clientes/pacientes e familiares sobre higiene oral em odontopediatria, sobre planejamento familiar, aleitamento materno, hidratação, prevenção de cegueira, cuidados com idosos, controle e tratamento de sífilis, doenças vasculares, câncer ginecológico, doenças transmissíveis em geral, cuidados com colostomias e outras ostomias, esquistossomose, doenças neuropsiquiátricas e diabetes.

Os enfermeiros do Rio de Janeiro adicionaram as seguintes atividades: orientação a pacientes ou familiares em casos de ginecologia infantil, psiquiatria, doenças crônicas do aparelho respiratório, tuberculose, asma brônquica, câncer ginecológico, hipertensão, cardiopatias, odontopediatria e puericultura.

Todas as atividades adicionais foram agrupadas pelo critério de similaridade e, após codificação, apssaram a integrar o conjunto de 51 respostas da questão 27. Esses acréscimos, livremente feitos pelos enfermeiros, com um baixo índice de respostas, completaram o resultado geral da tabulação. Esse pequeno número de acréscimos talvez seja resultado do questionário ter sido suficientemente agramente nesta questão 27, ou pode refletir ainda que essas atividades eram efetivamente pouco realizadas nos Postos. Não deve refletir indecisão, desconhecimento ou mesmo indisposição para responder, como pode ter ocorrido nas respostas

de outros itens.

De acordo com a Tabela 33, as atividades menos realizadas nos PAM foram: programa de controle de pacientes crônicos, que inclui cardíacos, hipertensos e diabéticos; programas de controle de gestante sadia e de criança sadia. Esses programas foram exatamente todas aquelas atividades que os enfermeiros acrescentaram no espaço em branco da questão 27. Além dessas, também apareceram como menos executadas: visita domiciliar, notificação de doenças, consulta de enfermagem e outras atividades educativas e técnicas diversificadas.

A pouca incidência de atividades relacionadas com goteiras de gesso e aparelho gessado pode ser explicada pelo encaminhamento desses casos aos hospitais próprios ou de convênio, que dispõem de melhores recursos para o atendimento especializado. Também a colheita de material para exame laboratorial é frequentemente realizada pelo próprio laboratório que vai proceder à análise. Mesmo existindo laboratório nos serviços ambulatoriais do INAMPS, como ocorre em alguns Postos, essa colheita é geralmente feita pelo técnico, sem linha de subordinação com a enfermagem. Como houve algumas respostas indicando que essa atividade era realizada como rotina de enfermagem, apesar de ser própria do técnico de laboratório, isso vem traduzir a deficiência crônica de pessoal técnico nos laboratórios próprios do INAMPS, acarretando "empréstimos" de auxiliar de enfermagem para executar as atividades de colheita de material.

Tabela 34

Atividades mais executadas por enfermeiros
nos PAM de SP e RJ, 1982.

Atividades	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Supervisão de pessoal enfg.	101	32,9	206	67,1	307	100
2. Requisição de medicamentos	96	32,1	203	67,9	299	100
3. Requisição de material	96	32,2	202	67,8	298	100
4. Coord. reuniões c/pes. enfg.	94	31,8	202	68,2	296	100
5. Controle de material	85	30,8	191	69,2	276	100
6. Controle de entorpecentes	80	29,7	189	70,3	269	100
7. Admin. de unid. ou setor PAM	88	33,7	173	66,3	261	100
8. Treinamento de pessoal	75	29,2	182	70,8	257	100
9. Coleta de dados estatísticos	90	35,2	166	64,8	256	100
10. Medicação parenteral	77	32,1	163	67,9	240	100
11. Observar paciente em repouso	70	30,8	157	69,2	227	100
12. Verificação de PA	72	32,7	148	67,3	220	100
13. Entrevista c/cliente/pac.	70	33,5	139	66,5	209	100
14. Palestra/orient. grupo	60	28,7	149	71,3	209	100
15. Pós consulta	68	35,2	125	64,8	193	100
16. Verificar TPR	63	32,6	130	67,4	193	100
17. Entrevista c/família do pac.	60	31,7	129	68,3	189	100
18. Vacinação	47	25,0	141	75,0	188	100
19. Medicação oral	60	32,3	126	69,7	186	100
20. Curativos	64	34,8	120	65,2	184	100
21. Encaminhamentos	74	41,6	104	58,4	178	100
22. Retir. "pontos" cirúrgicos	58	33,7	114	66,3	172	100
23. Prê consulta	59	34,9	110	65,1	169	100
24. Sondagem vesical	37	22,6	127	77,4	164	100
25. Consulta de enfermagem	36	22,9	121	77,1	157	100

Verifica-se por esta Tabela 34 que a supervisão de pessoal de enfermagem pelo enfermeiro foi a atividade mais assinalada na questão 27 pelos profissionais consultados. Nesta mesma tabela é possível observar também que os enfermeiros, tanto de São Paulo como do Rio de Janeiro, eram muito ocupados em atividades técnico burocráticas e administrativas.

Uma análise mais pormenorizada da tabela mostra igualmente uma série de outras atividades realizadas por enfermeiros, mas que poderiam ser executadas por outros profissionais sem o mesmo nível de conhecimento do enfermeiro; alguns exemplos: atividades mecânicas simples, tais como controle de material, coleta de dados estatísticos, requisição de material e medicamentos; atividades técnicas de simples execução, tais como verificação de sinais vitais, medicação oral e parenteral, curativos e retirada de "pontos" cirúrgicos. Essas atividades simples poderiam ser delegadas respectivamente a um agente administrativo as tarefas administrativas e as técnicas a um auxiliar de enfermagem, de custo menor que o enfermeiro.

4.4.3. Atividades de enfermagem mais executadas por pessoal auxiliar

As duas Tabelas apresentadas a seguir estabelecem um confronto entre as atividades do auxiliar de enfermagem e do auxiliar operacional de serviços diversos com as atividades do enfermeiro e de "outras categorias".

Tabela 35

Atividades mais executadas por Auxiliar de Enfermagem e
outras categorias de pessoal dos PAM de SP e RJ, 1982.

Atividades	CATEGORIAS DE PESSOAL							
	Aux. Enf.		Enf.		Outras (1) Categor.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Medicação parenteral	295	50,6	240	41,2	48	8,2	583	100
2. Curativos	289	49,5	184	31,6	110	18,9	583	100
3. Controle de PA	282	42,8	220	33,4	157	23,8	659	100
4. Controle de TPR	282	43,1	193	29,5	179	27,4	654	100
5. Medicação oral	274	49,6	186	33,6	93	16,8	553	100
6. Prep.de mat.p/esteriliz.	271	46,4	101	17,3	212	36,3	584	100
7. Observ.pac. em repouso	270	45,1	227	37,9	102	17,0	559	100
8. Prep.pac. p/ex. médico	264	45,1	119	20,3	203	34,6	586	100
9. Prep.de amb. p/ex.médico	257	43,0	112	18,7	229	38,3	598	100
10.Aux.médico no ex.físico	252	44,3	142	25,0	175	30,7	569	100
11.Retir. "pontos"	243	43,6	172	30,9	142	25,5	557	100
12.Verificar peso e altura	241	42,5	143	25,2	182	32,3	567	100
13.Aplicar doses vacina	233	51,3	188	41,4	33	7,3	454	100
14.Inalações	231	52,3	131	29,6	80	18,1	442	100
15.Imobilizações	216	47,1	118	25,7	125	27,2	459	100

(1) Inclui médico, AOSD, agentes administrativos e agentes de serviços complementares.

A Tabela 35 apresenta a lista das 15 atividades mais executadas pelo auxiliar de enfermagem. Verificando-se por meio da tabela que nenhuma dessas atividades listadas é exclusiva de uma só categoria profissional, o quadro mostra o grau de participação do enfermeiro e das outras categorias nessas atividades. Na presente tabela, "outras categorias" englobam: médico, auxiliar operacional de serviços diversos e outros profissionais.

Como se pode observar, as atividades mais realizadas pelo auxiliar de enfermagem eram relacionadas principalmente com ações curativas ou vinculadas à consulta médica, incluindo execução de imobilizações. Os dados mostram que eles faziam 47,1% das imobilizações, isto é, quase a metade de todas as realizadas nos PAM. De acordo com os resultados, segundo os enfermeiros consultados, a aplicação de vacinas era basicamente realizada por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois apenas 7,3% estariam sendo aplicadas por outras categorias.

Tabela 36

Atividades mais executadas por Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD) e outras categorias profissionais nos PAM, segundo enfermeiros, de SP e RJ, 1982.

Atividades	CATEGORIAS DE PESSOAL							
	AOSD		Enf.		Outras (1) categ.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Aux.pac.em cad.rodas/maca	219	37,4	99	16,9	268	45,7	586	100
2. Prep.ambiente p/ex.médico	215	36,0	112	18,7	271	45,3	598	100
3. Prep.mat.p/esteriliz.	196	33,6	101	17,3	287	49,1	584	100
4. Prep.pac.p/exame médico	194	33,1	119	20,3	273	46,6	586	100
5. Aux. pac. na deambul.	190	36,4	100	19,2	232	44,4	522	100
6. Colocar e retir.com./comp.	177	36,9	100	20,8	203	42,3	480	100
7. Aux. med. no ex. físico	163	28,6	142	25,0	264	46,4	569	100
8. Verif. peso/altura	159	28,0	143	25,2	265	46,7	567	100
9. Acomp. pac. ambul.	146	33,6	43	9,9	245	56,5	434	100
10.Verif. TPR	139	21,3	193	29,5	322	49,2	654	100
11.Encaminhamentos	91	16,8	178	32,8	273	50,4	542	100
12.Observ. pac. em repouso	86	14,4	227	37,9	286	47,7	599	100
13.Medic. oral	86	15,6	186	33,6	281	50,8	553	100
14.Imobilizações	80	17,4	118	25,7	261	56,9	459	100
15.Verificar PA	77	11,7	220	33,4	362	54,9	659	100

(1) Inclui médicos, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos e agentes de serviços complementares.

À semelhança do que ocorreu na tabela anterior, nesta tabela aparecem as atividades mais executadas pelo auxiliar operacional de serviços diversos confrontadas com essas mesmas atividades executadas por outros profissionais. A tabela estabelece um confronto mostrando o grau de participação desses outros profissionais.

Nesta tabela, "outras categorias" abrangem: auxiliar de enfermagem, médico e outros profissionais.

Como se pode comprovar pela tabela segundo os enfermeiros consultados os auxiliares operacionais de serviços diversos realizavam principalmente atividades auxiliares de transporte de pacientes, de preparação de material e de ambientes de trabalho e conforto do paciente, além de atividades curativas como imobilizações e medicação oral.

O percentual de vezes em que o auxiliar operacional de serviços diversos foi citado pelos enfermeiros como executante rotineiro de imobilizações (17,4% - Tabela 36) e o percentual atingido pelo auxiliar de enfermagem (47,1% - Tabela 35) somam o elevado índice de 64,5%. Excluindo-se 73 enfermeiros, do total de 316, que assinalaram que essa atividade não era executada nos PAM, os restantes 243 fizeram 459 indicações, distribuindo-as simultaneamente entre as diversas categorias de pessoal. Conforme se pode extrair da Tabela 31, o médico foi citado 41 vezes (8,9%) como sendo executante rotineiro de imobilizações. Assim, segundo opinião de enfermeiros, essa atividade é executada principalmente por pessoal não médico (64,5%).

4.4.4. Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde.

A consulta médica é uma atividade muito valorizada nas unidades de atendimento ambulatorial do INAMPS; em torno dela giram, prática

mente, todas as demais. Assim, é natural que atividades de outros profissionais não tenham igual prestígio e não recebam o mesmo apoio e facilidade para serem desenvolvidas.

Conforme foi mencionado, no questionário foi utilizada a palavra "motivo" como causa ou razão pela não realização de atividades e não "obstáculo", de conotação mais forte. Os motivos levantados neste estudo constituem, entretanto, verdadeiros obstáculos na execução dos serviços básicos de saúde.

Tabela 37

Obstáculos citados para justificar a não execução de algumas atividades de enfermagem, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ,

1982

Obstáculos	ENFERMEIROS					
	SP		RJ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não é ativid. do Posto	44	32,8	73	27,2	117	29,1
Falta de pessoal	29	21,7	84	31,3	113	28,1
Falta de área física	19	14,2	33	12,3	52	13,0
Não é atrib. da Enfg.	7	5,2	22	8,2	29	7,2
Falta de tempo	8	6,0	15	5,6	23	5,7
Falta de material	9	6,7	12	4,5	21	5,2
Dificuld. c/chefia	7	5,2	12	4,5	19	4,8
Falta estrut. adm.	6	4,5	9	3,4	15	3,7
Falta de preparo	5	3,7	8	3,0	13	3,2
Total	134	100	268	100	402	100

Uma vez assinalada na listagem da pergunta 27 a atividade não realizada, o profissional deveria indicar na pergunta 28 o motivo principal, ou o obstáculo, que impedia essa realização. O espaço deixado para resposta em aberto foi livremente preenchido pelos enfermeiros que indicaram outros obstáculos. Para fins de tabulação, esses foram agrupados e codificados em mais quatro obstáculos. Assim, os motivos ou obstáculos pela não execução acrescentados a essa resposta do questionário foram: não constitui atividade própria do PAM, dificuldade com a chefia imediata, falta de área física e falta de estrutura administrativa.

Conforme se pode verificar na Tabela 37, os dois obstáculos mais frequentemente alegados foram: aquelas atividades não eram próprias do Posto (29,1%) e falta de pessoal (28,1%). Outros 2 motivos citados: falta de área física (13,0%) e tais atividades não constituíam atribuição específica da enfermagem (7,2%). Saliente-se que 19 enfermeiros alegaram também dificuldades com a chefia imediata como obstáculos na realização daquelas atividades (4,8%). As menos citadas foram: falta de estrutura administrativa (3,7%) e falta de preparo do enfermeiro (3,2%).

Tabela 38 - Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde pelos enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

ATIVIDADES	OBSTÁCULOS																	
	Falta de pessoal		Falta de área física		Médicos em nº suficiente		Falta de preparo		Falta de tempo		Falta de material		Outros		Total		Inexequível	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Controle card.cron.comp.	93	20,9	41	13,7	29	13,9	16	20,5	9	21,4	3	12,5	33	12,6	224	16,5	38	12,6
Controle hipert. comp.	91	20,5	46	15,4	28	13,4	14	17,9	9	21,4	2	8,3	30	11,5	220	16,2	34	11,3
Controle diab. comp.	83	18,7	53	17,7	18	8,6	16	20,6	6	14,3	3	12,5	35	13,4	214	15,8	43	14,3
Controle gestante sadia	48	10,8	57	19,1	57	27,3	6	7,7	5	11,9	7	29,1	51	11,9	211	15,5	39	13,0
Controle criança sadia	61	13,7	63	21,1	36	17,2	2	7,7	5	11,9	4	16,7	27	10,3	202	14,8	34	11,3
Controle esquistossom.	58	13,0	33	11,0	20	9,6	7	8,9	4	9,5	5	20,8	47	18,0	174	12,8	91	30,2
Notific. de doenças	10	2,2	5	1,7	21	10,1	13	16,7	3	7,2	0	0	56	21,6	108	8,0	21	7,0
Outros(2)	1	0,2	1	0,3	-	-	-	-	1	2,4	-	-	2	0,8	5	0,4	1	0,3
Total	445	100	299	100	209	100	78	100	42	100	24	100	261	100	1358	100	301	

(1) Não era atividade do Posto; não era atribuição da enfermagem, dificuldades com a chefia, etc.

(2) Inclui programas de prevenção de câncer, de doenças sexualmente transmissíveis e de assistência a idosos.

Os enfermeiros incluídos na população-alvo indicaram, de acordo com esta tabela que o motivo principal pela não execução de certas atividades, ou programas de assistência primária de saúde, era a falta de pessoal, que foi citado 445 vezes. Falta de área física e existência de médicos em número suficiente no local também foram obstáculos citados, 299 e 209 vezes, respectivamente.

No item "outros, não especificado claramente pelos enfermeiros" nesta pergunta do questionário, provavelmente estão incluídos os motivos acrescentados na questão anterior e coficiados na Tabela 37. Tais "outros" motivos especificados 261 vezes talvez possam ser: não é atividade do Posto, não é atribuição da enfermagem, dificuldades com chefia e falta de estrutura administrativa.

Os programas de controle de saúde de pacientes crônicos, como cardíacos, hipertensos e diabéticos, foram considerados os grupos de atividades mais exequíveis pelos enfermeiros; porém, obstáculos organizacionais, institucionais e outros estariam dificultando sua execução.

Os obstáculos: falta de material e falta de tempo foram os menos citados, 42 e 24 vezes, respectivamente.

Relação entre obstáculos pela não execução de programa de controle da gestante sadia e
 Tabela 39 - execução de atividades rotineiras, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

OBSTÁCULOS	ATIVIDADES											
	Supervisão		Assist. direta		Admin. burocr.		Educação		Treinam.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Falta de área física	30	28,0	18	20,5	7	18,9	6	20,7	2	40	63	23,7
Médicos em número suficiente	29	27,1	17	19,3	5	13,5	8	27,6	2	40	61	22,9
Falta de pessoal	17	15,9	17	19,3	8	21,6	8	27,6	1	20	51	19,2
Falta de preparo do pessoal	2	1,9	3	3,4	1	2,7	2	6,9	0	0	8	3,0
Falta de material	2	1,9	4	4,5	0	0,0	1	3,4	0	0	7	2,6
Falta de tempo do enfermeiro	1	0,9	3	3,4	1	2,7	0	0,0	0	0	5	1,9
Outros	14	13,1	10	11,4	4	10,8	4	13,8	0	0	32	12,0
Inexequível	12	11,2	16	18,2	11	29,8	0	0,0	0	0	39	14,7
Total	107	100	88	100	37	100	29	100	5	100	266	100

Considerando-se que o grupo materno-infantil é prioritário em qualquer programa de saúde, a Tabela 39 apresenta uma listagem dos obstáculos da não execução de atividades de controle da gestante sadia, relacionando-os ao grupo de atividades de rotina mais desempenhadas pelo enfermeiro.

Como se vê nesta tabela, entre os enfermeiros que responderam que a atividade de assistência direta ao cliente era a que tomava a maior parte do seu tempo diário, os obstáculos mais citados foram: falta de área física, (20,5%) falta de pessoal (19,3%) e existência de médicos em número suficiente (19,3% respectivamente). Para os que se ocupavam primordialmente com a supervisão do pessoal de enfermagem também foram falta de área física (28,0%) e a existência de médicos em número suficiente (27,1%) os motivos principais pela não execução daquela atividade de controle da gestante sadia nos PAM.

Relação entre obstáculos pela não execução de programa de controle da criança
Tabela 40 - sadia e atividades rotineiras, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

OBSTÁCULOS	ATIVIDADES											
	Assist. direta		Supervisão		Adm. buroc.		Educat.		Treinam.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Falta de área física	28	29,2	31	33,7	6	18,2	3	11,1	2	2,2	70	27,7
Falta de pessoal	25	26,0	18	19,6	10	30,3	10	37,1	1	1,1	64	25,3
Médicos em número suficiente	13	13,5	17	18,5	4	12,1	6	22,2	1	1,1	41	16,2
Falta de preparo do pessoal	4	4,2	1	1,1	0	0,0	3	11,1	0	0,0	8	3,2
Falta de tempo do enfermeiro	2	2,1	2	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,6
Falta de material	2	2,1	1	1,1	0	0,0	1	3,7	0	0,0	4	1,6
Outro	7	7,3	12	13,0	4	12,1	4	14,8	1	1,1	28	11,0
Inexequível	15	15,6	10	10,8	9	23,3	0	0,0	0	0,0	34	13,4
Total	96	100	92	100	33	100	27	100	5	100	253	100

A Tabela 40 apresenta a listagem dos obstáculos da não execução de atividades de controle da criança sadia e relaciona-os com o grupo de atividades de rotina mais desempenhadas pelo enfermeiro.

Tal como sucedeu na Tabela 39, os mesmos motivos relacionados com área física (27,7%), quantidade de pessoal (25,3%) e existência de médicos em número suficiente (16,2%) foram citados pelos enfermeiros consultados como obstáculos na realização de programas de saúde para assistência à criança. Consideraram inexecutável a realização desse programa em seus Postos 34 profissionais (8,8%).

Relação entre obstáculos pela não notificação de doenças à Secretaria de Saúde e
Tabela 41 - execução de atividades rotineiras, segundo enfermeiros dos PAM de SP e RJ, 1982.

OBSTÁCULOS	ATIVIDADES											
	Supervisão		Assist. direta		Adm. buroc.		Educação		Treinamen to		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos em número suficiente	11	21,6	8	15,7	1	5,3	2	13,3	1	33,3	23	16,5
Falta de preparo do pessoal	5	9,8	5	9,8	2	10,5	2	13,3	0	0,0	14	10,1
Falta de pessoal	4	7,8	4	7,8	3	15,8	0	0,0	0	0,0	11	7,9
Falta de área física	2	3,9	2	3,9	2	10,5	0	0,0	0	0,0	6	4,3
Falta de tempo do enfermeiro	0	0,0	2	3,9	0	0,0	2	13,3	0	0,0	4	2,9
Falta de material	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outro	22	43,1	21	41,2	6	31,6	9	60,0	2	66,7	60	43,2
Inexequível	7	13,8	9	17,7	5	26,3	0	0,0	0	0,0	21	15,1
Total	51	100	51	100	19	100	15	100	3	100	139	100

Do total da população-alvo, 113 enfermeiros (35,7%) já realizavam pessoalmente a atividade de preenchimento ou encaminhamento da notificação de doenças à Secretaria de Saúde. Havia também outros profissionais que, em concomitância com o enfermeiro, ou em sua substituição, estavam encarregados dessa mesma tarefa, conforme pode se observar na Tabela 31.

Excluindo esses 113 enfermeiros, restaram 203 (64,3%) que apresentaram diversos motivos para o não preenchimento da notificação de doenças à Secretaria de Saúde. Assim: 21 (15,1%) consideraram a atividade inexecutável nos respectivos Postos; 23 (16,5%) não preenchiam a notificação justificando-se com a existência de número suficiente de médicos; 14 (10,1%) alegaram falta de preparo do pessoal.

5. Análise e discussão dos resultados

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Considerações gerais

Nem tudo o que foi registrado e documentado de outros países pode ser simplesmente transplantado para o Brasil; há experiências ricas e admiráveis mas inaplicáveis entre nós, devido às características sócio-culturais, políticas e econômicas do próprio povo brasileiro.

O sistema do médico descalço, desenvolvido na China, ou o modelo do Sudão, de Cuba, da Índia, etc, não comporta repetições; mesmo porque no Brasil já estava em pleno curso o PIASS, como sistema para ampliação de cobertura, quando surgiu a Declaração de Alma-Ata. Várias experiências isoladas haviam sido também desenvolvidas, tais como as de Caruaru (PE), Montes Claros (MG), Londrina (PR), Natal (RN), Vitória de Santo Antão (PE), Campinas (SP), além de outras na Bahia, Ceará, Rio de Janeiro, etc.

Embora reconhecendo que "saúde para todos no ano 2.000" é, segundo HELLBERG⁶⁶ (1983), "a mais difícil de todas as metas", especialmente por causa da longa tradição curativista do INAMPS, centrada na figura do médico, a aprovação do Plano CONASP poderia ser a prova da intenção governamental de tentar mudar os rumos dessa assistência curativista. Segundo FONSECA⁵³ (1984), a "implantação do Plano CONASP constitui-se no maior esforço de reformulação da assistência à saúde que já se fez no país".

"Cinco anos depois da Declaração de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde são um conceito reconhecido, quase um lugar-comum", afirma a OMS¹¹⁰, empenhada em avaliar os seus progressos no fortalecimento dos serviços nacionais de saúde. Porém, considerando que o aumento populacional foi precisamente nas áreas onde não houve desenvolvimento

to dos cuidados primários, HELLBERG⁶⁶ (1983) afirma que a "situação é pior do que há cinco anos". Refere ele ainda que "muitos países fizeram mudanças em termos de planejamento, mas, quando chega a hora da execução, os recursos para os cuidados primários são desviados face às pressões imediatistas em favor de hospitais".

5.2. Características da população e nível de preparo

O universo dos 316 enfermeiros ativos, nas diversas unidades de atendimento ambulatorial do INAMPS, era constituído predominantemente de profissionais do sexo feminino (89,3%), casados (63,6%) e na faixa etária de 30 a 49 anos (69,2%); encontravam-se, pois, em fase de plena maturidade, embora 58,4% deles tivessem sido admitidos na Previdência Social na década de 70, contando, então com cerca de 10 anos de serviço na época da coleta destes dados. Na sua maioria, isto é, 68,8% os profissionais eram diplomados das décadas de 60 e 70.

Parte considerável desses enfermeiros (67,2%) havia sido contratada em regime de CLT, restando 30,3% de estatutários remanescentes.

Do total de profissionais que responderam aos questionários, 23,9% eram titulares de cargos de chefia e 76,1% não ocupavam esse tipo de função. Todavia, entre enfermeiros de São Paulo, observou-se um grande contingente de ocupantes de cargo de chefia (36,9%), numa relação de 1:1,7 entre chefes e não chefes. Essa grande desproporção pode ser explicada pela deficiência quantitativa de profissionais nos PAM. Na ocasião da coleta de dados, havia no Rio de Janeiro 286 enfermeiros para 73 Postos, enquanto em São Paulo havia 108 para 83 Postos. Assim, enquanto neste Estado, a relação enfermeiro versus Posto era de 1,30, naquele era de 3,91, isto é, uma diferença três vezes superior.

Quanto ao exercício anterior de função de chefia, os dados

da Tabela 10 demonstram que muitos enfermeiros haviam ocupado essa função, numa proporção média de 1:1,8. Ainda era em São Paulo que a média dessa proporção era menor, isto é, 1:1,2; provavelmente por haver poucos enfermeiros para os muitos PAM estruturados com chefias de Serviço ou Seção de Enfermagem.

Em todo o Brasil, de acordo com o tamanho físico das instalações e a clientela a ser atendida, os PAM estão classificados em cinco categorias, de 1a. a 5a. Nos Postos de 1a. a 4a. categoria, a enfermagem está estruturada em porte de Serviço ou Seção. Por exemplo, em São Paulo, a grande maioria dos Postos, tanto na Capital como no interior, contava com apenas um enfermeiro lotado, além do pessoal auxiliar. Nesse caso, esse único profissional era indicado para assumir a chefia desse Serviço ou Seção. Nos Postos de 5a. categoria, isto é, aqueles que contam com 4 a 10 consultórios médicos, não há estrutura formal nem para a enfermagem e nem para os demais setores. Esses Postos assim classificados contam na estrutura com apenas dois cargos: o de Diretor de Posto, usualmente preenchido por médico e o de Administrador, ocupado, em geral por agente administrativo.

Em todo o Brasil, somente um Posto dispõe de enfermagem estruturada em porte de Divisão. É o PAM Várzea do Carmo localizado na Capital de São Paulo, com mais de 100 consultórios. Outro Posto de tamanho equivalente é o de São Francisco Xavier, situado na Capital do Rio de Janeiro. São dois Postos de categoria extra; porém, só o de São Paulo conta com a enfermagem em nível de Divisão.

Como se observa, a organização de serviços públicos federais, especialmente em nível de execução nos PAMs, apresenta forte centralização de poder na figura do Diretor de Posto.

Quanto ao grau de preparo profissional, a maioria dos enfermeiros (71,5%) era possuidora de outro curso relativamente longo, rea-

lizado após a conclusão do tronco profissional comum do curso de graduação.

O currículo mínimo previsto pela Resolução MEC nº 4/72 ³⁰ contém três partes sucessivas: pré-profissional, tronco profissional co mum, que leva à graduação do enfermeiro, e as habilitações. Estas, pela seleção de matérias adequadas, conduzem à formação do Enfermeiro Médico -Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz e do Enfermeiro de Saúde Pública, a partir da formação do Enfermeiro. Após o cumprimento de 2.500 horas das duas partes iniciais do currículo regular, a parte de habilitações, que é opcional, deve ser ministrada em 500 horas, no mínimo.

Por ocasião da elaboração do questionário, supunha-se que a modificação curricular ocorrida em 1972 traria também modificações na formação técnica e profissional do enfermeiro, que poderiam ser detectadas facilmente no exercício da prática de enfermagem institucional. Por essa razão, a década de 70 foi subdividida em duas partes: de 1970 a 75 e de 1976 em diante nas perguntas 5 e 8 do questionário e assim também aparecem nas Tabelas 6 e 7. Entretanto, face à realização de concursos públicos pelo DASP para seleção de enfermeiros para o INAMPS, de forma esporádica e sem periodicidade constante, não foi feito estudo mais aprofundado quanto a esses aspectos, o que demandaria maior tempo e ultrapassaria ao âmbito deste estudo.

O Conselho Federal de Educação ²⁷, ao definir a pós-graduação "lato sensu", estabeleceu a carga horária mínima de 360 horas para cursos de especialização. Na enfermagem, há bons cursos de especialização com carga horária de 400 a 450 horas, como os de Enfermagem do Trabalho, de Terapia Intensiva e outros, que não foram considerados para os fins do item 6 do questionário.

Todos os cursos listados nas respostas fechadas dessa pergun-

ta do questionário são ministrados, via de regra, em um ou dois semestres letivos.

Mesmo incluindo 90 profissionais que não assinalaram item al gum referente à frequência de curso com essa carga horária, o nível de preparo dos enfermeiros incluídos no estudo pode ser considerado bom, pois, entre os enfermeiros que atuavam na linha de frente dos órgãos de execução dos PAM, verificou-se que cada profissional realizou em mé dia mais de um curso desse tipo.

Em termos de educação continuada, a população-alvo também pa rece ter um bom preparo cultural, pois 82,9% desses enfermeiros frequentaram voluntariamente atividades e programas diversos de reciclagem e atualização de conhecimentos e apenas 17,1% acusaram não ter par ticipado de atividade alguma nos doze meses anteriores ao preenchimento do questionário.

Independentemente desses programas de educação continuada, de livre e voluntária participação, a Divisão Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos do INAMPS realiza periodicamente cursos de treinamento para chefes de enfermagem e demais enfermeiros. São cursos e palestras de muita utilidade para todos e ministrados por professores e especialistas de universidades. Os cursos são desenvolvidos em pequenos grupos de 20 a 25 treinandos e repetidos tantas vezes quantas forem as necessidades de todos os profissionais.

Além dessas sistemáticas oportunidades de aquisição de novos conhecimentos e de reciclagem, os profissionais ainda possuem relativa facilidade para frequentarem cursos formais de especialização ou outros de pós-graduação; desde que o programa do curso esteja relacionado com a atividade profissional do servidor, este pode ter a dispensa do ponto e a instituição pode até arcar com o custo do aperfeiçoamento.

5.3. Fatores que influenciam o desempenho profissional de enfermagem

Espaços físicos, recursos materiais e recursos humanos são fatores preponderantes na consecução de determinados objetivos. Entretanto, se são preponderantes, não são exclusivos. É importante que haja a interação de outros fatores que possam influir na dinâmica dos serviços e, dessa maneira, as metas dos Postos sejam alcançadas. Assim, nos itens seguintes são apresentados aqueles fatores que, segundo a opinião dos enfermeiros consultados, podem influenciar o seu desempenho profissional.

De acordo com a publicação oficial "INAMPS em dados"⁶⁷, do ano de 1981, os recursos humanos em São Paulo e no Rio de Janeiro, para atender aos 165 Postos de Assistência Médica, com 3.507 consultórios médicos e 909 leitos de repouso (observação), eram constituídos de 8.224 médicos, 390 enfermeiros, 2.106 auxiliares de enfermagem e 3.253 auxiliares operacionais de serviços diversos. Esses dados de 1981 encontram-se no Anexo 3 do presente estudo. O Anexo 5 traz o mesmo quadro com informações atualizadas do ano de 1982⁶⁸, para eventual interesse em avaliar e comparar o desenvolvimento quantitativo do pessoal. Entretanto, neste trabalho considerou-se a situação apresentada no quadro do Anexo 3, cujos dados referem-se a novembro de 1981, data mais próxima do período em que os questionários da pesquisa foram preenchidos. As novas contratações de pessoal havidas no 2º semestre de 1982 alteraram o quadro apresentado neste estudo, que se refere a março de 1982.

As informações contidas no Anexo 4 dão conta de que, nos dois Estados pesquisados, os serviços produzidos totalizaram 25.074.372 consultas médicas.

Entre as atividades executadas principalmente pelo pessoal

de enfermagem, e levantadas no presente trabalho, apenas os curativos, as vacinações, as imobilizações e a inaloterapia aparecem inseridos naquela publicação oficial. A quimioterapia e a hemoterapia, também relacionadas na estatística do INAMPS, embora não aparecendo nas respostas do questionário, podem ter sido incluídas em atividades entendidas como parte de medicação parenteral em alguns Postos. Muitos serviços realizados por outros profissionais de nível universitário, com exceção dos serviços odontológicos e fisioterapêuticos, não constam nas estatísticas do INAMPS; isso deixa bem caracterizado como aquela atividade médica é mais valorizada do que as demais.

5.3.1. Existência de enfermeiros nas coordenadorias regionais.

Este item pretende mostrar o quanto é importante para a comunidade de enfermagem a presença de um enfermeiro em um nível superior da escala hierárquica do INAMPS. As respostas obtidas na presente investigação vieram comprovar essa importância.

O Relatório do Grupo de Trabalho(*), instituído pela Portaria INAMPS-PR nº 851⁸², de 11.11.82, para estruturar a Enfermagem e sistematizar suas atividades na Secretaria de Medicina Social relata que "sem acesso aos órgãos decisórios e ressentindo-se de diretrizes para um trabalho produtivo e harmônico, os enfermeiros, dispersos em equipe, têm um papel subsidiário, com um rendimento muito aquém de suas possibilidades, pois que estão sub-utilizados e contidos em limites injustificáveis".

No INAMPS, as Superintendências Regionais dos Estados mantinham enfermeiros simplesmente distribuídos de maneira desorganizada nas diversas coordenadorias; dentro da estrutura formal não havia previsão

(*) Apresentado ao Presidente do INAMPS, Dr. Aloysio Sales da Fonseca pelo Grupo de Trabalho referido, 1983.

de um órgão próprio de enfermagem, com competência para dirigir, coordenar e orientar. Em São Paulo, entretanto, havia um cargo de Chefe de Equipe na Coordenadoria Regional de Administração Médica ocupado por enfermeiro com designação para exercer ações de orientação e de comando específico do setor de enfermagem, a nível regional. No Rio de Janeiro, essa mesma atribuição foi cometida a enfermeiro com cargo de Encarregado de Análise. Esse cargo, sendo o último degrau de comando dentro da escala hierárquica de correlação com categorias profissionais de nível superior, não tem competência decisória.

Toda essa situação, mostrando de uma forma ou de outra a existência do profissional nesse nível da hierarquia, ficou reforçada e foi percebida pelos enfermeiros pesquisados neste estudo. Com efeito, 84,2% das respostas informando que a presença de colega na coordenadoria regional favorece o seu desempenho profissional, significam que a presença dele numa escala superior é realmente importante. Se não fosse importante, não seria fator de influência positiva.

Cumprе salientar que, em janeiro de 1984, como resultado daquele Relatório do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria INAMPS-PR 851/82, foi criada a Coordenadoria de Enfermagem no INAMPS a nível de Direção Geral que trouxe como decorrência um período transitório de implantação e de organização dos serviços, a exemplo do que já existia na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e no Departamento de Assistência Odontológica. Estes contavam, desde 1978, com órgãos de representação estrutural projetada nas Superintendências Regionais, para agilização das atividades específicas.

Nos órgãos de execução, os serviços ambulatoriais do INAMPS estão todos dotados de estruturas formais rígidas, aprovadas e publicadas na imprensa oficial.

Para a enfermagem, esses sistemas públicos de organização for

mal a nível de execução, têm demonstrado que dificultam inovações, restringem a área de atuação, desestimulam a criatividade, criam obrigações e responsabilidades burocráticas em detrimento da atividade assistencial direta. Tudo isso porque os recursos humanos e materiais e toda a dinâmica do funcionamento dos Postos têm como ponto de referência, ou como termo de mensuração, apenas a consulta médica em si, dando margem à excessiva valorização de ações curativas imediatas. Atividades preventivas, ou mesmo educativas da clientela, só encontraram campo na boa vontade individual de profissionais isolados, sejam enfermeiros ou médicos. A não ser em Postos de categoria extra ou em alguns de 1a. categoria não há na estrutura formal espaço físico ou funcional para a realização de atividades educativas.

O grau de consciência dessa realidade e das necessidades que eles sentem está refletido no alto percentual de respostas dos profissionais consultados: 84,2% declararam que a presença de enfermeiro nas coordenadorias regionais favorece o desempenho das atividades de enfermagem (Tabela 15), conforme foi apresentado anteriormente.

Ao lado da grande maioria das respostas indicando que a presença de enfermeiro nas coordenadorias regionais favorecia o desempenho, os dados apresentam 12,2% de respostas manifestando não saber se essa presença favorecia ou não; simplesmente informaram: "não sei".

Essas respostas "não sei" relacionam-se, não com a inexistência de enfermeiro nas coordenadorias regionais, mas sim com o desconhecimento da influência que esse profissional pudesse ter sobre os demais colegas dos Postos. Tal desconhecimento pode significar que os colegas ainda não sentiram ou não haviam sentido aquela influência; muitas vezes a simples presença física numa escala superior, sem nenhuma participação nas decisões, sem competência para elaborar planos, programas e projetos específicos, sem autoridade para coordenar, avaliar e supervi-

sionar ações de enfermagem, não tem significado e nem repercussão no exercício de enfermagem.

Conforme a publicação "INAMPS em dados"⁶⁷, já citada anteriormente, havia em 30 de novembro de 1981, nos 38 hospitais próprios e 501 Postos de Assistência Médica de todo o Brasil, um total de 74.835 servidores, dos quais 25.396 eram médicos e 27.921 pertenciam à equipe de enfermagem. Esta era composta de 2.859 enfermeiros, 10.971 auxiliares de enfermagem e 14.091 auxiliares operacionais de serviços diversos. A enfermagem constituía, pois, 37,3% de toda a força de trabalho atuante nos órgãos de execução do INAMPS. Entretanto, na estrutura organizacional da instituição não existia órgão próprio de enfermagem com competência decisória e linha de vinculação com os níveis regionais. Isso trazia como consequência a inexistência de um comando específico para esse enorme contingente (37,3%) de profissionais. Essa realidade pode ter motivado respostas do tipo "falta de coordenadoria de enfermagem" e "falta de autonomia administrativa" de 15 enfermeiros (83,3%), como fatores limitantes ao desempenho profissional, conforme se observa na Tabela 17.

Mesmo as 3 respostas (16,7%) indicando como fator desfavorável a "falta de profissionais qualificados" nas coordenadorias, pode ser resultante de confusão entre qualificação profissional e competência funcional.

Entre os fatores favoráveis ao desempenho profissional, estes foram os aspectos mais citados na pesquisa: possibilidade de receber apoio, diretrizes específicas, orientação quanto à política de trabalho e normas institucionais, e de se sentirem representados na cúpula administrativa regional para defesa dos interesses da Enfermagem.

Outros profissionais da população-alvo responderam que a presença de enfermeiros na coordenadoria possibilitava realização de cur-

sos de treinamento mais adequados, melhor uniformidade da assistência a ser prestada com distribuição mais racional e técnica dos recursos, além de maior integração e trabalho em equipe. Outros 6 enfermeiros referiram ainda que aquela presença de enfermeiros nas coordenadorias favoreceria mais se a enfermagem fosse mais valorizada pela Administração; tal afirmação corrobora aspectos já ressaltados sobre o quanto é generalizado o sentimento de frustração pelo tratamento desigual dado ao enfermeiro pelos sucessivos atos normativos, sejam do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), do Ministério da Previdência e Assistência Social ou do próprio INAMPS.

5.3.2. Possibilidade de desenvolvimento profissional

Além da presença de enfermeiros nas coordenadorias, a possibilidade de desenvolvimento profissional seria um outro fator institucional que poderia influir no desempenho de atividades de enfermagem.

Mais da metade da população-alvo, isto é 62,6%, Tabela 18, respondeu que o enfermeiro no INAMPS encontrava campo adequado para se desenvolver profissionalmente. Os motivos mais citados, em ordem decrescente de registros, foram: existência de diversidade de campos de trabalho nos PAM, oportunidades de frequentar cursos e programas de treinamento e aperfeiçoamento, possibilidade de receber orientação, supervisão e de trabalhar em equipe, clientela diversificada e bom relacionamento.

A existência de diversidade de campos de trabalho poderia representar para o enfermeiro a viabilidade de atuar em diferentes setores, aprendendo pela assistência direta em cada área ou especialidade de trabalho, encontrando assim oportunidade para aprofundar conhecimentos. Os outros dois fatores seguintes estão também relacionados com o primeiro, pois constituem formas de aprendizagem e de crescimento téc-

nico.

Um outro fator, clientela diversificada, mencionado por 25 enfermeiros (12,1%), constitui também reflexo do primeiro, pois a diversidade de campos de trabalho nos PAM traz diversidade da assistência a ser prestada ao cliente, via de regra um usuário da Previdência Social, em geral, conhecedor de seus direitos, mas permeável a orientações.

Fato positivo foi a resposta de um enfermeiro de São Paulo: possibilidade de fazer pesquisa é fator favorável ao seu desenvolvimento no INAMPS. Embora não seja tão frequente na literatura específica de enfermagem a publicação de trabalhos de enfermeiros do INAMPS, a própria lembrança e citação desse fator já significa estar havendo preocupação a esse respeito por profissionais de campo.

Um total de 92 profissionais (29,9%) assinalou que o enfermeiro não encontrava campo para seu desenvolvimento no INAMPS, Tabela 18. Os fatores negativos mais alegados foram: tipo de política administrativa, excesso de rotinas administrativas, falta de integração, falta de recursos humanos, falta de valorização do enfermeiro, entre outros.

Apesar de ser reconhecido que o salário no serviço público, em geral, não costuma ser compensador, esse fator recebeu apenas 7,0% das indicações negativas. Parece que o enfermeiro, na área de execução, sente de forma mais aguda as consequências da política administrativa e de um sistema de trabalho que enfatizam a assistência médico-curativa.

Todos esses fatores parecem afigurar-se como reais óbices institucionais que, acrescidos a outros sociais, culturais e organizacionais, continuavam a influir negativamente nos Postos. Nestes órgãos,

a assistência curativa era prioritária e as atividades educativas e preventivas eram acessórias, apesar da nova orientação dos serviços básicos de saúde que estava em fase de implantação.

Do ponto de vista legal, a assistência de enfermagem ainda não constitui uma atividade-fim no INAMPS e, para a instituição, a maioria dessas atividades assistenciais não é levada em conta estatisticamente.

5.3.3, Apoio da chefia e satisfação no trabalho

Já foram afirmadas no item anterior as oportunidades que o profissional tem na instituição de participar de cursos formais de aperfeiçoamento ou de especialização e até mesmo de programas de educação continuada. Foi verificado também que essas oportunidades se constituem fator positivo de influência no seu desempenho. Disso necessariamente resulta maior competência e segurança no exercício das atividades dentro do INAMPS.

Em geral, o profissional nessas condições sente que seu trabalho é gratificante, o que lhe traz satisfação interior. Daí porque 89,6% da população-alvo, ao ser indagada sobre sua satisfação no trabalho, responderam afirmativamente (Tabela 22). E 81,5% desse universo também responderam positivamente que teriam apoio da sua chefia imediata no caso deles implantarem nova rotina de trabalho (Tabela 21).

Em 75,5% dos casos, foram revelados que havia enfermeiros que demonstraram simultaneamente satisfação no trabalho e apoio da chefia (Tabela 23).

Outro fator que poderia explicar esse alto índice de satisfação profissional é a facilidade com que enfermeiros e todas as demais categorias podem obter remanejamentos de local de trabalho. Na verdade, o INAMPS possui uma rede de unidades ambulatoriais e hospitalares dis-

tribuída não só dentro da mesma cidade, especialmente nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro, como também em cidades do interior desses Estados e de outros Estados; os servidores, de acordo com seus interesses, têm possibilidade de deslocar-se de um Estado a outro ou de um Posto a outro dentro da mesma cidade. Tais facilidades devem contribuir, de certa forma, para ajustar o servidor ao local de trabalho.

Finalmente, o fator estabilidade no emprego ou na função deve também influir psicologicamente para gerar satisfação no trabalho; a maioria absoluta de pessoal que se encontra em atividade nos órgãos de execução é constituída de pessoal concursado, para cuja dispensa há necessidade de inquérito administrativo que caracterize a irregularidade funcional.

Diante de toda essa situação positiva que existe no ambiente profissional dos PAM, corroborada pela expressiva porcentagem das respostas, não seria excesso de otimismo prever-se uma perspectiva favorável à introdução de certas mudanças. Mesmo levando em conta a longa tradição de assistência predominantemente curativa nas unidades próprias de atendimento do INAMPS, diante desse quadro animador, fica fácil a aplicação de novas metodologias de trabalho com a contribuição e o acompanhamento de enfermeiros.

5.3.4. Supervisão do trabalho e reuniões de serviço

A existência de supervisão de enfermagem nos Postos do INAMPS pode ser identificada pelo percentual muito alto de respostas 74,5% - de profissionais ativos do PAM (Tabela 24); e o resultado do levantamento consignado nas Tabelas 30 e 34 indicam que a supervisão do pessoal de enfermagem é a atividade mais desempenhada pelos enfermeiros.

Essa atividade vai de encontro ao que afirma NOGUEIRA⁹⁷ (1982).

Refere ele que a "atividade de capacitação inicial e continuada de todos os que estão sob a linha de supervisão, com o objetivo de desmonopolizar o conhecimento, é condição indispensável à descentralização de cisória". O autor, ao enumerar princípios técnico-administrativos num programa de extensão de cobertura, no que diz respeito à função de supervisão, considera-a como função ou atribuição e não grau de carreira; deve ter caráter participativo e polivalente, além de utilizar-se de apoio logístico (fornecimento de insumo) como parte integrante do trabalho de supervisão.

Argumenta NOGUEIRA⁹⁷ que "o supervisor obterá uma visão pluridimensional das metas propostas e dos procedimentos operacionais, se participar do planejamento das ações de saúde e dos recursos humanos". A polivalência destacada por ele contrapõe-se à supervisão "especializada", embora esta possa existir em áreas específicas como tuberculose, hanseníase, materno-infantil e outras.

Supervisão em enfermagem de saúde pública, segundo ANDRADE⁹⁷ (1974) é função administrativa que se caracteriza por "manter o desenvolvimento das ações de enfermagem de acordo com determinadas bases como padrões, normas estabelecidas para o alcance dos objetivos da organização, mediante a motivação, a orientação, a ajuda proporcionada ao pessoal de enfermagem, tendo em vista obter adequado, eficaz e eficiente trabalho".

ADAMI³ (1976) corrobora afirmando também que essa supervisão é "função administrativa porque se preocupa em verificar como as ações de enfermagem estão sendo desenvolvidas, tendo por base padrões de trabalho determinados institucionalmente. Requer na sua dinâmica, principalmente relacionamento pessoa a pessoa, observação do trabalho executado e orientação imediata, quando necessário; esses aspectos, sem dúvida, diferenciam-na do controle, da avaliação e das atividades de

educação continuada, específicas da função de ensino".

Cumprе ressaltar pois que, de acordo com autores e articulistas anteriormente mencionados, conforme a Declaração de Alma-Ata e documentos brasileiros, a supervisão de pessoal executante das ações de cuidados primários de saúde constitui a função mais importante para assegurar a correta execução das atividades programadas. Há, pois, consenso e unanimidade quanto à supervisão, como meio de manter a integração e funcionamento dos serviços nos níveis pretendidos.

A supervisão tradicional do pessoal de enfermagem, realizada por enfermeiros, constitui atividade técnico-administrativa que comumente inclui orientação e apoio ao supervisionado. É, em geral, um processo de observação direta para conferir se estão realizando e como estão sendo feitas as ações de enfermagem e corrigir, se necessário, a conduta, de acordo com os princípios técnicos ou normas administrativas. É comum utilizar-se também a supervisão indireta, que consiste em observar ou entrevistar o cliente assistido pelo supervisionado, e também pela verificação da quantidade e tipo de material consumido, além de dados relativos à produção do serviço. A fim de minimizar o aspecto coercitivo e incrementar mais a idéia de apoio e persuasão, alguns enfermeiros utilizam frequentemente um tipo de supervisão que poderia ser denominado participativa; nesta, os profissionais trabalham juntamente com o supervisionado, podendo corrigir, no momento exato, as falhas, omissões ou erros que estão sendo por ele cometidos.

Portanto, a parte educativa da supervisão pode ser realizada de forma permanente ou incidental; treinamento incidental é aquele ministrado quando se aproveita de uma necessidade que aparece no momento ou por ocasião da ocorrência de fatos ou problemas.

O treinamento em serviço inicia-se com um embasamento teórico, como preparação para a atividade prática. Entretanto, nos casos de uma

situação emergente, o processo se inverte, isto é, o supervisor, atendendo a essa emergência, faz o treinando participar do atendimento como parte do processo de aprendizagem; cessada a emergência ou o problema, o supervisor vai fundamentar o atendimento realizado.

Quanto à periodicidade da supervisão que havia no INAMPS, os dados da Tabela 26 mostram: supervisão diária = 66,2%; supervisão esporádica = 22,5%. A supervisão diária era feita pelo enfermeiro - chefe de Serviço ou Seção de Enfermagem - sobre os demais enfermeiros e pessoal auxiliar. A esporádica, sem data pré-fixada, era realizada por uma equipe multi-profissional formada eventualmente na coordenadoria regional. Cada membro dessa equipe devia observar o seu próprio setor específico de trabalho ou colaborar na observação conjunta do funcionamento geral dos serviços.

Em 89,5% dos casos, o enfermeiro era a categoria profissional que fazia a supervisão; e em 3,9% a supervisão era feita por médico ou equipe multiprofissional.

O médico foi também citado como supervisor porque, em alguns casos de tratamento altamente especializados, o enfermeiro recebe dele uma eventual delegação para executar a tarefa; nesse caso, necessariamente deve estar sujeito à orientação do médico responsável.

No caso da citação do diretor do posto que igualmente exerceu supervisão, com toda a certeza tratou-se de uma supervisão geral sobre o seu chefe subordinado administrativamente, sem interferência no campo técnico e específico da enfermagem.

Somente não seria compreensível a existência de auxiliar de enfermagem e de auxiliar de portaria no exercício da função de supervisionar enfermeiros, conforme levantado na Tabela 25, pois de acordo com a Lei nº 2.604/55²¹ e o Decreto nº 50.387/61¹⁷ que regulamentam o exercício profissional de enfermagem, ambos em vigor, "são atribuí-

ções dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem em todos os seus ramos, a administração dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e de saúde pública..." entre outras. Aos auxiliares, a lei reserva atividades de enfermagem "sempre sob a orientação de médico ou de enfermeiro". Assim, onde houver enfermeiro, este, por ter preparo técnico maior entre os integrantes da equipe de enfermagem, é quem deve assumir de direito a atividade administrativa do serviço, aí incluída a supervisão de pessoal.

Na época da coleta de dados, havia Postos menores localizados no interior dos Estados de São Paulo e do Rio em que, os diretores tinham indicado auxiliar de enfermagem para a chefia da Seção de Enfermagem, porque o quadro de pessoal não contava com enfermeiros. A carreira correlata para preenchimento desses cargos, segundo o Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, é a do enfermeiro.

Ainda que a chefia constitua cargo de confiança de diretor, a designação de qualquer categoria de nível médio, seja auxiliar de enfermagem, seja de portaria ou qualquer outra, mesmo que de nível superior, representa transgressão inaceitável ao dispositivo legal referido e merece firme desaprovação e devida comunicação ao Conselho Regional de Enfermagem, que tomará as providências necessárias.

Apesar do pessoal de enfermagem estar rigidamente contido dentro das estruturas formais do Posto, assim mesmo os enfermeiros procuravam organizar-se internamente. De acordo com dados levantados, eles realizavam reuniões de serviço de periodicidade mensal (56,3%) para tratar de seus assuntos específicos, conforme responderam 87,2% dos enfermeiros integrantes deste estudo (Tabela 27).

Essas reuniões de enfermeiros e/ou pessoal auxiliar, em sua maioria (98,2%), eram presididas pelo próprio enfermeiro, ocupante de cargo de chefe de Serviço ou Seção de Enfermagem. Por sua vez, esses

chefes poderiam ser convocados, periódica e eventualmente, para participar de reuniões nas coordenadorias regionais, nas sedes de Superintendências Regionais em São Paulo ou no Rio de Janeiro, para tratar de assuntos gerais e de enfermagem, presididas por enfermeiros - chefes de equipe ou encarregados de análise. Esses enfermeiros, encarregados de análise nas coordenadorias, mesmo sem competência legal decisória específica, pois não exerciam uma chefia compatível com o grau de responsabilidade, promoviam reuniões para estudos, discussão de problemas e propostas de trabalho. Essa dinâmica de funcionamento, mantida nos órgãos de execução, determinava o grau de organização da enfermagem nos PAM e nas coordenadorias e no mútuo relacionamento entre elas. Havia um esquema de reuniões periódicas; e a supervisão dos enfermeiros de coordenadorias sobre chefes de Serviço ou Seção de Enfermagem nos Postos e destes sobre os demais enfermeiros e outras categorias de enfermagem, proporcionavam, ainda que precariamente, um certo nível organizacional do setor para planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem prestada aos usuários da Previdência Social.

Tal uniformidade e sistema de trabalho de enfermeiros, decorrentes do tipo de preparo formal das escolas de enfermagem, podem ser, desde logo, utilizados com proveito para implantação e/ou manutenção de novos modelos de trabalho.

Fica, pois, fácil supor que a criação da Coordenadoria de Enfermagem na Direção Geral e sua projeção organizada nos Estados, assim como a possibilidade de desenvolvimento profissional, o apoio das chefias identificado pelos enfermeiros consultados, a facilidade para participar de cursos de aperfeiçoamento ou especialização ou em programas de treinamento ou de educação continuada, são condições institucionais que poderão atenuar progressivamente aquela centralização da assistência em torno da consulta médica.

Outro fator institucional positivo, segundo enfermeiros dos PAM, seria a suficiência de material; desde que haja previsão e requisição com especificação correta, no INAMPS, não ocorre usualmente a falta de material permanente ou material de consumo.

5.4. Atividades de Assistência Primária de Saúde

5.4.1. Considerações gerais

As ações específicas de assistência primária de saúde estão fundamentadas em recomendações internacionais da OMS/OPS e UNICEF, bem como em documentos legais nacionais, como por exemplo, o Plano CONASP; fundamentam-se também em documentos tais como "Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade", oriundos apenas do Ministério da Saúde ou em outros atos vindos desse Ministério em conjunto com os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura. Podem igualmente essas ações basearem-se ainda em resoluções e recomendações do Conselho Federal de Enfermagem, autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho.

Confrontando-se tais ações de assistência primária de saúde com as atividades de enfermagem realizadas nos Postos de Assistência Médica do INAMPS, verificou-se que muitas delas já vinham sendo executadas rotineiramente; havia outras que eram executadas não com a mesma frequência, mas que mereciam ser incrementadas; e outras, ainda, que seriam exequíveis, segundo enfermeiros, mas não vinham sendo realizadas por falta de área física e pessoal ou porque havia médicos em tal quantidade que atividades comuns de um programa de controle de saúde de gestante, de criança sadia ou de controle de crônicos, portadores de moléstias comuns de evolução previsível, estavam sob os cuidados diretos de médico, onde se explica a volumosa cifra de 25.074.372 consul

tas médicas em um ano para esses dois Estados, de São Paulo e Rio de Janeiro, conforme já enunciado antes.

Essas informações levantadas na investigação deixam claro que o profissional de enfermagem não pode limitar-se a desenvolver atividades apenas em função da consulta médica; estão preparados para desenvolver outras tarefas ligadas à assistência à saúde. Assim, no caso da efetiva implantação e da manutenção dos serviços básicos de saúde, dentro de um sistema hierarquizado e regionalizado, com uma dinâmica de referência e contra-referência que possibilite o requerido trânsito da clientela nos vários níveis de assistência, o enfermeiro pode contribuir em todas essas etapas. Tal contribuição processa-se nas várias fases do sistema: seja na fase de planejamento, como na execução e na avaliação.

Por meio do convívio com a clientela e no dia-a-dia de trabalho com o pessoal auxiliar o enfermeiro com experiência profissional de campo tem condições de interpretar para a equipe as dificuldades de execução e as necessidades da área, bem como está preparado para ter uma visão mais exata dos princípios, metas e procedimentos técnicos ou operacionais; transmitindo essa visão para a sua equipe de execução, ele estará atuando como elo de ligação entre os vários níveis da administração.

A Declaração de Alma-Ata e o documento "Cuidados Primários de Saúde", da OMS e UNICEF, mencionam em conjunto, a palavra "enfermeiro" em sua forma feminina, apenas quatro vezes e, assim mesmo, apenas para enumerá-la entre as diversas categorias profissionais ou para recomendar necessidade de melhor prepará-lo e motivá-lo para servir à comunidade.

A esse respeito, o eminente médico Ernani Braga¹⁶, que foi Professor e Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, do Rio de Janeiro, escrevia em 1983, ter chamado a atenção nos debates, durante a 32a. Assembléia Mundial de Saúde da OMS, em maio de 1979, para "a exces

sivamente discreta importância concedida ao médico e à enfermeira - elementos-chave de qualquer equipe de saúde". Prosseguindo em outro trecho, afirma "como aparentemente começa a prevalecer a idéia de que a prestação de cuidados primários de saúde cabe primordialmente a pessoal de nível auxiliar e aos denominados agentes comunitários, mister será deixar bem claro que, embora deva ser ressaltado o papel que cabe a esse pessoal desempenhar - pois será impossível estender a cobertura de saúde sem seu imprescindível envolvimento nas mais diversas tarefas - sempre caberá àqueles dois profissionais, particularmente à enfermeira, a liderança e, especialmente, a supervisão do conjunto de ações que visem à elevação do nível de vida e de saúde da coletividade".

Outro aspecto a ser considerado é o da tecnologia apropriada para a saúde, ou seja, tecnologia mais simplificada, de menor custo e adequada eficácia. Tal simplificação de meios, segundo MACEDO⁷² (1980), corresponde à "simplicidade de problemas e não à simplicidade das pessoas". Ou, como descreve VIDAL¹³⁴ (1977) deve destinar-se "a solucionar problemas substantivos de saúde". Portanto, tecnologia apropriada deve ser entendida como o conjunto de métodos, técnicas e recursos materiais, equipamentos, drogas e plantas medicinais, ajustados às necessidades locais, cientificamente fundamentadas, socialmente aceitáveis, comprovadamente úteis e financeiramente acessíveis à comunidade. Enfermeiros e equipe de enfermagem poderão estudar melhor a matéria e incentivar a sua ampla utilização nos setores de execução, mesmo porque TAYLOR¹²⁷ (1983) afirma que "a OMS mostra claramente o fato de que boa saúde significa mais do que boa medicina". Escreve essa articulista ainda que "em cuidados primários de saúde, procura-se praticar algo em benefício de todos, e não todos os tratamentos para uns poucos. Isso implica o abandono radical da medicina centralizada no médico, em favor de uma política de saúde que encare a igualdade em geral como a base da boa saúde individual".

5.4.2. Atividades de enfermagem nos Postos de Assistência Médica

Nos Postos de Assistência Médica do INAMPS, em São Paulo e no Rio de Janeiro, a enfermagem atuava subsidiariamente em torno da consulta médica, que é considerada a atividade principal e a mais importante. Assim, quase todos os enfermeiros incluídos neste estudo mencionaram a execução de tarefas que precediam a consulta médica, tais como a preparação de material, o arranjo de ambiente, o preparo do cliente ou paciente, a colocação em posição ou a exposição das áreas necessárias ao exame físico e funcional, a verificação de sinais vitais e dados antropométricos, além de auxílio ao médico e apoio ao cliente durante o exame clínico. Outras atividades mais executadas nos Postos eram aquelas que sucediam à consulta, isto é, curativos, medicação, retirada de "pontos" cirúrgicos.

Havia também serviços que, quando realizados nos PAM, ocorriam de forma independente de prescrição médica, mas com base em orientações gerais da administração, como nos encaminhamentos; em orientações de outros órgãos, como no caso da vacinação e vigilância epidemiológica; em conhecimentos técnicos específicos como na consulta de enfermagem, visita domiciliária, observação de paciente em sala de repouso com prestação de cuidados de conforto, pré e pós-consulta.

Uma atividade bastante citada nas respostas foi a observação do paciente em repouso. Com certeza esse fato era decorrente da existência de 909 leitos de repouso (Anexo 3) nos PAM dos dois Estados considerados.

Com relativa frequência, pacientes debilitados chegavam aos PAM, ocasião em que qualquer membro da equipe de enfermagem devia colocá-los em maca ou cadeira de rodas e transportá-los para o leito da sala ou área de repouso, para atendimento prioritário; outros sofriam mal

súbito enquanto aguardavam consulta ou tratamento; havia ainda aqueles em quem, após consulta médica, ficava patente a necessidade de internação hospitalar imediata. Todos esses pacientes eram conduzidos à sala de repouso, onde permaneciam sob vigilância e observação do pessoal de enfermagem, enquanto aguardavam remoção por ambulância ou por outro meio. Nesse setor, além da identificação de clientes necessitados de assistência imediata, prioritária ou de maior complexidade e da consequente observação, o pessoal de enfermagem atendia o paciente em suas necessidades básicas relacionadas com o conforto físico, tais como: eliminações (intestinal ou vesical) e também medicação, curativos, inalações, oxigenioterapia e outros tratamentos emergentes, sempre que necessário.

Essa observação em sala de repouso desencadeia, em geral, outras atividades paralelas, tais como: auxílio ao paciente em cadeira de rodas ou maca e na própria deambulação.

Já foi mencionado anteriormente que, de acordo com as informações levantadas neste estudo, nos Postos do INAMPS de São Paulo e do Rio de Janeiro, as atividades mais executadas eram aquelas que giravam em torno da consulta médica propriamente dita; as menos executadas eram as tarefas referentes a programas de saúde, de controle de doenças crônicas comuns de evolução previsível e todas as ações de cunho educativo. Estas últimas são justamente as atividades contidas em diversas experiências relatadas e recomendadas por organizações internacionais de saúde como prioritárias e relevantes.

Na verdade, havia muitos enfermeiros que se manifestaram capacitados a desenvolver atividades de programas de saúde e de controle de portadores de doenças crônicas comuns. Apenas não realizavam tais tarefas por falta de área física ou pela existência de médicos em quantidade suficiente para as consultas. A grande desproporção quantitativa entre médicos e enfermeiros nos PAM, isto é, 8.224 vínculos médicos para

390 enfermeiros, em São Paulo e no Rio de Janeiro, impossibilitava a execução de pós-consulta mais complexa e outras orientações específicas para todos os clientes ou pacientes consultados, como seria desejável, dada a diversidade de clientela dos Postos do INAMPS.

Conforme foi demonstrado na Tabela 34, as atividades mais desempenhadas por enfermeiros eram a supervisão do pessoal de enfermagem e as de cunho administrativo-burocrático. Pelos auxiliares de enfermagem eram: a administração de medicamentos, execução de curativos e verificação de sinais vitais. Pelos auxiliares operacionais de serviços diversos, as tarefas mais frequentemente executadas eram: preparo de material e de ambiente para consulta e auxílio no transporte de pacientes.

Uma análise cuidadosa desses resultados mostra que entre as tarefas mais citadas pelos enfermeiros, como sendo executadas por pessoal auxiliar, estava incluída uma de certa complexidade que envolvia responsabilidade médica, tal como a imobilização; no Anexo 4 ela foi computada como atividade terapêutica, apresentando um volume considerável de serviços produzidos em São Paulo e no Rio de Janeiro, isto é, 413.194 realizações no ano de 1981.

Comparando dados das Tabelas 31 e 33, verifica-se que a colocação de aparelho gessado e de goteira de gesso são serviços pouco citados pelos enfermeiros; a maioria desses profissionais respondeu não executá-las rotineiramente. Nesse caso, os pacientes devem ser encaminhados, como é costume, para hospitais da rede contratada do INAMPS.

Nos Postos onde esses serviços de gesso e goteira eram realizadas regularmente, sua execução vinha sendo feita predominantemente por auxiliares de enfermagem. Médicos e auxiliares operacionais de serviços diversos foram citados dentro de valores muito equilibrados, o que indica que tanto os primeiros como os segundos realizavam essas ta-

refas que, estatisticamente, apareciam totalizados em imobilizações.

É fácil imaginar os riscos e danos que podem ser acarretados ao paciente por imobilizações com atadura de crepe, de finalidade terapêutica, goteiras e gessos realizados por pessoal com pouco ou nenhum preparo. O curso de graduação, que leva à formação do enfermeiro, inclui ensino de enfermagem em situações de emergência com técnicas de imobilização dos vários segmentos do corpo, porém com finalidade paliativa e preventiva para evitar movimentação até a aplicação do tratamento definitivo, e nunca com finalidade terapêutica.

Na verdade, os enfermeiros indicaram quase todas as atividades listadas no questionário como sendo executadas rotineiramente pelos auxiliares operacionais de serviços diversos; no cômputo geral, a Tabela 31 mostra que umas foram mais assinaladas que outras. Eles só não foram citados em desempenho de consulta de enfermagem, fazendo supervisão de pessoal ou coordenando reuniões de serviço e em atividades de programas de saúde e de controle de pacientes com doenças e lesões comuns.

Mesmo com escolaridade restrita ao 1º grau de ensino e sem qualificação profissional alguma, a não ser a ministrada através do treinamento em serviço, esses auxiliares operacionais de serviços diversos estavam realizando medicação oral, parenteral, curativos, retirada de "pontos", inalações, instilações, vacinações, sondagens vesicais, além de entrevistas, orientações e as imobilizações, já citadas.

Havia, pois, indefinição de funções, o que levava todos a fazerem quase tudo e até médicos fazendo consulta de enfermagem, pré e pós-consulta, conforme apareceram em duas ou três respostas dos enfermeiros inquiridos. A expressão "consulta de enfermagem" constitui terminologia que começou a ser adotada recentemente por estudiosos e enfermeiros de saúde pública.

SANTOS¹¹⁸ (1968) apontava que, segundo o tipo de assistência dada nas unidades sanitárias da Fundação SESP, a gestante era atendida pelo médico e pela enfermeira igual número de vezes e com a mesma previsão de tempo médio necessário à atividade. Referia também em outra publicação¹¹⁷ de 1969 que os enfermeiros no campo da saúde pública estavam desempenhando as "atividades finais de visitação domiciliar, vacinação e consulta de enfermagem a sadios, crianças e gestantes, e a doentes".

Afirmava OLIVEIRA⁹⁸ (1968) que "além das tarefas já tradicionalmente desempenhadas no hospital (sinais vitais, administração de medicamentos, tratamentos, etc.), há uma vigorosa tendência, principalmente, no campo da saúde pública, para que o enfermeiro participe mais ativamente, dando consulta de enfermagem nos ambulatorios de puericultura, de pré e pós natal, atendendo aos casos mais simples e selecionando os que requerem maior atenção médica".

Num estudo exploratório sobre consulta de enfermagem, CASTRO³⁵ (1975) concluía que essa atividade configurava-se como característica do enfermeiro "que assiste os pacientes nas unidades sanitárias e esta tendência vem estendendo-se aos ambulatorios de hospitais ou isolados". Enfatizava também que a "entrevista de enfermagem não difere da consulta de enfermagem, devendo a primeira ser englobada na segunda denominação".

Há ainda inúmeros outros autores brasileiros que têm estudado e pesquisado a matéria, como CARVALHO³⁴ (1969), ADAMI⁴ (1976), NOGUEIRA⁹⁴ (1977) e FONSECA⁵⁴ (1977).

A metodologia da consulta de enfermagem continua sendo aperfeiçoada para torná-la mais dinâmica, racional e eficiente. Por essa razão, é possível que tenha havido problema conceitual dos 2 enfermeiros que assinalaram essa atividade, atribuindo-a também aos médicos.

A pré e pós consulta constituem, em geral, atividades rotineiras nos Centros de Saúde, mas em PAM são incomuns e mesmo que realizem tarefas inclusas na pré e pós consulta, não o fazem de forma sistematizada e nem registram esses dados estatisticamente.

A consulta de enfermagem é considerada uma das atividades privativas do enfermeiro no Projeto de Lei nº60/82 que, quando aprovado, irá dispor sobre o exercício da enfermagem. Segundo dados levantados nesta pesquisa, essa atividade estava sendo delegada a auxiliares de enfermagem, conforme atesta a resposta de 6 enfermeiros.

5.4.3. Atividades de enfermagem na assistência primária de saúde

Analisando-se as ações globais ou específicas contidas no conceito de assistência primária de saúde das organizações internacionais, elas podem ser desdobradas em múltiplas atividades ou tarefas, cuja execução poderia seguramente ser entregue à equipe de enfermagem.

Questionando os enfermeiros dos Postos e sem mencionar a expressão "assistência primária" ou "cuidados básicos de saúde" o presente estudo levantou todas as atividades de rotina, independentemente do volume de execuções. Entre elas, foram encontradas muitas que podem muito bem ser enquadradas como tarefas que conduzem à realização de as sistência primária ou de serviços básicos de saúde.

Há que se destacar que muitas dessas ações desenvolvidas a nível de serviços de assistência primária poderiam ser e, são realmente, desempenhadas por enfermeiros e pessoal de enfermagem em qualquer outro nível assistencial.

Com relação à saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, como em qualquer outra atividade assistencial à saúde inclui da nos serviços básicos, o enfermeiro poderia atuar realizando especí-

ficamente a prescrição e consulta de enfermagem.

O médico e professor BRAGA¹⁵⁻¹⁶ já escrevia em 1965 e repetia em 1983 que o enfermeiro "tem de se preparar para atividades de caráter tecnológico, relacionadas à arte de diagnosticar e de curar, transferindo-se insensivelmente da área preferencial em que atua - a de confortar e servir - para aquela outra". Enfatizava porém que isso não significa, de modo algum, que o enfermeiro tivesse "desejado invadir setores anteriormente monopolizados pelo médico". Publicações da OMS/OPS e outras estrangeiras vêm salientando a ocorrência de mudanças progressivas do papel do enfermeiro, tais como BERGMAN¹⁴, ROBERTS¹¹⁵, VERDE RESE¹³², MUSSALEM⁹³, LEININGER⁷⁰, SEIVWRIGHT¹²¹ e outros outros. Todos eles apontam a necessidade do enfermeiro atuar mais em atividades clínicas e terapêuticas, especialmente junto à população rural ou pobre.

BRAGA¹⁶ reconhece que, na verdade, sempre coube ao enfermeiro "a responsabilidade de cuidar do paciente, vendo-se, porém, agora, cada vez mais solicitado a desempenhar tarefas que anteriormente estavam sô a cargo do médico".

Prossegue afirmando que "ao mesmo tempo, não lhe é permitido descuidar-se do seu campo de ação, no qual se enquadra a atenção ao paciente e se inclui, rapidamente, a de suas famílias e das comunidades a que pertence. Paradoxalmente, à medida que essas necessidades se tornam mais claras", refere BRAGA¹⁶ (1983) que o enfermeiro "embora preparando-se para atendê-las, é obrigado a delegar tais responsabilidades a pessoal colaborador e auxiliar de vários níveis, devotando-se em maior grau às tarefas de supervisão e de cunho administrativo".

VIEIRA¹³⁶ (1983), médico e Coordenador de Recursos Humanos da OPS/OMS, analisando a situação do número total de enfermeiros registrados no Conselho Federal de Enfermagem em relação a 500 mil leitos hospitalares ou aos 10.000 Centros e Postos de Saúde, conclui que "é imprati

câvel pensarmos o profissional de enfermagem dedicado à prestação direta de assistência". Afirma que "o enfermeiro só pode ter contato indireto com a clientela hospitalar ou ambulatorial". Considera esse especialista em Recursos Humanos que o enfermeiro teria condições técnicas de se desincumbir das tarefas de assistência primária de saúde, mas "enquanto não se alterar, significativamente, a disponibilidade de enfermeiros no país, o emprego mais racional de sua capacidade impõe que ele seja antes um profissional multiplicador, coordenador, supervisor, docente que um prestador direto de serviços".

Daí se deduz que tanto o Professor Ernani Braga, com sua autoridade de técnico e profundo conhecedor dos problemas de saúde no Brasil, como o Coordenador da OPS/OMS, César Vieira, tiveram opinião unânime quanto ao tipo de atividade que cabe ao enfermeiro na situação atual.

Para corroborar tais assertivas, basta lembrar as experiências relatadas de todos os continentes que dão testemunho do quanto se pode alcançar em matéria de saúde, através dos esforços coordenados dos governos, dos profissionais e da população.

Segundo CHAVES³⁷ (1982), "é hora de enfermeiros e médicos repensarem juntos as funções de cada qual num sistema integrado de cuidados primários que possa, de fato, produzir impacto nos programas comunitários de saúde".

5.4.4. Obstáculos na execução de atividades de assistência primária de saúde

Diversos autores nacionais e internacionais, conforme experiências relatadas anteriormente, demonstraram que a cobertura assistencial pode ser ampliada com a participação ativa de pessoal auxiliar de

vidamente treinado e orientado.

No Brasil, a Fundação SESP e o Ministério da Saúde realizaram um desses tipos de experiência em quase todos os Estados. Entretanto, paralelamente na mesma época, a Previdência Social desenvolvia um modelo de assistência médica curativista que tomou vulto, especialmente a partir da década de 60, gerando uma situação de dualidade de comando no setor saúde. Hoje, esse duplo comando está em fase de tentativa de correção através do Plano CONASP e das Ações Integradas de Saúde.

Aquele modelo de assistência médica curativista ainda existente na Previdência Social, ao valorizar mais a consulta médica do que as atividades dos demais profissionais de saúde, não oferece a estes últimos o mesmo espaço físico e funcional para seu desenvolvimento. Tal situação passa a atuar como obstáculo na execução de atividades profissionais específicas e mesmo na assistência primária de saúde. Foi por isso que, na listagem das atividades do questionário, os motivos ou obstáculos mais citados para a não realização foram os seguintes: alegação de que determinadas atividades não eram próprias do PAM, falta de pessoal e falta de área física.

E mesmo para desenvolver programas de saúde, ainda que prioritários, como os da área materno-infantil e os de assistência a portadores de patologias crônicas de evolução previsível (diabéticos, hipertensos, esquistossomóticos, etc), os motivos mais assinalados de sua não execução foram ainda a falta de pessoal e de área física e a alegação da existência de médicos em número suficiente.

Apesar da maioria dos enfermeiros informar que não realizavam atividades de programas de saúde pelos motivos já alegados, especificamente o programa de assistência à gestante sadia vinha sendo realizado por 36 enfermeiros (11,4%) entre 316 consultados, conforme demonstra a Tabela 31; outros 14 profissionais indicaram o médico como execu

tor desse programa. Por sua vez, a Tabela 39 mostra que 61 enfermeiros (22,9%) assinalaram como motivo para a não execução de atividades de assistência à gestante a existência de médicos em número suficiente, que exclui a atuação dele, enfermeiro, desse programa.

Entre todos os motivos mais citados como obstáculos ao desenvolvimento do programa de assistência à gestante sadia, a existência de médicos em número suficiente ocupa o segundo lugar; tal classificação comprova o caráter marcadamente curativista da assistência à gestante, uma vez que o médico, não apenas por formação curricular, mas pela própria tradição do INAMPS, sempre será inclinado à ação curativa e não preventiva.

Considerando-se as inúmeras experiências já realizadas, inclusive no Brasil, o programa de assistência à gestante sadia pode ser perfeitamente desenvolvido por pessoal não médico, desde que treinado e supervisionado para fazer o encaminhamento ao especialista dos clientes com patologias ou de alto risco. Essas clientes merecerão atendimentos especializado com todos os recursos e tecnologias disponíveis.

Quanto ao programa de assistência à criança sadia, os motivos ou obstáculos mais citados (Tabela 40) para não executá-lo também foram: falta de área física, falta de pessoal e existência de médicos em número suficiente. De acordo com a Tabela 31, havia 42 enfermeiros (13,3%) que já vinham realizando essa atividade, além de 9 auxiliares de enfermagem, 18 médicos e 2 de outras categorias (agente administrativo, agente de serviços complementares, etc.)

O preenchimento e/ou encaminhamento da notificação de doenças à Secretaria de Saúde já vinha sendo feito por 113 enfermeiros (35,8%) entre os 316 consultados, além de 10 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar operacional de serviços diversos, 31 médicos e 5 de outras categorias de acordo com a Tabela 31.

As respostas de 203 enfermeiros (64,2%) que não faziam o referido preenchimento e/ou encaminhamento da notificação, na época da coleta de dados, indicaram, conforme Tabela 41, a existência de médicos em número suficiente igualmente como o motivo mais assinalado para justificar a não realização dessa tarefa.

Na verdade, por se tratar de atividade relativamente simples e, ao mesmo tempo, importante para controle epidemiológico de doenças, não teria cabimento a resposta "inexequível", que foi citado por 21 enfermeiros. Isso talvez se explique por falta de suficiente conscientização de sua importância.

Dessa feita, como medida de maior racionalidade e utilização adequada dos recursos, a Previdência Social, por meio de atos oficiais, poderia incrementar a realização dos programas prioritários de saúde utilizando pessoal auxiliar devidamente capacitado; dessa forma, o INAMPS estará ampliando a cobertura populacional e melhorando a assistência a ser prestada a seus beneficiários.

5.4.5. Contribuição do enfermeiro na assistência à saúde no âmbito do INAMPS

Avaliando-se algumas tarefas que enfermeiros e equipe de enfermagem já vêm realizando, é possível incentivá-las e incorporá-las no conjunto de atividades-fim do PAM computáveis estatisticamente, como parte de ações de serviços básicos de saúde. Tais atividades seriam:

- a) orientação de indivíduos ou grupos sobre cuidados com a saúde e com patologias mais frequentes e de evolução previsível;
- b) preenchimento e/ou encaminhamento da notificação de doenças ao órgão oficial de saúde;
- c) consulta de enfermagem;

- d) prê e pês-consulta;
- e) vacinação;
- f) visita domiciliãria;
- g) administração de medicamentos prescritos e/ou padronizados;
- h) encaminhamentos;
- i) execução de procedimentos tais como: curativos, inalações, instilações, oxigenioterapia, verificação de sinais vitais e dados antropométricos.

Muitas ações prioritãrias, previstas no conceito de assistência primãria de saũde, poderiam ser multiplicadas nos PAM do INAMPS, especialmente em periferias e comunidades pequenas, se forem aproveitados os auxiliares de enfermagem e auxiliares operacionais de serviços diversos, quando bem treinados e orientados por enfermeiros.

Tais ações englobariam a assistência materno-infantil, inclusive planejamento familiar e outras ações, como controle de doenças localmente endêmicas e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns, educação sobre problemas de saũde e dos métodos para sua prevenção e controle e fornecimento de medicamentos essenciais.

Por meio de curtos programas de treinamento, sugeridos inclusive no texto "Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade", do Ministério da Saũde ⁹¹, enfermeiros do INAMPS poderiam ser capacitados a contribuir mais direta e eficazmente nos PAM, nas periferias das capitais e no interior, para implantação e manutenção dos serviços básicos de saũde.

Essa publicação do Ministério da Saũde, elaborada em junho/julho de 1977, traz inúmeras sugestões de atividades de enfermagem que poderiam ser objeto de programas para reciclagem de enfermeiros, dentro da filosofia e da política dos serviços básicos de saũde do Plano CONASP. Com vistas à uniformização de critérios e de sistema de atendi-

mento nas unidades próprias dos PAM, a preparação de enfermeiros poderia ser uma das medidas para execução do Programa de Ações Integradas de Saúde. Os convênios que já vêm sendo assinados em diversos Estados, como já ocorreu em São Paulo, constituem instrumentos legais que viabilizam a implantação do Plano CONASP.

Com base naquelas sugestões do Ministério da Saúde, os enfermeiros do INAMPS poderiam ser preparados rapidamente para treinar e supervisionar o pessoal auxiliar e avaliar seu desempenho; dessa maneira, esses enfermeiros, juntamente com a equipe de auxiliares de enfermagem e de operacionais de serviços diversos, terão condições de executar os serviços básicos de saúde, nas suas diversas áreas de atividades, isto é, promover, manter ou recuperar a saúde e prevenir a doença.

A propósito, convém citar a Portaria MPAS nº 269/84⁸⁶ que define atendimento básico como sendo o "conjunto de serviços prestados pelos agentes em minipostos, postos de saúde e centros de saúde, compreendendo atendimentos simplificados, curativos, aplicações de injeção, colheitas de material, imunizações, visitas domiciliárias e outros semelhantes".

Assim, a contribuição do enfermeiro nos PAM do INAMPS, em termos de assistência primária ou serviços básicos de saúde, dentro do espírito do "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", poderia ser efetivada por meio de:

- a) continuidade de ações que já vinham sendo realizadas, conforme dados levantados neste estudo;
- b) estímulo ao desenvolvimento de atividades preventivas e educativas a indivíduos ou grupos da comunidade;
- c) supervisão e orientação de pessoal auxiliar na prestação de assistência direta à clientela;
- d) incentivo à realização de consulta de enfermagem e de visita domici

liária, especialmente esta última, nas localidades onde for possível;

- e) incentivo à utilização de terapêuticas alternativas, especialmente nas periferias dos grandes centros urbanos e pequenas comunidades do interior;
- f) participação na equipe multiprofissional dos Postos para o Planejamento operacional de programa e projetos de saúde;
- g) participação em estudos para implantação de ações integradas de saúde nos PAM, juntamente com os demais órgãos ou setores envolvidos.

86

A Portaria MPAS nº 269/84 já referida, define consulta como "atendimento realizado por profissionais de medicina, odontologia e de saúde mental, em Postos e Centros de Saúde, inclusive pequenas cirurgias, complementado sempre que necessário, pela participação do pessoal de enfermagem, nutrição e serviço social".

Portanto, não inclui ainda a consulta de enfermagem, mas só a pré e pós-consulta; e não inclui também as ações de identificação de pacientes que necessitam de atendimento imediato, prioritário ou de maior complexidade, a observação de pacientes em repouso e os encaminhamentos, comumente feitos pelos enfermeiros e pessoal de enfermagem.

Sem dúvida, a criação da Coordenadoria de Enfermagem na Direção Geral do INAMPS⁸² foi um passo decisivo no reconhecimento e ampliação do espaço profissional do enfermeiro na administração do Instituto. Sua implantação e organização na DG, assim como sua projeção nas superintendências, podem viabilizar um processo sistematizado da assistência de enfermagem, tornando-a mais compatível com a formação acadêmica do profissional e mais consentânea com as necessidades da clientela.

Entretanto, para que a contribuição do enfermeiro na implan-

tação dos serviços básicos de saúde possa realmente efetivar-se, seriam necessárias outras providências administrativas que pudessem atuar como reforço; tais providências devem incluir a provisão de mais recursos humanos em enfermagem e a elaboração de normas de ações de enfermagem no INAMPS que promovam a valorização e o desenvolvimento de seus profissionais, expressamente previstos no Plano CONASP e nos convênios de Ações Integradas de Saúde.

Outras medidas podem ainda ser inseridas entre as várias atividades técnicas assistenciais que já vêm sendo realizadas pela equipe de enfermagem como ações de serviços básicos de saúde e computadas estatisticamente: o treinamento de enfermeiros e auxiliares de enfermagem para a execução de determinadas atividades clínicas e terapêuticas mais simples, relacionadas com patologias comuns já especificadas em publicações do Ministério da Saúde; a delimitação de espaço físico nos PAM para implementação de atividades educativas a grupos; a manutenção de enfermeiros com formação específica de saúde pública, lotados nos setores de atendimento ambulatorial ou remanejando-os de setores hospitalares para estes; o incentivo ao desenvolvimento de programas prioritários de saúde, especialmente materno-infantil.

Em suma, a equipe de enfermagem, com a formação técnica e a comprovada experiência de cada categoria profissional, está plenamente capacitada para assumir a sua parcela de responsabilidade na implantação gradual e progressiva dos serviços básicos de saúde. Essa responsabilidade implica uma atuação em todos os aspectos do desenvolvimento desses serviços: extensão de cobertura da população urbana e rural, participação da comunidade, regionalização e hierarquização com um mecanismo de referência e contra-referência e, ainda, a tecnologia apropriada para a saúde, como por exemplo, a implantação experimental de terapêuticas alternativas em algumas situações.

Os casos patológicos já triados seriam encaminhados aos médicos para atendimento especializado. A estes pacientes poderia ser dada assistência completa com a utilização total dos recursos tecnológicos disponíveis para diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, a assistência médica curativa ficaria concentrada no paciente realmente necessitado; aos demais seria prestada a assistência primária ou os cuidados básicos de saúde. Com a integração desses serviços poderia melhorar sensivelmente a qualidade dos serviços prestados à população que busca a Previdência Social.

6. Conclusões

6. CONCLUSÕES

Os resultados colhidos na presente investigação permitem concluir que:

- 1, as características pessoais e profissionais da população-alvo, estabelecidas como objetivos deste estudo, eram: predominância do sexo feminino (89,3%); maioria de casados (63,6%); grande contingente na faixa etária de 30 a 49 anos (69,2%); os enfermeiros haviam sido diplomados nas décadas de 60 e 70 (68,8%) e admitidos na Previdência Social no decorrer da década de 70 (58,4%); havia grande contingente trabalhando em regime de CLT (67,2%) e predominância natural de profissionais sem o exercício da função de chefia (72,7%);
- 2, pode ser considerado bom o nível de preparo dos 316 enfermeiros atuantes nos órgãos de execução ambulatorial do INAMPS, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Como ficou demonstrado, havia 71,5% de profissionais portadores de um curso longo de habilitação em enfermagem ou especialização, com uma média de 1,6 cursos por enfermeiro; daquele total de 316, 95 (30,0%) profissionais eram portadores do título de conclusão do curso de Saúde Pública e 78 (24,7%) do curso de Administração Hospitalar; mesmo com relação à atualização de conhecimentos por meio de participação em programas ou atividades de educação continuada, 82,9% da população haviam respondido afirmativamente, isto é, frequentaram programas de atualização;
- 3, os fatores institucionais e organizacionais que influenciavam favoravelmente o desempenho profissional do enfermeiro eram:
 - 3,1, a presença de enfermeiros nas coordenadorias, apontada por 84,2% dos profissionais consultados; com a organização da Coordenadora de Enfermagem e sua projeção estruturada nas regionais, as perspectivas tornaram-se promissoras em termos de sistematiza-

ção da enfermagem na Previdência Social;

- 3.2. a existência de campo adequado para o enfermeiro desenvolver-se profissionalmente, conforme respostas de 62,6% da população-alvo; um total de 29,9% de profissionais respondeu não encontrar possibilidade de desenvolvimento no INAMPS; os fatores negativos alegados foram entre outros: tipo de política administrativa, excesso de rotinas administrativas, falta de recursos humanos de enfermagem e falta de valorização do enfermeiro;
- 3.3. o apoio da chefia para implantação de rotina nova no serviço, de acordo com 81,5% dos profissionais consultados e existência de satisfação no trabalho, segundo 89,6% das respostas obtidas;
- 3.4. a existência de supervisão do trabalho de enfermagem, segundo 74,5% dos dados coletados; em 89,5% dos casos, essa atividade era executada por enfermeiro; 66,2% de respostas apontaram que essa supervisão era diária;
- 3.5. a realização de reuniões de serviço em 87,2% das respostas obtidas; essas reuniões eram coordenadas por enfermeiros (98,2%) e realizadas com periodicidade mensal (56,3%);
4. as atividades desempenhadas pelos enfermeiros nos PAM eram: supervi-
são do pessoal de enfermagem (39,4%); assistência direta ao cliente (32,8%) ações educativas (12,4%); tarefas administrativo-burocráticas (12,0%) e função de treinamento (3,4%);
5. as atividades que podem ser enquadradas como de assistência primária ou serviços básicos de saúde, que vinham sendo executadas por toda a equipe de enfermagem dos PAM, eram:
 - 5.1. atividades assistenciais subsidiárias: verificação de sinais vitais e dados antropométricos, medicação oral e parenteral, sondagem vesical, curativos, retirada de "pontos" cirúrgicos, instilações, inalações, oxigenioterapia, preparo de paciente

para exame clínico, colheita de material para exame laboratorial, pré e pós-consulta;

5.2. atividades assistenciais independentes: consulta de enfermagem, visita domiciliária, vacinação, identificação de clientes que necessitam de atendimento imediato, prioritário ou de maior complexidade, observação de paciente em repouso, encaminhamentos;

5.3. ações educativas para grupos; palestras, orientações em grupo, cursos sobre temas de saúde, treinamento em serviço do pessoal auxiliar;

5.4. tarefas técnico-administrativas: supervisão do pessoal, administração do setor sob sua responsabilidade, preenchimento e/ou encaminhamento da notificação de doenças à Secretaria da Saúde, preparo de material para esterilização, requisição e controle de material e medicamentos, coordenação de reuniões de serviço.

Do conjunto dessas atividades, deveriam ser exclusivas de enfermeiros: a consulta de enfermagem, o treinamento em serviço e a supervisão do pessoal, e a administração, coordenação e direção do setor sob sua responsabilidade. Este último serviço inclui: planejamento, distribuição, previsão e provisão de recursos humanos e materiais.

6. os obstáculos para executar mais atividades de assistência primária, ou serviços básicos de saúde, eram: falta de pessoal de enfermagem, falta de área física e existência de médicos em número suficiente; outros motivos que constituem obstáculos: "aquelas atividades não eram próprias do Posto, não eram atribuição da enfermagem, falta de tempo, de material, de estrutura administrativa e de preparo e dificuldades com a chefia imediata".

7. a contribuição dos enfermeiros na assistência primária, ou nos ser-

viços básicos de saúde, pode ser agrupada em três níveis, caracterizando-se cada nível pelo grau de necessidade de preparação adicional do enfermeiro, bem como de determinadas providências administrativas em termos de recursos humanos e materiais; ambos em função da maior ou menor complexidade das patologias mais frequentes nos Postos. Assim:

7.1, atendendo à definição da já citada Portaria MPAS 269/84

os enfermeiros, sem necessidade de preparo adicional, poderão implantar de imediato as seguintes atividades: vacinação, aplicação de injeções, curativos, atendimento simplificado de enfermagem, colheita de material, visita domiciliária, algumas tarefas de vigilância epidemiológica, orientação de indivíduos, ou grupos, sobre cuidados com a saúde e com patologias mais frequentes e de evolução previsível e encaminhamentos; onde essas atividades estiverem já implantadas em maior ou menor escala, o profissional terá condições de promover o seu incremento; em ambos os casos, isto é, na implantação ou no incremento, a atuação do enfermeiro se dá a nível de treinamento, de supervisão do trabalho de pessoal ou de execução direta;

7.2, com um curto treinamento complementar e algumas providências normativas por parte da administração, os enfermeiros estarão em condições de contribuir para o Plano CONASP na sua implantação gradual e efetiva junto à população; tal contribuição significa a sua participação na equipe de enfermagem para desenvolver programas de assistência a portadores de patologias crônicas comuns, administração de medicamentos ou de tratamentos padronizados, utilização de terapêuticas alternativas;

7.3, por último, nos serviços básicos de saúde existem ainda algumas atividades que, dependendo de certas providências administrativas, podem ser desempenhadas pela equipe de enfermagem na

medida em que exista número suficiente de pessoal e que esteja bem treinado; com um grau de conhecimento mais profundo, adquirido através de cursos formais ou de especializações, o enfermeiro estará apto para dar sua contribuição na equipe multiprofissional do setor saúde participando: no planejamento, execução e avaliação de programas e projetos de saúde, na elaboração de critérios para a hierarquização e regionalização dos serviços, na adequação de planos curriculares de enfermagem aos serviços básicos de saúde, para a utilização da estratégia de integração docente-assistencial, para a educação continuada e para a redefinição de papéis profissionais da equipe de saúde e por último, nos estudos para a simplificação de técnicas e métodos de trabalho. Evidentemente, aqueles 95 enfermeiros dos dois Estados que já são portadores do curso de saúde pública podem ser totalmente aproveitados, estimulando-os a colocarem em prática os conhecimentos específicos em qualquer fase do trabalho ou local de execução.

Entretanto, é importante salientar que os três níveis de contribuição apresentados acima obedecem a um cronograma de implantação; naturalmente, sempre dependendo dos recursos materiais e humanos existentes e, o principal, dependendo da competente medida administrativa; nessas condições, o primeiro nível pode ser implantado imediatamente; o segundo, a curto ou médio prazo e o terceiro, a médio ou longo prazo.

**7. Referências
bibliográficas**

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABARCA, A. et al. La enfermería en el Plan Nacional de Salud Honduras. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería in América Latina. Washington D.C., 1980. p. 53-62. (OPAS-Publ. científica, 393)
2. ACUÑA, H.R. Salud y desarrollo en América Latina. Foro mund. Salud, 2(4): 536-538, 1981
3. ADAMI, N.P. A função supervisora em enfermagem de Saúde Pública. Rev. bras. Enferm., 28(1): 20-23, 1976.
4. ADAMI, N.P. A enfermagem de saúde pública na assistência progressiva do paciente. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 2(1): 17-23, 1976.
5. ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev. bras. Enferm., 34(1): 8-14, 1981.
6. ALMEIDA, M.J. A organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro .
7. ANDRADE, O.B. Supervisão em enfermagem de saúde pública. Rev. bras. Enferm., 27(1): 58-70, 1974.
8. AROLE, M. & AROLE, R. Un proyecto completo de sanidad rural en Jamkhed (India). In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud por el pueblo. Ginebra, 1975. p. 76-98.
9. ATENÇÃO primária em saúde: definição da OMS. Saúde mundo, p.6., maio, 1978.

- * 10. ATENÇÃO primária e serviços básicos. In: A SUPERVISÃO na rede de serviços básicos de saúde. Rio de Janeiro, NUTES/CLATES, 1982. p. 9-13.
- * 11. BEDOYA, Y.A. Reflexiones sobre la atención primária: proposición de un marco conceptual. Educ. med. Salud. 13(4): 341-350, 1979.
12. BEHRHORST, C. El proyecto de desarrollo de Chimaltenango (Guatemala), In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud por el pueblo. Ginebra, 1975. p. 33-57.
13. BENNET, F.J. Primary health care and developing countries. Soc. Sci. Med., 13A (spec issue): 505-514, 1979.
14. BERGMAN, R. Problemas de planificación de algunas categorias de recursos humanos: personal de enfermeria. In: HALL, T.L. & MEJIA, A. Planificación del personal de salud. Ginebra OMS, 1979. cap. 9, p. 227-288.
15. BRAGA, E. Discurso; orador oficial. Rev. bras. Enferm., 18(4): 226-230, 1965.
16. BRAGA, E. Enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento do país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35º. São Paulo, 1983. Anais. Brasília, ABEn, 1983. p. 98-104.
17. BRASIL, Leis, decretos, etc. Decreto 50.387, de 28.3.61: Regula o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. D.O.U. Executivo, Rio de Janeiro, 29 mar. 1961. p. 3057-3058.
- * 18. BRASIL, Leis, decretos, etc. Decreto 78.307, de 24.8.76: Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. D.O.U. Executivo, Brasília, 25 ago. 1976. p. 11.241.
- * 19. BRASIL, Leis, decretos, etc. Decreto 86.329, de 2.9.81: Cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP. D.O.U. Executivo, Brasília, 2 set. 1981,

p. 16.637-8.

20. BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto-lei 299, de 28.2.67: Reorganiza o Grupo Ocupacional P-1700 do Anexo 1 da Lei 3.780, de 12 de julho de 1960, e dá outras providências. D.O.U. Executivo, 28 fev. 1967. p. 2473-4.
21. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 2.604, de 17.9.1955: Regula o exercício da enfermagem profissional. D.O.U. Executivo, Rio de Janeiro, 21 set. 1955. p.16.738-9.
22. BRASIL, Leis, decretos, etc. Lei 4.024, de 21.12.61: Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. D.O.U. Executivo, Brasília, 22 dez. 1961. p. 11.429-34.
23. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 5.905, de 12.7.73: Cria os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. D.O.U. Executivo, Brasília, 13 jul. 1973. p. 16825.
- * 24. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 6.151, de 4.12.74: Plano Nacional de Desenvolvimento, 2º, 1975-79. D.O.U. Executivo, Brasília, 6 dez. 1974. p. 13.869.
- * 25. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 6.229, de 17.7.75: Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. D.O.U. Executivo, Brasília, 18 jul. 1975. p. 8.921-22.
- * 26. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 6.439, de 1.9.77: Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. D.O.U. Executivo, Brasília, 2 set. 1977. p. 11.617-22.
27. BRASIL. Leis, decretos, etc. Parecer nº 977/65, S.E. Su.: Definição dos cursos de pós-graduação. Documenta, Rio de Janeiro, 44: 1-21, dez. 1965.
28. BRASIL. Leis, decretos, etc. Portaria DASP nº 179, de 3.12.73: Dispõe sobre o Plano de Classificação de Cargos - Outras Atividades de Nível Médio. D.O.U. Executivo, Brasília, 21 dez.

73. Supl. p. 1/82.

- * 29. BRASIL. Leis, decretos, etc. Resolução nº 1, de 13.2.80: Plano Nacional de Desenvolvimento, 3º, 1980-85. D.O.U. Executivo, Brasília, 13 fev. 1980. Supl. 31. p. 1-22.
30. BRASIL. Leis, decretos, etc. Resolução MEC nº 4, de 25.2.72: Fixa o currículo mínimo dos cursos de enfermagem. D.O.U. Executivo, Brasília, 26 jul. 1972. p. 6.623.
31. BURNS, J.J. The relationship of nursing health to primary care internationally. Int. Nurs. Rev., 28(6): 167-175, 1981.
32. CAMPOS, O. Contribuição ao estudo dos sistemas de saúde. In: Encontro de Estudos Populacionais, 1º, Campos do Jordão, 1978 Anais. São Paulo, ABEP, 1978. p. 265-279.
- * 33. CARTA de Punta del Este. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 51(5): 477-493, nov. 1961.
34. CARVALHO, J.F. de Organização de serviços de enfermagem em saúde pública. Rev. bras. Enferm. Rio de Janeiro, 22(1, 2, 3): 19-26, 1969.
35. CASTRO, I.B. e Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. Rev. bras. Enferm. Rio de Janeiro, 28(4): 76-94, 1975.
36. CASTRO, I.B. et. al. Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina: implicações educacionais. Rev. bras. Enferm., 35(3-4): 185-191, 1982.
37. CHAVES, M.M. Saúde - uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Dois. 1982. 92p.
38. LA COMUNIDAD, nuevo foco de las actividades de enfermería. Cron. OMS, 29: 96-101, 1975.
39. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1º, Alma-Ata, 1978. Cuidados primários em saúde: relatório. Bra

sília, OMS, UNICEF, 1979.

40. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem brasileira em defesa dos seus direitos. Rio de Janeiro, 1980. 42p.
41. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. População de enfermagem cadastrada em 01.03.82. Normas e Notícias, 5(1): 2, 1982.
42. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Enfermagem no Projeto do PREVSAÚDE. Rio de Janeiro, 1980. 16p.
43. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Perfil do Enfermeiro. Rio de Janeiro, 1981. (mimeografado).
44. COSTA, J. Visitação domiciliária: base para o ensino de enfermagem na comunidade. Enf. Novas Dimensões, 3(2): 78-82, 1977.
45. COSTA, J. Assistência de enfermagem ao escolar. Rev. paul. Enferm., 3(5): 159-160, 1983.
46. COSTA, I.S. Educação em Saúde Escolar: análise de uma experiência. Rev. bras. Enferm., 27(1): 98-111, 1974.
47. DECLARACIÓN Universal de Derechos del Hombre: aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Lake Success, Naciones Unidas, 1949.
48. ECHEVERRI, O. & SALAZAR, L.M. La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. Edc. med. Salud, 14(1): 23-40, 1980.
49. FERNANDES, A. Plano de Localização de Unidades de Serviço: modelo de regionalização. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 30, Belém, 1978. Anais, Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1978. p. 31-36.

50. FERNANDEZ, A.F.T. El sistema nacional de salud de Cuba. In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud por el pueblo Ginebra, 1975. p. 1-18.
51. FERREIRA, J.R. El trabajador médico en China. Educ. med. Salud, 9(1): 1-4, 1975.
52. FONSECA, A. de S. A crise da Previdência Social no sistema médico hospitalar brasileiro. Apresentado no SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 3º, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982. (mimeografado).
- * 53. FONSECA, A. de S. Plano do CONASP: implantação e avaliação. Boletim Serviço/Direção Geral do INAMPS, (28): anexo 2, p. 1-17, 9 fev. 1984.
54. FONSECA, R.M.S. da Consulta de enfermagem em Saúde Materna. Enf. Novas Dimens. São Paulo, 3(2): 92, 1977.
55. GIBSON, D. Um reforço precioso. Saúde Mundo, p.14-19, jul. 1981.
56. GISH, O. Tanzânia: a forma de progredir. Saúde Mundo, p.8-13, abril 1975.
57. GONZALEZ, C.L. "Medicina simplificada" en los servicios de salud de Venezuela. In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud por el pueblo. Ginebra, 1975. p. 187-210.
58. GRUPO DE Trabalho sobre "A Participação de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde". Relatório final. Rio de Janeiro, NUTES/CLATES Fundação Kellogg, 1983. 17p. (mimeografado)
59. HABICHT, J.P. Assurance of quality of the provision of primary medical care by non-professionals. Soc. Sci. Med., 13-B(1): 67-75, 1979.
60. HALL, J, et al. Washington: cuidados primários de saúde. Saúde Mundo, p. 18-21, jul. 1982.

61. HALTER, S. & DILEN, H. A Declaração Universal dos Direitos do Homem - trinta anos depois. Saúde Mundo, p. 3-4, jul., 1978.
62. HARRISON, P. Eleito pela comunidade. Saúde Mundo, p. 18-25, ago./set. 1977.
63. HARRISON, P. Colombia: um elo de ligação. Saúde Mundo, p. 7-11, maio 1978.
64. HARRISON, P. La revolución cubana en materia de atención de salud. Salud Mundial, p.2-7, dic. 1980.
65. HARRISON, P. A história de um sucesso. Saúde Mundo, p. 14-19, fev./mar. 1981.
66. HELLBERG, H. A mais difícil de todas as metas. Saúde Mundo, p. 18-21, set. 1983.
67. INAMPS EM DADOS. (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Rio de Janeiro, ano 4, v.2, 1981.
68. INAMPS EM DADOS. (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Rio de Janeiro, ano 5, 1982.
69. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. El CIE declara su apoyo a la atención primaria de salud. News Release, Geneva, (9), set. 1978.
70. LEININGER, M.M. et al. The professional nurse, responsible, accountable, reaching out and taking an active, frontline position in primary health care. Amer. J. Nurs, 72: 1274-77, jul. 1972.
71. LIISBERG, E. & TABIBZADEH, I. Cuba: revolução sanitária. Saúde Mundo, p. 14-19, abril 1975.
72. MACEDO, C.G. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília,

1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 19-29.
73. MACEDO, C.G. Prefacio. In: Organizacion Panamericana de la Salud. La mujer en la salud y el desarrollo. Washington, D. C., 1983. p. v-vi. (COPAS - Publ. cient., 448).
74. MAHLER, H. Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud. Saude Deb. 6: 27-31, 1978.
75. MAHLER, H. Que é saúde para todos ? Saúde Mundo, p. 3-5, nov., 1979.
76. MAHLER, H. Saúde para todos no ano 2.000. Saúde Mundo, p. 3, fev./mar. 1981.
77. MATHESON, A. A saúde viaja montada. Saúde Mundo, p. 3-5, jul., 1981.
78. MATHESON, A. O Sudão aceita o desafio. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dia Mundial da Saúde: 7 de abril de 1981. Genebra, 1981. Tema 9.
79. MIAZAD, R. Afeganistão: o amigo da saúde. Saúde Mundo, p. 20-21, maio 1978.
80. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Convênio que entre si celebram o Ministério da Previdência e Assistência Social, com a intervenção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Ministério da Saúde e o Estado de São Paulo, para implantação e execução do Programa de Ações Integradas de Saúde no Estado de São Paulo. Boletim Serviço/Direção Geral do INAMPS, (219): Anexo 6, p. 1-25, 21 nov., 1983.
81. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Ordem de Serviço INAMPS/SMS nº 42.7, de 9.1.79. Promove a participação dos Servidores da Assistência Médica na Ação de Vigilância Epidemiológica, de acordo com o que estabelecem os art. 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30.10.75, regulamentada pelo Decreto nº

78.231/76. Boletim Serviço/Direção Geral do INAMPS, (10): Anexo 2, p. 1, 15 jan. 1979.

82. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria nº 851, de 11.11.82. Constitui grupo de trabalho para estruturar a enfermagem e sistematizar suas atividades na Secretaria de Medicina Social do INAMPS. Boletim Serviço/Direção Geral do INAMPS, (216): Anexo 1, p. 1-2, 17 nov. 1982.

83. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria nº 1.112, de 21.6.78. Aprova a estrutura básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS. D.O.U. Executivo. Brasília, 30 ago. 1978. Supl. 123. p. 1-25.

84. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria nº 1.113, de 21.6.78. Aprova o Regimento Interno do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS. D.O.U. Executivo, Brasília, 30 ago. 1978. Supl. 123. p. 62-86.

85. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria nº 3.062, de 23.8.83. Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. D.O.U. Executivo, Brasília, 25 ago. 1983. p. 15.829.

86. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria nº MPAS/SSM - 269, de 6.1.84. Aprova as definições de natureza e portes dos serviços a serem prestados, em atendimento ambulatorial, por órgãos governamentais e entidades filantrópicas D.O.U. Executivo, Brasília, 10 de jan. 1984. p.459-60.

87. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria Interministerial nº 01 de 26.7.78. Estabelece diretrizes para execução dos serviços básicos de saúde. D.O.U. Executivo, Brasília, 31 jul. 1978. p. 11.922-4.

88. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução INAMPS no Programa Nacional de Imunizações. Boletim Serviço

Direção Geral do INAMPS, (172): Anexo 3, p.1, 6 dez. 1978.

89. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução INAMPS nº 42.5, de 14.11.80. Diretrizes e Normas para estender a participação do INAMPS no Programa de Ações Básicas de Saúde. Boletim Serviço/Direção Geral do INAMPS, (224): anexo 5, p.2, 21 nov. 1980.

90. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução Interministerial MEC/MS/MPAS nº 01, de 7.4.81. Dispõe sobre a elaboração de programa de trabalho, com vistas ao desenvolvimento de recursos humanos adequados aos serviços básicos de saúde. D.O.U. Executivo, Brasília, 9 abr. 1981. p. 6.692.

91. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Padrões de assistência de enfermagem à comunidade: informe final. Brasília, 1977. 71p.

92. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde, 5a., Brasília, 1975. Anais. Brasília, 1975.

93. MUSSALEM, H.K. The changing role of the nurse. Can Nurse, 64: 35-37, nov. 1968.

94. NOGUEIRA, M.J.C. Uma experiência com consultas de enfermagem para crianças. Rev. bras. Enf. Distrito Federal, 30(2): 294-306, 1977.

95. NOGUEIRA, M.J.C. Assistência de enfermagem à família. Enf. Novas Dimens. São Paulo, 3(6): 327-346, 1977.

96. NOGUEIRA, M.J.C. Terapêuticas alternativas em enfermagem: por que não ? Rev. paul. Enferm. 3(5): 177-179, 1983.

97. NOGUEIRA, R.P. Supervisão: referencial teórico. In: A SUPERVISÃO na rede de serviços básicos de saúde. Rio de Janeiro, NUTES/CLATES, 1982, (mimeografado) p. 1-7.

98. OLIVEIRA, M.I.R. Atividades de enfermagem (painel). In: SEMINÁRIO Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enferma-

gem, São Paulo, 1968. São Paulo, Escola de Enfermagem, USP/
Organização Pan Americana da Saúde, 1969. p. 33-36.

99. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comitê de expertos de la OMS en Enfermería y Salud de la Comunidad, Ginebra, 1974. (OMS - Ser. inf. tecn., 558).
- ✱ 100. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documentos básicos. 29a. ed. Ginebra, 1979.
101. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nursing in support of the goal: health for all by the year 2.000. Ginebra, 1981. (HMD/NUR/82.2).
102. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolución WHA 30.43, de la 30a. Asamblea Mundial de la Salud. Cooperacion tecnica. Act. Org. mund. Salud, (240): 25, 1977.
103. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolución WHA 31.33, de la 31a. Asamblea Mundial de la Salud. Plantas medicinales. Act. Org. mund. Salud, (247): 67, 1978.
- ✕ 104. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratêgia Mundial de Salud para todos en el año 2.000. Ginebra, 1981 (Série Salud para todos nº 3) 94p.
- ✱ 105. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan decenal de salud para las Americas. Washington, D.C., 1973. (OPAS - Doc. Ofic. 118).
- ✱ 106. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. Washington, D.C., 1977. (OPAS - Publ. cient., 348).
107. ORGANIZACION 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 um Grupo de Expertos de Ciencias de La Salud. Washington, D.C., 1978.

108. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Resolución XIX: Metas en materia de enfermería. Washington, D.C., 1980. (Documento CD 27/FR - mimeografiado).
109. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Uma declaração sobre enfermagem em cuidados primários de saúde. Saúde Mundo, p. 22-25, jul. 1982.
110. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Passos rumo à saúde para todos. Saúde Mundo, p. 16-17, set. 1983.
111. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan quinquenal regional de acción sobre la mujer en la salud y el desarrollo. In: La mujer en la salud y el desarrollo. Washington, D.C., 1983. Anexo 1, p. 35-65. (OPAS - Publ. cient., 448).
- * 112. PROGRAMA Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE): anteprojeto. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, 1980.
- * 113. PROPOSIÇÕES alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento: estudo conjunto OMS/UNICEF. Brasília, Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.
- * 114. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE AMERICAS, 4, Washington, D.C., 1977. Informe final. Washington, D.C., OPAS 1978. (OPAS - Doc. Oficial, 155).
115. ROBERTS, D.E. Enfermería de salud de la comunidad: conceptos y estrategias. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en America Latina. Washington, D.C., 1980. (OPAS - Publ. cient., 393).
116. RODRIGUES, M.A. Enfermeira na Saúde Escolar. Rev. paul. Enf., 3(2): 50-53, mar-abr. 1983.

117. SANTOS, I. Atividades de enfermagem (painel) In: SEMINÁRIO Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, São Paulo, 1968. São Paulo, Escola de Enfermagem, USP/Organização Pan Americana da Saúde, 1969. p. 30-32.
118. SANTOS, I. Participação da enfermagem na satisfação da demanda nos serviços de saúde. Rev. bras. Enf. Rio de Janeiro, 21(5): 352-368, 1968.
- * 119. SANTOS, N.R. dos Algumas questões prévias à política de saúde. Campinas, 1978. (mimeografado)
120. SANTOS, N.R. dos Aspectos da Organização e implantação do PIASS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 199/ CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 19 São Paulo, 1977. Anais, São Paulo, Sociedade Brasileira de Higiene/Associação Paulista de Saúde Pública, 1977. p. 100-1.
121. SEIVWRIGHT, M.J. Educacion para la función ampliada de la enfermeria: perspectivas en los países de habla inglesa del Caribe. Educ. med. Salud, 13(4): 445-449, 1979.
122. SEIXAS, J.C. Sistema Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5a., Brasília, 1975. Anais, Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 31-41.
123. SHARMANOV, T.S. União Soviética: a metamorfose de uma região. Saúde Mundo, p. 4-6, maio 1978.
- * 124. SIDEL, V.W. & SIDEL, R. El sistema de prestacion de asistencia sanitaria en la Republica Popular de China. In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud por el pueblo. Ginebra, 1975. p. 19-32.
125. SILVER, H.K. The school nurse practitioner program. J. Amer. med. ass. Chicago, 216(8): 1332-4, 1971.
- * 126. SOARES, J. Extensão da cobertura por serviços básicos de saúde

- de - participação do Ministério da Previdência e Assistência Social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 69-73.
127. TAYLOR, D. A oportunidade de uma existência. Saúde Mundo, p. 2-5, set. 1983.
128. TEJADA-de-RIVERO, D.A. A Enfermagem nos cuidados de saúde. Saúde Mundo, p. 3-5, jul. 1982.
129. THAPALYAL, L. & HENRIOUD, D. Mongolia: un salto de siglos. Salud Mund. p. 14-19, abril 1976.
130. THOMPSON, V.M. Role of the school nurse. J. Sch. Hlth, Kent., 47(6): 358-9, 1977.
131. VELIMIROVIC, H. Nuevo vistazo a la medicina tradicional. Salud panamer. 9(4): 6-9, 1977.
132. VERDERESE, M.L. La nueva enfermera. Salud panamer. 9(3): 16-20, 1977.
133. VERDERESE, O. Analisis de la enfermeria en la America Latina. Educ. med. Salud, 13(4): 315-340, 1979.
134. VIDAL, C.A. Aproximaciones a tecnologia y salud. Ed. med. y salud, 11(3): 237-257, 1977.
135. VIEIRA, C.A.B. Extensão e cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30º, Belém, 1978. Anais. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1978. p. 37-60.
136. VIEIRA, C.A.B. Enfermagem e atenção à saúde no Brasil: contribuição para uma crítica. Apresentado ao grupo de trabalho sobre a participação da enfermagem na atenção primária de saúde. Rio de Janeiro, NUTES/CLATES/FUNDAÇÃO KELLOGG, 1983 (mimeografado).

137. WALT, G.A. A função do agente de saúde da comunidade. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dia mundial da saúde: 7 de abril de 1981. Geneva, 1981. Tema 7.

ANEXO 1

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL EM SÃO PAULO

1. Considerando a importância do papel desempenhado pelos Enfermeiros e pessoal de enfermagem nos serviços próprios ambulatoriais do INAMPS;
2. Considerando a necessidade de caracterizar as atividades que vem sendo executadas por essas categorias de enfermagem;
3. Considerando o interesse em realizar estudo sobre Enfermagem nos Postos de Assistência Médica das Superintendências Regionais de São Paulo e Rio de Janeiro;
4. Vimos solicitar sua valiosa colaboração respondendo ao questionário anexo, dentro de, no máximo, 5(cinco) dias a contar do _____
5. Por favor, leia com atenção a pergunta e, principalmente, as instruções quanto ao preenchimento, que acompanham cada questão.
6. Não deixe perguntas sem resposta. Se possível, use caneta. Se houver rasura, escreva na frente "sem efeito".
Não é preciso assinar o questionário.
7. O questionário, uma vez preenchido, deve ser devolvido, via malote, para 521-004,4, Coordenadoria Regional de Administração Médica, à Av. 9 de Julho, 611 - 2º andar, sala 216 - São Paulo - CEP 01313.

QUESTIONÁRIO

Nº _____

1. Código numérico do PAM em que está lotado: _____
2. Sexo: 2.1. feminino ☐ 2.2. masculino ☐
3. Estado civil: 3.1. solteiro ☐ 3.2. casado ☐
 3.3. viuvo ☐ 3.4. desquitado ☐ 3.5. divorciado ☐
4. Idade (em anos completos) - assinale sua faixa etária:
 - 4.1. 20 - 29 anos ☐
 - 4.2. 30 - 39 anos ☐
 - 4.3. 40 - 49 anos ☐
 - 4.4. 50 e mais anos ☐
5. Ano de formatura na Escola de Enfermagem:
 - 5.1. até 1949 ☐
 - 5.2. 1950 - 1959 ☐
 - 5.3. 1960 - 1969 ☐
 - 5.4. 1970 - 1975 ☐
 - 5.5. 1976 em diante ☐
6. OUTROS cursos, com carga horária MÍNIMA de 500 horas ou um semestre letivo (assinale com X o(s) curso(s) de que participou e que tenha recebido diploma ou certificado):
 - 6.1. Enfermagem de Saúde Pública ☐
 - 6.2. Enfermagem Obstétrica ☐
 - 6.3. Enfermagem Médico Cirúrgica ☐
 - 6.4. Licenciatura em Enfermagem ☐
 - 6.5. Enfermagem Pediátrica ☐
 - 6.6. Administração Hospitalar ☐
 - 6.7. Administração aplicada à Enfermagem ☐
 - 6.8. Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem ☐
 - 6.9. Outro: qual _____
7. OUTRAS formas de educação continuada de que participou nos últimos 12(doze) meses. Assinale com X a atividade cultural (uma ou mais) de que participou:
 - 7.1. Congresso Brasileiro de Enfermagem ☐
 - 7.2. Jornada de Enfermagem ☐
 - 7.3. Encontro de Enfermagem ☐
 - 7.4. Curso de Treinamento do INAMPS ☐
 - 7.5. Curso de atualização em enfermagem ☐
 - 7.6. Conferências/palestras sobre enfermagem ☐
 - 7.7. Outros cursos sobre assuntos não ligados à enfermagem ☐
 - 7.8. Outras conferências/palestras ☐
 - 7.9. Outra: qual _____
 - 7.10. Outra: qual _____

8. Admissão na Previdência Social (assinale a faixa correspondente ao ano em que V. começou a trabalhar):
- 8.1. até 1949 ☐
- 8.2. 1950 - 1959 ☐
- 8.3. 1960 - 1969 ☐
- 8.4. 1970 - 1975 ☐
- 8.5. 1976 em diante ☐
9. Regime de trabalho:
- 9.1. estatutário ☐ 9.2. C.L.T. ☐ 9.3. precário ☐
- 9.4. outro ☐ qual? _____
10. Ocupa ATUALMENTE cargo DAI ou DAS no INAMPS?
- 10.1 Sim ☐ 10.2. Não ☐
11. Já OCUPOU função ou cargo de chefia (com remuneração correspondente)?
- 11.1. Sim ☐ 11.2. Não ☐ 11.3. Não sei ☐
12. Local de trabalho atual:
- 12.1. PAM ☐ 12.2. SPA ☐
- 12.3. Outro ☐ Qual? _____
13. Você está satisfeito onde trabalha?
- 13.1. Sim ☐ 13.2. Não ☐
14. Existe atualmente supervisão do trabalho que V. executa?
- 14.1. sim ☐ 14.2. Não ☐ 14.3. Não sei ☐
15. Em caso positivo, cite a periodicidade dessa supervisão nos últimos 12 (doze) meses:
- 15.1. diária ☐ 15.2. semanal ☐
- 15.3. mensal ☐ 15.4. esporádica ☐
- 15.5. outra periodicidade ☐ qual? _____
16. Mais frequentemente, quem faz essa supervisão?
- 16.1. Enfermeiro ☐ 16.2. médico ☐
- 16.3. Equipe multiprofissional ☐
- 16.4. Outro profissional ☐ qual? _____
- 16.5. Não sei ☐
17. Há reuniões periódicas de serviço sobre assuntos de enfermagem?
- 17.1. Sim ☐ 17.2. Não ☐ 17.3. Não sei ☐
18. Em caso positivo, quem tem coordenado essas reuniões nos últimos 12 (doze) meses?
- 18.1. médico ☐ 18.2. enfermeiro ☐
- 18.3. agente administrativo ☐
- 18.4. outro ☐ qual? _____

19. Cite a periodicidade dessas reuniões nos últimos 12 (doze) meses:
19.1. semanal ☐ 19.2. mensal ☐ 19.3. esporádica ☐
19.4. outra periodicidade ☐ qual? _____

20. V. considera que a existência de enfermeiros nas Coordenadorias, a nível de Superintendência, favorece o desempenho profissional das atividades de enfermagem?

20.1. Sim ☐ 20.2. Não ☐ 20.3. Não sei ☐

21. Em caso positivo, escreva um ou mais fatores que favorecem esse desempenho:

22. No caso de ter respondido "não" à pergunta 20, indique um ou mais fatores que desfavorecem aquele desempenho:

23. V. considera que o enfermeiro no INAMPS encontra campo adequado para se desenvolver profissionalmente?

23.1. Sim ☐ 23.2. Não ☐ 23.3. Não sei ☐

24. Em caso positivo, indique O PRINCIPAL fator que favorece esse desenvolvimento:

25. No caso de ter respondido "não" à pergunta 23, indique O PRINCIPAL fator que desfavorece o desenvolvimento profissional do enfermeiro:

26. Dos tipos de atividades abaixo, qual o que V. desempenha DIARIAMENTE como rotina de trabalho normal, e que toma a maior parte de seu tempo? (Assinale APENAS UMA atividade):

26.1. administrativa/burocrática ☐
26.2. educativa (orientações/palestras a pacientes/familiares) ☐
26.3. treinamento do pessoal de enfermagem ☐
26.4. assistência direta ao cliente/paciente ☐
26.5. supervisão do pessoal de enfermagem ☐

27. LEIA ATENTAMENTE POR FAVOR.

Das atividades enumeradas abaixo, assinale com um X, nas colunas à DIREITA, para E, AE, AOSD ou M conforme essas atividades ESTEJAM SENDO EXECUTADAS ROTINEIRAMENTE por E(enfermeiro), AE (auxiliar de enfermagem), AOSD (auxiliar operacional de serviços diversos) ou M (médico). Se é executada por mais de uma categoria, assinale nas colunas respectivas. Se for outra categoria (ex. agente administrativo, agente de serviços complementares, etc) assinale na coluna O (outros). Se a atividade NÃO É EXECUTADA ROTINEIRAMENTE no PAM, assinale na coluna à ESQUERDA.

Não realiza	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM	E	AE	AO SD	M	O
	1. Administrar medic. oral					
	2. Administrar medic. parenteral					
	3. Acompanhar pac. em ambulância					
	4. Auxiliar o médico no ex.físico					
	5. Auxiliar pac. na deambulação					
	6. Aux.pac.em cadeira de roda/maca					
	7. Colocar goteira de gesso					
	8. Colocar aparelho de gessado					
	9. Colocar e ret. comadre/compadre					
	10. Executar imobilizações					
	11. Executar curativos					
	12. Executar retirada de "pontos"					
	13. Executar sondagem vesical					
	14. Executar inalações					
	15. Executar instilações(ocular/ORL)					
	16. Fazer colheita de material p/labor.					
	17. Preparar ambiente p/exame médico					
	18. Prep. pac. para exame médico					
	19. Prep. material p/ esterilização					
	20. Observar pac. em repouso					
	21. Aplicar doses de vacina					
	22. Realizar consulta de enfermagem					
	23. Realizar pré-consulta					
	24. Realizar pós consulta					
	25. Realizar visita domiciliária					
	26. Real. entrevista c/ cliente/paciente					

Não rea liza	ATIVIDADES DE ENFERMAGEM	E	AE	AO SD	M	O
	27. Real. entrevista c/ família do pac.					
	28. Real.palestra/orientação em grupo					
	29. Realiza encaminhamentos					
	30. Retira goteira/aparelho gessado					
	31. Verificar peso/altura					
	32. Verificar PA					
	33. Verificar TPR					
	34. Administrar Unidade ou setor do PAM					
	35. Coleta dados estatísticos					
	36. Controla material					
	37. Controla entorpecentes					
	38. Coordena reuniões c/ pessoal de enf.					
	39. Requisita material (perm. e consumo)					
	40. Requisita medicamentos					
	41. Supervisiona pessoal de enfermagem					
	42. Ministra curso (ex.preparação p/ parto)					
	43. Orienta estagiários de enfermagem					
	44. Realiza treinamento de pessoal					
	45.					
	46.					
	47.					
	48.					
	49.					
	50.					

28. Sobre as atividades que V. assinalou na coluna à ESQUERDA. como "não realiza", escreva o que V. considera o MOTIVO PRINCIPAL - (APENAS UM) pela sua "não realização":

28.1. Não é atribuição da enfermagem ☐

28.2. Falta de preparo ☐

28.3. Falta de tempo ☐

28.4. Falta de material ☐

28.5. Falta de pessoal ☐

28.6. Outro ☐ qual?

29. Das atividades enumeradas no quadro abaixo, assinale as que seriam EXEQUÍVEIS na situação atual, mas que NÃO ESTÃO SENDO REALIZADAS. Assim, por exemplo, V. considera que é possível desenvolver programa de controle de pacientes portadores de diabetes, mas V. não dispõe de sala. Então V. deve fazer um X na casela - nº 54. Ou, se o PAM conta com um bom serviço de Pré Natal, mas não é feito o atendimento da gestante sadia por enfermeira, porque há número suficiente de obstetras lotados no Posto, V. deve assinalar a casela nº 16. Se V. considera uma ou mais atividades totalmente inexecutáveis ou inaplicáveis, marque na última casela, à direita, da atividade correspondente.

ATIVIDADES ou PROGRAMAS de SAÚDE EXEQUÍVEIS	Motivo PRINCIPAL pela NÃO EXECUÇÃO (apenas UM)							
	falta de pre- paro do pes- soal de enf.	falta de tem- po da enfer- meira	falta de ma- terial	falta de área física	falta de pes- soal	nº médicos em nº suficiente	Outro:	Inexequível
29.1. Notificação de doenças à Secretaria de Saúde	01	02	03	04	05	06	07	08
29.2. Programa de controle de gestante sadia	11	12	13	14	15	16	17	18
29.3. Programa de controle de criança sadia	21	22	23	24	25	26	27	28
29.4. Programa de controle de cardíacos cron.compensados	31	32	33	34	35	36	37	38
29.5. Programa de controle de hipertensos compensados	41	42	43	44	45	46	47	48
29.6. Programa de controle de diabéticos compensados	51	52	53	54	55	56	57	58
29.7. Programa de controle de esquistossomóticos	61	62	63	64	65	66	67	68
29.8. Outro:	71	72	73	74	75	76	77	78

Nota: Se alguma(s) atividade(s) acima estiver(em) sendo realizada(s) registre-a(s) numa das linhas ao final da questão 27.

30. Se V. quisesse implantar uma rotina NOVA de enfermagem no seu - Serviço, V. contaria com o apoio de sua Chefia Imediata?

30.1. Sim ☐

30.2. Não ☐

30.3. Não sei ☐

DATA: _____

MUITO OBRIGADA PELA VALIOSA COLABORAÇÃO!

SRSP - 521-004.4 - Av. 9 de Julho, 611 - 2º andar - s/216 - São Paulo

A N E X O 2

TOTAL DO NÚMERO DE ATIVIDADES LEVANTADAS, POR CATEGORIA PROFISSIONAL E PROCEDÊNCIA, 1982

Atividades	categoria profis. e procedên- cia		ENF		A E		AOSD		Médico		Outros		Sem resp.		Não rea- liza	
	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ
1.Adm. medic. oral	60	126	85	189	14	72	-	1	-	6	553	-	3	15	15	
2.Adm. med. parent.	77	163	98	197	4	40	-	-	-	4	583	-	2	4	6	
3.Acomp. pac. em amb.	15	28	51	110	43	103	2	35	9	38	434	-	3	26	37	
4.Aux. med. no ex. físico	38	104	79	173	46	117	-	1	1	10	569	-	9	7	8	
5.Aux. pac. na deambul.	31	69	60	127	52	138	-	4	15	26	522	-	8	27	39	
6.Aux. pac. cad. roda/maca	37	62	73	120	64	155	-	4	15	56	586	-	5	10	14	
7.Colocar goteira gesso	11	7	28	57	1	32	11	21	-	9	177	-	13	66	124	
8.Colocar ap. gessado	9	7	19	62	3	35	14	29	-	8	186	-	9	72	124	
9.Colocar e retirar com/comp.	23	77	48	144	51	126	-	5	-	6	480	-	4	38	45	
10.Executar imobilizações	47	71	72	144	7	73	15	26	-	4	459	-	7	26	47	
11.Executar curativos	64	120	96	193	10	58	10	27	-	5	583	-	3	3	2	
12.Executar retir. "pontos"	58	114	91	152	6	40	15	78	1	2	557	-	4	9	8	
13.Executar sondagem vesic.	37	127	62	119	1	24	13	33	-	-	416	-	5	36	38	
14.Executar inalações	41	90	76	155	12	58	1	6	-	3	442	1	8	26	36	
15.Executar instilações	30	59	59	120	14	44	15	47	-	4	392	-	7	32	47	

Atividades	categoria profis. e procedência		ENF		A E		AOSD		Médico		Outros		TOTAL		Sem resp.		Não rea- liza	
	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ
16.Fazer colh.mat.labor.	2	32	7	61	1	33	11	25	27	49	248	-	7	64	84			
17.Preparar amb.p/ex.méd.	30	82	75	182	73	142	-	2	1	11	598	-	-	4	4			
18.Prep. pac. p/ ex. méd.	33	86	77	187	57	137	-	2	-	7	586	-	5	8	4			
19.Prep. mat. p/estereliz.	35	66	77	194	62	134	-	1	3	12	584	-	3	5	2			
20.Observar pac. repouso	70	157	87	183	24	62	3	7	-	6	599	-	3	11	14			
21.Aplicar doses vacina	47	141	66	167	-	30	-	2	-	1	454	-	3	36	24			
22.Realizar consulta enfgem.	36	121	4	2	-	-	-	2	-	-	165	-	5	66	86			
23.Realizar pré-consulta	59	110	52	39	19	15	-	1	-	-	295	-	11	29	77			
24.Realizar pós-consulta	68	125	50	31	13	3	-	3	-	-	293	-	9	29	75			
25.Realizar visita domiciliar	5	20	7	17	-	6	-	11	-	7	73	1	12	94	161			
26.Realizar entr.cliente/pac.	70	139	23	17	7	5	1	21	5	7	295	-	5	31	57			
27.Realizar entr.família do pac.	60	129	23	18	5	6	4	21	15	23	304	-	8	35	64			
28.Realizar pales./orient.grupo	60	149	23	7	1	2	3	15	2	18	280	1	3	39	58			
29.Encaminhamentos	74	104	67	58	46	45	20	88	18	22	542	-	6	5	15			
30.Retir.goteira/ap.gessado	14	11	48	66	1	36	8	19	-	4	207	-	9	51	123			
31.Verificar peso/altura	49	94	74	167	49	110	1	12	-	11	567	-	4	15	22			
32.TPR	72	148	97	185	12	65	22	55	-	3	659	-	-	-	7			
33.PA	63	130	91	191	38	101	5	30	-	5	654	-	2	3	6			

Atividades	categoria profis. e procedência		ENF		A E		AOSD		Médico		Outros		Sem resp.		Não rea- liza		
	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	SP	RJ	TOTAL	SP	RJ	SP	RJ
34.Adm. Unidade ou setor PAM	88	173	4	5	-	1	8	36	8	28	351	1	8	9	9		
35.Dados estatísticos	90	166	39	65	27	40	-	9	15	42	493	-	3	6	4		
36.Controle material	85	191	58	62	30	29	1	1	3	24	484	-	1	1	3		
37.Controle entorpecentes	80	189	21	21	2	4	-	4	3	10	334	-	5	17	9		
38.Coord. reuniões pes. enf.	94	202	-	-	-	-	1	8	-	2	307	-	3	9	8		
39.Requis. material	96	202	13	9	7	2	-	5	5	14	353	-	2	3	2		
40.Requis. medicamentos	96	203	17	5	7	3	-	4	4	13	352	-	3	2	1		
41.Supervisiona pess. enfg.	101	206	-	3	-	-	-	-	-	1	311	-	3	2	3		
42.Curso	31	87	3	-	-	-	2	26	2	8	159	-	15	70	103		
43.Orient.estagiários enfermeiro	25	97	-	-	-	-	-	2	-	-	124	-	5	78	111		
44.Treinamento pessoal	75	182	-	1	-	-	-	3	-	3	264	1	3	27	28		
45.Notif. doenças	34	79	9	1	1	-	9	22	3	2	160	65	125	-	1		
46.Contr.gestante sadia	10	26	4	-	-	-	1	13	1	1	56	92	182	-	-		
47.Contr. criança sadia	10	32	8	1	-	-	-	18	-	8	77	93	179	-	-		
48.Contr. cardíacos	-	11	-	-	-	-	-	2	-	-	13	103	201	-	-		
49.Contr. hipertensos	5	16	5	-	-	-	3	3	-	-	32	98	195	-	-		
50.Contr.diabéticos	11	26	5	2	-	-	5	9	-	8	66	92	187	-	-		
51.Outros	25	11	18	-	5	-	2	7	-	7	75	75	202	-	-		

ANEXO 3:

Recursos disponíveis nos serviços próprios dos
PAM, em SP e Rio, 1981.

RECURSOS	ESTADOS		
	SP	RJ	Total
1. Materiais			
Nº de PAM	94	71	165
Consult. médicos	1449	2058	3507
Leitos de repouso (observ.)	94	815	909
Equipos odontológicos	123	239	362
2. Humanos			
Médicos	3171	5053	8224
Odontólogos	223	612	835
Enfermeiros	101	289	390
Farmacêuticos	19	63	82
Bioquímicos	-	9	9
Assist. sociais	81	172	253
Nutricionistas	6	78	84
Psicólogos	3	15	18
Tec. de reabilitação	9	9	18
Outras categ. nível sup.	17	24	41
Laboratoristas	11	73	84
Auxiliar de laboratório	9	14	23
Téc. de laboratório	24	137	161
Téc. de radiologia	89	275	364
Auxiliar de fisioter.	1	32	33
Auxiliar de enfermagem	792	1224	2016
Auxiliar óp.de serv.div.	1081	2172	3253
Agente administrativo	1168	980	2148
Datilógrafos	76	214	290
Outras cat.nível médio	270	2029	2299
Total	7151	13.474	20.625

Fonte: INAMPS em dados, vol. II, 1981.

ANEXO 4

Serviços produzidos nas unidades próprias
dos PAM, de SP e RJ, 1981

Serviços produzidos	ESTADOS		
	SP	RJ	Total
1. Consultas: médicas	10.342.107	14.732.265	25.074.372
odontológicas	394.896	1.463.790	1.862.686
2. Diagnose: RX (exames)	198.785	985.276	1.184.061
patologia clínica	410.805	4.831.391	5.242.196
outros ex.especializ.	128.887	715.679	844.566
3. Terapia: peq. cirurgia	38.226	121.719	159.945
fisioterapia	371.392	913.894	1.285.286
radioterapia	6	22.611	22.617
hemoterapia	481	11.311	11.792
hemodiálise	-	8.021	8.021
quimioterapia	3.995	20.265	24.260
curativos	757.931	11090.928	1.848.859
vacinas	172.814	312.073	484.887
inaloterapia	155.445	477.929	633.374
imobilização	195.162	218.032	413.194
odontologia	582.862	2.100.087	2.682.949
outros	538.277	2.802.764	3.341.041
Total	14.292.071	30.828.035	45.120.106

Fonte: INAMPS em dados, 1981.

ANEXO 5

Assistência ambulatorial nos
serviços próprios do INAMPS,
1982.

Recursos disponíveis	ESTADOS		
	SP	RJ	
1. Materiais			
Nº de PAM	101	75	176
Consultórios médicos	1.547	2.044	3.591
Leitos de repouso (observ.)	115	428	543
Equipos odontológicos	131	254	385
2. Humanos			
Médicos	3.327	5.192	8.519
Odontólogos	229	598	827
Enfermeiros	112	311	423
Farmacêuticos	24	77	101
Bioquímicos	-	14	14
Assist. sociais	122	218	340
Nutricionistas	6	90	96
Psicólogos	6	19	25
Tec. em reabilitação	10	21	31
Outras categ.-Nível Sup.	33	67	100
Laboratoristas	12	73	85
Tec. de laboratório	25	145	170
Aux. de laboratório	7	27	34
Tec. em radiologia	96	300	396
Aux. de fisioterapia	3	25	28
Aux. de enfermagem	844	1.367	2.211
Aux. oper. de serv.div.	959	2.048	2.997
Agentes administrativos	1.265	1.837	3.102
Datilógrafos	86	248	331
Outras categ. nível médio	437	2.364	2.801
Total de Recursos Humanos	7.593	15.041	22.634

Fonte: INAMPS em dados, 1982.

ORGANOGRAMA BÁSICO

CONVENÇÕES:

—	Subordinação Administrativa e Técnica	- - -	Vinculação Administrativa
.....	Vinculação Técnica	- - -	Coordenação Gerencial
- - -	Coordenação		

ANEXO 7

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

SIGLAS

1. ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
2. BS/DG - Boletim de Serviço da Direção Geral
3. CIE - Conselho Internacional de Enfermeiras
4. CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
5. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
6. COFEN-NN - Conselho Federal de Enfermagem - Normas e Notícias
7. CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
8. COREN - Conselho Regional de Enfermagem
9. DAI - Direção e Assistência Intermediária
10. DAS - Direção e Assessoramento Superior
11. DASP - Departamento de Administração do Serviço Público
12. DG - Direção Geral
13. INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
14. MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
15. MS - Ministério da Saúde
16. OMS - Organização Mundial de Saúde
17. OPS ou OPAS - Organização Panamericana de Saúde
18. NUTES/CLATES - ou NUTES/UFRJ e CLATES/OPS - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Organização Panamericana de Saúde.
19. PAM - Posto ou Postos de Assistência Médica
20. PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

- 21. PU - Posto de Urgência
- 22. RJ - Rio de Janeiro
- 23. SP - São Paulo
- 24. SPA - Serviço de Primeiro Atendimento
- 25. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- 26. UPE - Unidade de Pacientes Externos

ABREVIATURAS

- 1. Acomodação do enf. - acomodação do enfermeiro
- 2. Acomp. pac. amb. - acompanhar paciente em ambulância
- 3. Adm. aplic. Enfg. - administração aplicada à Enfermagem
- 4. Adm./buroc. - administrativa-burocrática
- 5. Adm. hospitalar - administração hospitalar
- 6. Adm. med. oral - administração de medicação oral
- 7. Adm. parent. - administração de medicação parenteral
- 8. Adm. unid. ou setor PAM - administração de unidade ou setor do
Posto de Assistência Médica
- 9. Assist. direta - assistência direta
- 10. AE ou Aux. enfg. - auxiliar de Enfermagem
- 11. AOSD - auxiliar operacional de serviços diversos
- 12. Ap. resp. - aparelho respiratório
- 13. Aux. med. no ex. físico - auxiliar o médico no exame físico
- 14. Aux. pac. na deamb. - auxiliar o paciente na deambulação
- 15. Aux. pac. cad.rodas/maca - auxiliar o paciente em cadeira de
rodas/maca
- 16. Aux. port. - auxiliar de portaria
- 17. Boa organiz. serv. - boa organização do serviço
- 18. Bons rec. fis. e mat. - bons recursos físicos e materiais
- 19. Bons rec. humanos - bons recursos humanos

20. Cad. rodas - cadeira de rodas
21. Colheita de mat. p/lab. - colheita de material para laboratório
22. Coloc./retir. com./comp. - colocar ou retirar comadre ou compadre
23. Colocar ap. gessado - colocar aparelho gessado
24. Conf./pal./enfg. - conferências e palestras sobre Enfermagem
25. Cong. Bras. Enfg. - Congresso Brasileiro de Enfermagem
26. Contr. card. cron. comp. - controle de cardíacos crônicos compensados
27. Contr. diab. comp. - controle de diabéticos compensados
28. Contr. hipert. comp. - controle de hipertensos compensados
29. Contr. esquistoss. - controle de esquistossomóticos
30. Coord. reuniões c/pessoas enfg. - coordena reuniões com pessoal de enfermagem
31. C. Atualiz. - cursos de atualização
32. C. Treinam. - cursos de treinamento
33. Dific. c/chefia - dificuldades com a chefia
34. Divers. campos trab. - diversidade de campos de trabalho
35. Educ. ou educat. - educativo ou educativa
36. Enf. ou Enfº. - enfermeiro
37. Enfg. - enfermagem
38. Enfg. Med. Cir. - enfermagem médico-cirúrgica
39. Enfg. Obstétrica - enfermagem obstétrica
40. Enfg. Pediátrica - enfermagem pediátrica
41. Enfg. Saúde Públ. - enfermagem de saúde pública
42. Enfg. Trabalho - enfermagem do trabalho
43. Ex. prep. p/parto - Exemplo = preparação para o parto
44. Falta de rec. hum. - falta de recursos humanos
45. Falta valor. enf. - falta de valorização do enfermeiro
46. Falta de profis. qualificados - falta de profissionais qualificados

- 47. Falta estrut. adm. - Falta de estrutura administrativa
- 48. Gin. infantil - ginecologia infantil
- 49. Isolam. enf. inter. - isolamento de enfermeiras do interior do Estado
- 50. Jornada Enf. - Jornadas de Enfermagem
- 51. Lic. em Enfg. - Licenciatura em Enfermagem
- 52. Línguas estrang. - línguas éstrangeiras
- 53. Mã distrib. pessoal - mã distribuição de pessoal
- 54. Medic. oral - medicação oral
- 55. Não é atrib. enfg. - não é atribuição da enfermagem
- 56. Não é ativ. do Posto - não é atividade do Posto
- 57. Notific. doenças - notificação de doenças
- 58. Orient. trab. em equipe - orientação e trabalho em equipe
- 59. Outras conf./pal. - outras conferências e palestras
- 60. Outros cursos não enfg. - outros cursos não da área de enfermagem
- 61. Outros cursos univ. - outros cursos universitários
- 62. PA - Pressão arterial
- 63. Pedag. did. aplic. enfg. - pedagogia e didática aplicada à Enfermagem
- 64. Planejam. saúde - planejamento de saúde
- 65. Prep. de amb. p/exam. médico - preparo do ambiente para exame médico
- 66. Prep. de mat. p/esteril. - preparo de material para esterilização
- 67. Prep. pac. p/ex. médico - preparo do paciente para exame médico
- 68. Possib. aplicar proc. enfg. - possibilidade de aplicar processo de enfermagem
- 69. Possib. realizar pesq. - possibilidade de realizar pesquisa
- 70. Realizar entr. cliente/pac. - realizar entrevistas com clientes ou paciente

71. Realizar entr. família do pac. - realizar entrevistas com a família do paciente
72. Realizar pal./orient. grupo - realizar palestras e orientações em grupo
73. Repr. reg. enfg. - representação regional da enfermagem
74. Retir. got./ap. gessado - retirar goteira ou aparelho gessado
75. Retir. "pontos" - retirada de "pontos" cirúrgicos
76. Superv./avaliação - supervisão e avaliação
77. TPR - temperatura, pulso e respiração
78. Treinam. aperfeiçoam. - treinamento e aperfeiçoamento
79. Uniform. de assist. - uniformidade de assistência
80. Valoriz. p/adm. - valorização pela administração
81. Verif. peso/altura - verificar peso e altura
82. Verif. TPR - verificar temperatura, pulso e respiração