

# ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE NO INAMPS EM SÃO PAULO E NO RIO DE JANEIRO — CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO \*

*Taka Oguisso \*\**

OGUISSO, T. Assistência primária de saúde no INAMPS em São Paulo e no Rio de Janeiro — contribuição do enfermeiro. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 19(2): 173-186, 1985.

## INTRODUÇÃO

O tema para realização deste estudo foi escolhido com base nos postulados da Declaração de Alma-Ata, de que a “assistência primária de saúde constitui a chave para que a meta — Saúde para Todos — seja atingida como parte do desenvolvimento, conforme o espírito de justiça social” <sup>7</sup>.

Esse documento refere ainda que “todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para iniciar e manter a assistência primária de saúde como parte de um sistema completo e em coordenação com outros setores” <sup>7</sup>.

A assistência primária de saúde constitui, pois, tema internacional de interesse de instituições como a OMS, OPS e UNICEF, como também de interesse do Brasil, que, ao adotá-la, preferiu a expressão “serviços básicos de saúde”.

Essa expressão, ao contrário da “assistência primária”, não contém explícita indicação de hierarquia do nível de atendimento ou de porta de entrada do sistema e pode abranger ações de outros níveis, inclusive internação em quatro áreas básicas, como já estabelecia o ante-projeto PREV-SAÚDE <sup>5</sup>.

Em consonância com as recomendações daquelas organizações internacionais, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social” <sup>4</sup>.

---

\* Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1985. (Apresentação condensada.)

\*\* Enfermeira. Doutor e Livre Docente pela UFRJ. Professor Assistente Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP — disciplina *História e Legislação da Enfermagem e da Obstetrícia*.

Esse documento salientou, entre os pontos principais para a ampla reforma sugerida, “prioridade maior às ações primárias de saúde e integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado”<sup>4</sup>.

O Conselho Diretor da OPS, na Resolução XIX, de 1º de outubro de 1980, “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 no sentido de definir e oficializar as funções ampliadas da enfermeira, para que ela possa assumir maiores responsabilidades na prestação da assistência primária”<sup>10</sup>.

Escolhido o tema, foi decidido estudá-lo nos serviços ambulatoriais próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em São Paulo e no Rio de Janeiro. Foram excluídos os serviços contratados ou conveniados, a fim de limitar o estudo e obter resultados mais específicos.

Ao INAMPS, como uma das autarquias do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), legalmente compete a “prestação de assistência médica nas modalidades ambulatorial, hospitalar e domiciliar, incluindo a assistência social e de enfermagem”<sup>3</sup>.

Embora na área hospitalar devam também existir atividades de enfermagem de saúde pública, para o levantamento de dados foi feita opção pelos serviços ambulatoriais, por estarem estes tradicionalmente mais relacionados com os serviços de saúde pública.

A escolha dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro fundamentou-se não apenas na proximidade geográfica, que facilitaria a coleta de dados pela autora, mas também no fato de essas duas unidades federadas, pela sua elevada concentração industrial apresentarem problemas sanitários próprios de regiões desenvolvidas, ao mesmo tempo em que diferiam da realidade dos demais Estados.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem<sup>9</sup>, nesse eixo São Paulo - Rio estão concentrados quase 50% da população total de enfermeiros atualmente em exercício. Até março de 1982, conforme tabela, 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 totalizava 10.560 (47,9%) profissionais para esses dois Estados, contra 11.499 (52,1%) para os demais Estados do país.

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

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

Estados	Instituições			
	COFEN		INAMPS	
	Nº	%	Nº	%
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	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>22.059</b>	<b>100,0</b>	<b>3.105</b>	<b>100,0</b>

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

Depto. Adm. Médica — SMS/INAMPS Rio de Janeiro, mar. 1982.

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

### OBJETIVOS

Constituiram objetivos deste estudo:

#### *Identificar:*

- 1) 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;
- 2) os fatores que influenciam no desempenho profissional do enfermeiro;

#### *Verificar:*

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

### METODOLOGIA

*População* — Embora a assistência primária de saúde deva ser desenvolvida por equipe multiprofissional, optamos por uma única categoria profissional — a do enfermeiro — como população-alvo, devido à necessidade de delimitar o problema e à facilidade de realização do estudo pelo melhor conhecimento das dificuldades e problemas dessa profissão;

e, ainda, porque há muito pouco estudo publicado na área de enfermagem, se comparada com outras profissões.

A população abrangida nesta investigação representou a totalidade de enfermeiros do INAMPS, lotada nos serviços ambulatoriais ou Postos de Assistência Médica (PAM) localizados nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Essa população é constituída por 394 enfermeiros; deste total foram excluídos 13 no Rio de Janeiro e 5 em São Paulo por terem respondido ao pré-teste, restando 376 profissionais atingidos pelo estudo.

Do total de 376 enfermeiros consultados por questionário, houve retorno de 316 respostas, ou seja, 84,0%, das quais 314 (78,0%) do Rio de Janeiro e 103 (100,0%) de São Paulo.

*Variáveis* — e sua categorização:

- 1) Caracterização da população: sexo, estado civil, faixa etária, ano de formatura na Escola de Enfermagem, outros cursos ou formas de educação continuada, ano de admissão na Previdência Social, regime de trabalho, exercício de cargo ou função de chefia, local de trabalho.
- 2) Fatores institucionais ou organizacionais que influenciam no desempenho profissional: 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.
- 3) Assistência primária de saúde: tipos de atividades de rotina do enfermeiro, atividades rotineiras de enfermagem no PAM, motivos de sua não execução e obstáculos à realização de algumas atividades ou programas de saúde.

Propositadamente, no instrumento de pesquisa não foi utilizada a expressão “assistência primária de saúde”, para evitar que as respostas fossem viciadas pela idéia, certa ou errônea, que o profissional poderia ter sobre a matéria; também 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 dos que já executavam alguma atividade ou programa de saúde listados no questionário; foi preferida a palavra “motivo”, com significado de causa ou razão.

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

*Instrumento* — O instrumento para coleta de dados foi um questionário com 7 folhas, incluída a página de rosto com instruções para preenchi-

mento, apresentando predominantemente questões para respostas fechadas.

A distribuição e devolução dos questionários foi feita com a colaboração das chefes de Equipe de Enfermagem nos dois Estados, utilizando-se o malote da instituição.

A tabulação foi feita pelo computador da Universidade de São Paulo.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando a exigüidade de espaço, a presente análise delimitar-se-á aos resultados referentes à assistência primária de saúde.

Confrontando-se as ações específicas de assistência primária de saúde baseadas em recomendações internacionais e nacionais, com as atividades de enfermagem realizadas nos PAM, verificou-se que muitas delas já vinham sendo executadas rotineiramente; outras eram executadas isoladamente, mas não com a mesma freqüência, e outras seriam exequíveis, mas não vinham sendo realizadas por falta de área física e de pessoal, ou porque havia médicos em tal quantidade que excluía a atuação do enfermeiro.

De acordo com recomendações acima referidas, o profissional de enfermagem não pode limitar-se a desenvolver atividades apenas em função da consulta médica, pois, está preparado para desenvolver outras tarefas ligadas aos cuidados de saúde, seja na implantação seja na manutenção dos serviços básicos de saúde.

O próprio médico e professor BRAGA<sup>2</sup> escrevia, em 1983, ter chamado a atenção nos debates, durante a 32ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, em maio de 1979, para a “excessivamente discreta importância concedida ao médico e à enfermeira — elementos-chave de qualquer equipe de saúde”. Este afirma ainda: “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”.

Outra aspecto a ser considerado é o da tecnologia apropriada para a saúde, ou seja, tecnologia mais simplificada, de menor custo e comprovada eficácia.

Enfermeiros e equipe de enfermagem poderão estudar melhor 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.

A OMS<sup>11</sup> tem mostrado claramente o fato de que “boa saúde significa mais do que boa medicina”, e de que “a provisão de cuidados primários é uma extensão natural da prática de enfermagem”<sup>12</sup>.

Nos PAM do INAMPS, a enfermagem atuava subsidiariamente em torno da consulta médica, que é considerada a atividade principal e a mais importante; assim, quase todos os enfermeiros mencionaram a execução de tarefas que precediam ou sucediam a consulta médica. Havia também tarefas que eram realizadas de forma independente de prescrição médica, mas com base em orientações gerais da administração (encaminhamentos); em orientação de outros órgãos (vacinações, vigilância epidemiológica), em conhecimentos técnicos específicos (consulta de enfermagem, visita domiciliária, observação do paciente em sala de repouso, prestação de cuidados de conforto).

De todas essas atividades, as realizadas mais freqüentemente eram aquelas que giravam em torno da consulta médica e as menos executadas eram as tarefas referentes a programas de saúde.

Havia muitos enfermeiros que se manifestaram capacitados para desenvolver atividades de programas de saúde e de controle de portadores de doenças crônicas comuns; na verdade 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 impossibilitava a execução de assistência pós-consulta mais complexa e de outras orientações específicas para todos os clientes consultados.

Conforme foi verificado, as atividades desempenhadas com maior freqüência pelos enfermeiros eram: supervisão do pessoal de enfermagem e as atividades de cunho administrativo-burocrático; pelos auxiliares de enfermagem, administração de medicamentos, execução de curativos e verificação de sinais vitais; pelos atendentes de enfermagem ou auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD), preparo de material e do ambiente para consulta e auxílio no transporte de pacientes.

Uma análise mais 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: a imobilização.

Na verdade, os enfermeiros indicaram quase todas as atividades listadas no questionário como sendo executadas rotineiramente pelos atendentes ou AOSD, exceto as de consulta de enfermagem, supervisão de pessoal ou coordenação de reuniões de serviço e atividades de programas de saúde e de controle de pacientes com doenças e lesões comuns.

Mesmo com escolaridade restrita à educação de 1º grau e sem qualificação profissional alguma, a não ser a ministrada através de treinamento em serviço, as atividades desses atendentes ou AOSD incluíam medicação oral, parenteral, curativos, retirada de pontos, inalações, insulações, vacinações, sondagens vesicais, além de entrevistas, orientação de clientes e as imobilizações 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. A expressão “consulta de enfermagem” constitui terminologia que começou a ser adotada recentemente por estudiosos e enfermeiros de saúde pública. Por essa razão, é possível que tenha havido problema conceitual dos dois enfermeiros que assinalaram essa atividade como sendo executada também por médicos.

A pré e pós-consulta constituem, em geral, atividades rotineiras nos Centros de Saúde, mas nos PAM são incomuns; e mesmo que o pessoal de enfermagem realize tarefas inclusas na pré e pós-consulta, não o faz de forma sistematizada e nem registra esses dados estatisticamente.

A consulta de enfermagem é considerada uma das atividades privativas do enfermeiro no Projeto de Lei nº 60/82<sup>8</sup> que, quando aprovado, irá dispor sobre o exercício da enfermagem.

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

Sem mencionar a expressão “assistência primária de saúde” este estudo levantou todas as atividades de rotina, independentemente do volume de execução; entre elas foram encontradas muitas perfeitamente enquadráveis como tarefas que conduzem à realização de assistência primária ou serviços básicos de saúde. Destaque-se 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 incluída nos serviços básicos, o enfermeiro poderia atuar realizando especificamente a consulta e prescrição de enfermagem.

O médico e professor BRAGA<sup>1</sup> já escrevia em 1965 que o enfermeiro “tem de se preparar para atividades de caráter tecnológico, relacionadas à arte de diagnosticar e de curar...”, enfatizando, porém, isso não significa que o enfermeiro tivesse “desejado invadir setores anteriormente monopolizados pelo médico”. Publicações da OMS/OPS e outras publicações estrangeiras vêm salientando a ocorrência de mudanças progressivas do papel do enfermeiro, apontando a necessidade do enfermeiro atuar mais em atividades clínicas e terapêuticas, especialmente junto à população rural ou pobre.

O mesmo autor reconhece que, na verdade, sempre coube ao enfermeiro a “responsabilidade de cuidar do paciente, sendo porém, agora, cada vez mais solicitado a desempenhar tarefas que anteriormente estavam só a cargo de 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 famí-

lias e das comunidades a que pertence. Paradoxalmente, à medida que essas necessidades se tornam mais claras, o enfermeiro, embora preparado 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”.

CÉSAR VIEIRA<sup>13</sup>, também médico e Coordenador de Recursos Humanos da OPS/OMS, analisando a situação do número total de enfermeiros registrados no COFEN em relação a 500 mil leitos hospitalares ou aos 10.000 Centros e Postos de Saúde, conclui que “é impraticável 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 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”.

Segundo CHAVES<sup>6</sup> “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”.

Diversos autores nacionais e internacionais demonstraram que a cobertura assistencial pode ser ampliada com a participação ativa de pessoal auxiliar devidamente treinado e orientado.

No Brasil, a Fundação SESP e o Ministério da Saúde realizaram esses tipos de experiências. Entretanto, paralelamente e 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.

Esse modelo de assistência curativista ainda existente na Previdência Social, ao valorizar mais a consulta médica do que as atividades dos demais profissionais, 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 específicas desses outros profissionais inclusive 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: alegação de que determinadas atividades não eram próprias do PAM, falta de pessoal e falta de área física.

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, 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 para a sua realização.

Apesar da maioria dos 316 enfermeiros consultados informar que não realizava atividades de programas de saúde pelos motivos já alegados, o programa de assistência à gestante sadia vinha sendo executado por 36 enfermeiros (11,4%); o de assistência à criança sadia, por 42 (13,3%) enfermeiros. O programa de controle de cardíacos já vinham sendo feitos por 11 enfermeiros, de hipertensos por 21, de diabéticos por 37 e outros programas diversificados por 36 profissionais. Também a atividade de notificação de doenças à Secretaria de Saúde já vinha sendo feita por 113 enfermeiros (35,8%). Em vista desse fato, a Previdência Social poderia incrementar a realização dos programas prioritários de saúde, utilizando pessoal auxiliar devidamente capacitado.

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) pré e pós-consulta;
- e) vacinação;
- f) visita domiciliar;
- g) administração de medicamentos prescritos e/ou padronizados;
- h) encaminhamentos;
- i) execução de procedimentos, tais como: curativos, inalacões, ins-tilações, oxigenioterapia, verificação de sinais vitais e dados antropo-métricos.

Muitas ações prioritárias, previstas no conceito de assistência pri-mária de saúde, poderiam ser multiplicadas nos PAM do INAMPS, nas periferias e comunidades pequenas, com aproveitamento de auxiliares de enfermagem e atendentes treinados e supervisionados por enfermeiros.

Tais ações englobariam: assistência materno-infantil, inclusive pla-nejamento familiar, e outras ações, como controle de doenças localmente endêmicas e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; métodos para sua prevenção e controle, fornecimento de medicamentos essenciais, além de educação sobre problemas de saúde.

Por meio de curtos programas de treinamento, enfermeiros do INAMPS poderiam ser capacitados para contribuir mais direta e eficaz-mente nos PAM, na periferia das capitais e no interior, para implan-tação e manutenção dos serviços básicos de saúde.

A contribuição do enfermeiro nos PAM do INAMPS, em termos de assistência primária ou serviços básicos de saúde, dentro do espírito do Plano CONASP, poderia ser efetivada por meio de:

- a) continuidade de ações que já vinham sendo realizadas;
- b) estímulo ao desenvolvimento de atividades preventivas e educativas a favor de indivíduos ou grupos de 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 domiciliária;
- e) incentivo à utilização de terapêuticas alternativas;
- f) participação na equipe multiprofissional dos Postos para planejamento operacional de programas e projetos de saúde;
- g) participação em estudos para implantação de ações integradas de saúde nos PAM.

A criação da Coordenadoria de Enfermagem na Direção Geral foi um passo decisivo para o reconhecimento e ampliação do espaço profissional do enfermeiro na administração do INAMPS. Sua implantação e organização a nível central, assim como sua projeção nas superintendências, podem viabilizar um processo sistematizado da assistência de enfermagem, que a torne mais compatível com a formação acadêmica do profissional e mais consentânea às necessidades da clientela.

Entretanto, para que a contribuição do enfermeiro na implantação dos serviços básicos de saúde possa realmente efetivar-se, seriam necessárias outras providências administrativas que pudessem atuar como reforço; tais providências deveriam 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 do CONASP<sup>4</sup> e nos convênios de Ações Integradas de Saúde. Outras medidas administrativas seriam: treinamento de enfermeiros e auxiliares de enfermagem para execução de atividades clínicas e terapêuticas mais simples, delimitação de espaço físico nos PAM para implementação de atividades educativas; manutenção de enfermeiros com formação específica em saúde pública lotados nos setores de atendimento ambulatorial; incentivo ao desenvolvimento de programas prioritários de saúde.

Os casos patológicos já triados seriam encaminhados aos médicos para atendimento especializado. A esses pacientes seria dada assistência completa com utilização total de recursos tecnológicos disponíveis para diagnóstico e tratamento.

## CONCLUSÕES

Os resultados colhidos na presente investigação permitem várias conclusões referidas a seguir:

- I) Características pessoais e profissionais dos enfermeiros eram:
- 1) sexo — feminino (89,3%)
  - 2) estado civil — casado (63,6%)
  - 3) faixa etária — 30 a 49 anos (69,2%)
  - 4) formatura na Escola de Enfermagem — décadas de 60 e 70 (68,8%)
  - 5) admissão na Previdência Social — década de 70 (58,4%)
  - 6) regime de trabalho — CLT (67,2%)
  - 7) conclusão de cursos de habilitação — sim (71,5%). Dentre estes, 30,0% em Saúde Pública; e 24,7% em administração hospitalar;
  - 8) outras formas de educação continuada — sim (82,9%)

II) Fatores institucionais e organizacionais que influenciavam favoravelmente o desempenho profissional dos enfermeiros:

- 1) presença de enfermeiros nas coordenadorias regionais — 84,2%
- 2) campo adequado para desenvolvimento profissional — 62,6%. Porém, 29,9% responderam que não havia possibilidade de desenvolvimento. Os motivos alegados para esta resposta foram: tipo de política administrativa, excesso de rotinas administrativas, falta de recursos humanos de enfermagem e falta de valorização do enfermeiro;
- 3) apoio da chefia para implantação de rotina nova — sim 81,5%
- 4) satisfação no trabalho — sim 89,6%
- 5) supervisão do trabalho de enfermagem — sim 74,5%
- 6) reuniões de serviço — sim 87,2%

III) Atividades desempenhadas por enfermeiros nos PAM:

- 1) supervisão do pessoal de enfermagem — 39,4%
- 2) assistência direta aos clientes — 32,8%
- 3) ações educativas — 12,4%
- 4) tarefas administrativo-burocráticas — 12,0%
- 5) treinamento de pessoal — 3,4%

IV) Atividades de assistência primária de saúde executadas nos PAM, segundo os enfermeiros:

- 1) atividades assistenciais subsidiárias:
  - a) verificação de sinais vitais e dados antropométricos
  - b) medicação oral e parenteral

- c) sondagem vesical
  - d) curativos e retirada de “pontos” cirúrgicos
  - e) instilações, inalações e oxigenioterapia
  - f) preparo de pacientes para exame clínico
  - g) colheita de material para exame laboratorial
  - h) pré e pós-consulta
- 2) atividades assistenciais independentes:
- a) consulta de enfermagem
  - b) vacinação
  - c) identificação de clientes que necessitam de atendimento
  - d) visita domiciliária
  - e) observação de paciente em repouso
  - f) encaminhamentos
  - g) identificação de pacientes de alto risco
- 3) ações educativas para grupos:
- a) palestras
  - b) cursos sobre temas de saúde
  - c) treinamento em serviço do pessoal auxiliar
- 4) tarefas técnico-administrativas
- a) supervisão do pessoal de enfermagem
  - b) administração do setor sob sua responsabilidade
  - c) preenchimento e/ou encaminhamento da notificação de doenças
  - d) preparo de material para esterilização
  - e) requisição e controle de material e medicamentos
  - f) coordenação de reuniões de serviço
- V) Obstáculos ao desempenho do enfermeiro:
- 1) falta de pessoal de enfermagem
  - 2) falta de área física
  - 3) existência de médicos em grande número que exclua a atuação do enfermeiro

## VI) Contribuição do enfermeiro em três níveis de preparo adicional:

1) Sem necessidade de preparo adicional algum do enfermeiro e com possibilidade de implantação imediata, pela oficialização das atividades nos locais onde já vêm sendo realizadas: vacinação, injeções, curativos, atendimento simplificado de enfermagem, colheita de material, visita domiciliária, tarefas de vigilância epidemiológica, encaminhamentos, orientação de indivíduos ou grupos sobre cuidados com a saúde e com doenças mais freqüentes e de evolução previsível. Nos locais onde ainda não estiverem sendo realizadas, essas atividades devem ser incentivadas de imediato;

2) com curto treinamento complementar e algumas providências normativas, podem ser implantadas a médio prazo as seguintes atividades: participação em equipe para a execução de programas de assistência a portadores de moléstias crônicas comuns; administração de medicamentos ou tratamentos padronizados e utilização de terapêuticas alternativas como fitoterapia e outras;

3) com medidas administrativas e treinamento mais longo ou conclusão de cursos formais de especialização, o enfermeiro pode participar: no planejamento execução e avaliação de programas e projetos de saúde; na elaboração de critérios para hierarquização e regionalização dos serviços; na adequação de planos curriculares de enfermagem aos serviços básicos de saúde; utilização da estratégia de integração docente assistencial, educação continuada; redefinição de papéis profissionais da equipe de saúde e simplificação de técnicas e métodos de trabalho.

OGUISSO, T. Primary health care in the National Health Service in São Paulo and Rio de Janeiro: nurse's contribution. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 19(2):173-186, 1985.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAGA, E. Oração oficial. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 18(4):226-230, out. 1965.
2. BRAGA, E. Enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento no país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35º, São Paulo, 1983. *Anais*. Brasília, ABEn, 1983. p. 98-104.
3. BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto nº 72.771 de 6-9-73. *Diário Oficial*, Brasília, 10 set. 1973. (Supl. p. 1-22). Aprova o regulamento da Lei nº 3.807 de 26-8-60, com as alterações introduzidas pela Lei 5.890, de 8-6-73.
4. BRASIL. Leis, decretos, etc. Portaria nº 3.062 de 23-8-83. *Diário Oficial*, Brasília, 25 ago. 1983. p. 15.829. Aprova o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de serviços básicos de saúde — PREVSAÚDE: anteprojeto*. Brasília, 1980. 75p. (Mimeografado).
6. CHAVES, M.M. *Saúde: uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Dois, 1982. 92p.

7. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE, 1º, Alma-Ata, 1978. **Cuidados primários em saúde: relatório.** Brasília, OMS/UNICEF, 1979. 64p.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem brasileira em defesa de seus direitos.** Rio de Janeiro, 1980. 42p.
9. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **População de enfermagem cadastrada em 01-03-82. COFEN: Normas e Notícias,** Rio de Janeiro, 5(1):2, 1982.
10. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolucion XIX: Metas en materia de enfermería.** Washington, 1980. (Documento CD 27/FR — mimeografado).
11. TAYLOR, D. **A oportunidade de uma existência.** *Saúde Mundo*, Genebra: 2-5, set. 1983.
12. **Uma declaração sobre enfermagem em cuidados primários de saúde.** *Saúde Mundo*, Genebra: 23-25, jul. 1982.
13. VIEIRA, C.A.B. **Enfermagem e atenção à saúde no Brasil: contribuição para uma crítica.** Rio de Janeiro, NUTES/CLATES/FUNDAÇÃO KELLOGG, 1983. (Mimeografado).