

SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Nilda de Andrade¹, Eloine Alencar Queiroz de Oliveira²

ANDRADE, M. N. de & OLIVEIRA, E. A. Q. de
Supervisão do auxiliar de saúde em programa de
assistência primária à saúde. *Rev. Bras. Enf.*,
Brasília, 37(2): 90-101, 1984.

RESUMO. As autoras enfatizam a importância da supervisão no processo administrativo envolvendo aspectos educativos, de controle e de avaliação. Destacam que nos programas de assistência primária à saúde a supervisão contribui para a manutenção de padrões aceitáveis da assistência prestada à clientela e para o desenvolvimento profissional. Com base em experiências vivenciadas no PROJETO VITÓRIA da Universidade Federal de Pernambuco, descrevem as áreas de atividades e o perfil do Auxiliar de Saúde e a tentativa de encontrar um modelo de supervisão do trabalho realizado pelos mesmos, que operam em várias localidades, com a utilização da auto-avaliação da execução de tarefas, mediante a técnica de entrevista, orientada por uma listagem das tarefas. Dão informações sobre o recrutamento, seleção e treinamento, bem como apresentam os resultados da auto-avaliação e sugestões para implementação da supervisão e de programas de reciclagem do Auxiliar de Saúde.

ABSTRACT. The authors emphasize the importance of supervision in administrative process including education, control and evaluation. The supervision in the primary assistance program helps to maintain acceptable standards of assistance to population and to professional development. They describe their experience as a member of Vitória Project, the activities and role of health aid and the attempt to obtain a supervision model to be used in distinct local. They use auto-evaluation, interview and a task list. They showed information about recruitment, selection and training aids, evaluation results and suggestions to implant this kind of program.

INTRODUÇÃO

A supervisão representa, na gerência das empresas públicas e privadas, elemento de indiscutível importância no processo administrativo. Isto porque ela envolve aspectos educativos, de controle e de avaliação. É essencial para o desenvolvimento dos programas de saúde e das ações de enfermagem, contribuindo para a melhoria da assistência prestada à clientela e qualificação do pessoal responsável pela mesma.

Fica assim entendida a importância de promover-se supervisão programada para os diferentes níveis assistenciais, sobretudo nas áreas mais afastadas dos grandes centros ur-

banos dotados de maiores recursos técnicos e para pessoal de formação elementar.

Relata-se, neste trabalho a experiência de supervisão dos auxiliares de saúde nas atividades de assistência primária desenvolvidas no Programa de Saúde Comunitária — PROJETO VITÓRIA — da Universidade Federal de Pernambuco e Secretaria de Saúde do Estado. Procura-se ainda demonstrar a utilidade da auto-avaliação no processo de supervisão.

O PROGRAMA

O PROJETO VITÓRIA, desde a fase de planejamento do Programa de Assistência Primária à Saúde, vem buscando estruturar um modelo de supervisão que seja viável e capaz

1. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem/CCS/UFPE e Coordenadora Assistente de Enfermagem do Projeto Vitória. COREN-PE 52.

2. Enfermeira do Projeto Vitória/UFPE. COREN-PE 20733.

de garantir a qualidade da assistência prestada.

Nos postos elementares atuam Auxiliares de Saúde, que recebem supervisão periódica exercida por pessoal de nível universitário, principalmente, enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas. Com isto, o Projeto reconhece as características polivalentes do perfil ocupacional do auxiliar de saúde e, amplia as oportunidades de supervisão direta, mediante a participação de supervisores de várias categorias profissionais da sua equipe técnica. A maior responsabilidade coube à enfermeira.

Para implantação do Programa de Assistência Primária à Saúde no Projeto Vitória, elaborou-se um documento básico (maio, 1976)⁸ onde se denominou o auxiliar de saúde, como o recurso humano local, treinado para desenvolver as atividades do referido programa. As principais áreas de atividades do auxiliar de saúde foram também estabelecidas, as quais coincidiram com as do Programa de Interiorização da Ação de Saúde e Saneamento (PIASS), posteriormente implantado no Nordeste.

O perfil do auxiliar de saúde foi delineado da seguinte maneira: ambos os sexos, idade de dezoito anos ou mais e que saibam ler e escrever.

O Programa de Assistência Primária está em funcionamento há cinco anos em áreas urbanas e rurais dos municípios de Vitória de Santo Antão, Pombos e Chã Grande, no Estado de Pernambuco, que integram a 7.^a Área Programática da 1.^a Região de Saúde Estadual. Para organização das unidades elementares e das de apoio foram utilizadas de preferência as estruturas físicas pré-existent na comunidade, tais como posto de saúde, casas de partos, centros sociais e casas residenciais.

INFORMAÇÕES SOBRE O RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E TREINAMENTO DO AUXILIAR DE SAÚDE

O recrutamento dos auxiliares de saúde foi realizado na comunidade, onde os mesmos iriam desenvolver suas atividades. Para a escolha das localidades onde seriam implantados os postos, o Projeto solicitou e recebeu indicações da SUCAM, do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Vitória de Santo Antão e de moradores influentes na comunidade.

Até o período da realização deste trabalho, foram realizados dois treinamentos, um em 1978 e outro em 1980.

Para o primeiro treinamento foram incluí-

das as seguintes áreas: *Município de Vitória de Santo Antão*: Cidade de Deus, Engenho Galiléia, Vila COHAB, Cajá, São José, Natuba e Mufumbo; *Município de Pombos*: Dois Leões; e *Município de Chã Grande*: Santa Luzia. As unidades elementares foram distribuídas em sua maioria, no Município de Vitória de Santo Antão, várias na periferia do seu centro urbano. Na segunda etapa, procurou-se então interiorizar mais as unidades elementares. Isto correspondeu ao segundo treinamento que abrangeu no: *Município de Vitória de Santo Antão*: Maués, Oiteiro, Engenho Cachoeirinha, Engenho Serra Grande, Engenho Serra, Engenho Pitú e Ladeira de Pedra; *Município de Pombos*: Chã de Braço, Pé de Serra, Poço de Boi, Engenho São João Novo e Lagoa Dantas; e *Município de Chã Grande*: Catuá, Água Fria, Vertentes, Macacos, Freixeiro, Muxoxo e Lago Grande.

A seleção se iniciava no momento da entrevista com uma assistente social e uma enfermeira, após o que, o candidato fazia um teste escrito sobre uma situação a ser resolvida na comunidade. A seleção prosseguia em cada avaliação das unidades do programa e no final do treinamento.

Nos primeiro e segundo cursos para treinamento dos auxiliares, a equipe de orientadores foi multiprofissional, enfermeiros, médicos, nutricionistas e assistentes sociais, todos técnicos ou preceptores do Projeto Vitória.

Com relação ao desenvolvimento do primeiro treinamento, as aulas teóricas foram ministradas no Hospital João Murilo de Oliveira, sede regional do Projeto e as práticas, no ambulatório e maternidade do referido hospital.

No segundo treinamento, as aulas práticas foram desenvolvidas na sua maioria, nos postos de saúde já instalados, o que facilitou muito o processo de aprendizagem.

O Programa de Treinamento elaborado conjuntamente por uma enfermeira e uma assistente social, foi dividido em *blocos* e *unidades*. Os programas de treinamento dos referidos cursos^{9,10} serviram de base para a elaboração da ficha de avaliação utilizada no presente estudo. Resumos destes programas figuram como anexo no final deste trabalho (Anexo 1).

AValiação DO DESEMPENHO DO AUXILIAR DE SAÚDE NO PROCESSO DE SUPERVISÃO

O modelo de supervisão adotado utiliza basicamente as técnicas de visita periódica ao

posto e a de reunião, promovida mensalmente na sede regional do Projeto, com a presença de todos os auxiliares e dos técnicos responsáveis pela supervisão dos mesmos.

Embora na literatura^{1,3,4,7} a supervisão esteja bastante consolidada quanto à fundamentação teórica, são bem conhecidas as dificuldades que surgem na prática de supervisão em programas de enfermagem de saúde pública, tais como elevado índice na relação enfermeiro/número de postos ou auxiliares, deficiência de transporte face às distâncias a percorrer, falta de previsão orçamentária para as despesas com o deslocamento do supervisor e inexistência de modelos para determinação de padrões qualitativos. No Projeto, a avaliação sistemática do desempenho através de visitas aos postos e observação direta estava demandando um longo período de tempo para cobrir todos os postos, tornando muitas vezes a ação supervisora limitada e sem continuidade.

Procurou-se, então, estudar um modelo mais prático da ação supervisora, capaz de agilizar o processo de supervisão e identificar as necessidades imediatas de reciclagem dos auxiliares de saúde.

METODOLOGIA

A auto-avaliação foi escolhida para complementar o processo de supervisão já adotado pelo Projeto. A observação direta continuaria para validar a primeira técnica confirmando ou não parte selecionada das respostas obtidas na auto-avaliação, devendo depois ser mantida de maneira mais espaçada para apreciação de assuntos específicos.

A auto-avaliação tem sido usada para a avaliação por alunos da própria aprendizagem, mais empregada para o ensino de graduação e pós-graduação, por exigir crescente capacidade de assumir responsabilidades em relação à sua própria aprendizagem^{5,6}. Com esta fundamentação teórica, adotamos a avaliação do desempenho ocupacional, pelas próprias executoras, considerando que neste tipo de pessoal auxiliar busca-se manter também um compatível grau de responsabilidade diante da natureza das ações executadas, do bom nível dos treinamentos que tiveram. A semelhança da dinâmica pedagógica, foi assumido à medida que os auxiliares de saúde tomavam conhecimento global de suas tarefas, as interpretavam e se auto-avaliavam em função do seu próprio desempenho e dos padrões desejados. Além

disso poderiam identificar situações críticas carentes de um reforço do conhecimento ou da habilidade através de cursos de reciclagem.

Foi elaborada uma Ficha para Avaliação da Execução de Tarefas, utilizável tanto pelo executor como pelo supervisor, constituída por uma listagem das tarefas dos auxiliares de saúde. Esta listagem foi organizada a partir dos dois programas de treinamento já descritos e dividida nas seguintes categorias: Trabalho Comunitário, Noções Básicas de Enfermagem, Vigilância Epidemiológica e Registro Estatístico, Saúde Materna, Recém-Nascido, Puérpera, Infante, Pré-Escolar, Escolar, Parteiras Domiciliares, Vacinação, Visitação Domiciliar à Clientela, Organização do Trabalho no Posto e o Auxiliar de Saúde. Após enunciar a tarefa, dava-se sua composição. A seguir, a escala para a avaliação, onde se registraria quando praticada: "Execução satisfatória (S); Execução deficiente" (D); e quando não executada: "Não foi treinada para executar a tarefa" (NT); "Nunca executou a tarefa prevista nas atividades do posto" (NE) e "Tarefa não incluída nas atividades do posto" (NI).

RESULTADOS

Foram submetidos à auto-avaliação, os dezesseis auxiliares de saúde do Programa, mediante uma entrevista realizada pela enfermeira supervisora para o preenchimento da ficha.

As diretrizes gerais do Projeto enfatizam as ações voltadas para o trabalho comunitário. Por ocasião dos treinamentos dos auxiliares de saúde, procurou-se dar um embasamento significativo para a atuação dos mesmos na comunidade.

No entanto, observa-se no Quadro 1 que essas tarefas não estão sendo executadas pela maioria dos auxiliares de saúde. Esta dificuldade de atuar diretamente na comunidade precisa ser melhor analisada e revista a estratégia que conduza a uma atuação mais participante na comunidade, da parte dos auxiliares de saúde.

Como se observa no Quadro 2, os auxiliares de saúde informam que executam satisfatoriamente as tarefas básicas de enfermagem. Merecem de imediato ser incluídas no programa de reciclagem, a orientação da alimentação e nutrição do pré-escolar e escolar, a dieta de grupos específicos, como os diabéticos e cardíacos, bem como colheita de material para exame de sangue.

QUADRO 1 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas ao trabalho comunitário. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Realizar levantamento de aspectos da vida comunitária local, com participação da comunidade	3	1	2	10	—	16
2. Planejar e desenvolver ações de interesse comunitário	2	1	2	11	—	16
3. Identificar e utilizar recursos da comunidade	6	1	2	7	—	16
4. Identificar a liderança local	7	2	2	5	—	16
5. Trabalhar com grupos da comunidade	4	1	2	9	—	16
6. Participar de eventos promovidos na comunidade	11	1	1	3	—	16

Código: S = Satisfatória; D = Deficiente; NT = Não foi treinada para executar a tarefa; NE = Nunca executou a tarefa prevista nas atividades do posto; NI = Tarefa não incluída nas atividades do posto.

QUADRO 2 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas básicas de enfermagem. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Realizar exame físico	12	2	1	1	—	16
2. Verificar temperatura	16	—	—	—	—	16
3. Verificar pulso	15	1	—	—	—	16
4. Verificar respiração	12	2	1	1	—	16
5. Verificar pressão arterial	15	—	1	—	—	16
6. Pesar gestantes	11	—	1	*1	3	16
7. Pesar criança menor de um ano	10	2	—	1	3	16
8. Orientar a alimentação e nutrição da criança menor de um ano	11	3	1	1	—	16
9. Orientar a alimentação e nutrição do pré-escolar e escolar	1	2	1	7	5	16
10. Orientar a alimentação e nutrição da gestante	12	—	1	3	—	16
11. Orientar a alimentação e nutrição da nutriz	12	1	1	2	—	16
12. Orientar dieta nos casos de diabéticos	7	6	1	2	—	16
13. Orientar dieta aos cardíacos	9	4	1	2	—	16
14. Orientar pacientes sobre colheita de material para exame de fezes	11	—	—	5	—	16
15. Orientar pacientes sobre colheita de material para exame de urina	14	—	—	2	—	16
16. Orientar pacientes sobre colheita de material para exame de sangue	7	3	1	5	—	16
17. Orientar pacientes sobre colheita de material para exame de escarro	7	4	1	4	—	16
18. Administrar medicamento por via oral	16	—	—	—	—	16
19. Administrar medicamento por via i/m	16	—	—	—	—	16
20. Realizar curativos simples	16	—	—	—	—	16
21. Aplicar bolsa de gelo	11	—	1	4	—	16
22. Aplicar compressas quentes	13	—	1	2	—	16
23. Preparar material para esterilização	15	1	—	—	—	16
24. Esterilizar material em estufa	13	—	—	1	2	16
25. Esterilizar material em panela de pressão	12	1	—	3	—	16
26. Manusear material esterilizado	16	—	—	—	—	16
27. Controlar material (estocagem e movimento)	14	2	—	—	—	16

* — Um auxiliar do sexo masculino; a comunidade não o aceita cuidando de pacientes.

QUADRO 3 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à vigilância epidemiológica e registro estatístico Projeto Vitória, abril/agosto/82

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Encaminhar à Unidade de Apoio os pacientes com suspeita ou portadores de doenças transmissíveis	7	—	1	8	—	16
2. Anotar em modelo próprio as atividades realizadas para remessa ao Hospital João Murilo de Oliveira	12	—	1	3	—	16
3. Coletar e registrar em modelos próprios, dados estatísticos obtidos em cartórios e outras fontes	—	—	1	13	2	16
4. Organizar o fichário geral por ordem numérica e o fichário índice por ordem alfabética	8	5	1	2	—	16
5. Preencher e remeter os mapas estatísticos, incluindo os modelos do P.N.S.;						
Preencher ficha índice	12	—	1	3	—	16
Preencher registro diário de produção	16	—	—	—	—	16
Preencher ficha geral de ambulatório	14	—	—	2	—	16
Preencher cartão de vacinação	15	—	—	1	—	16
Preencher resumo mensal de vacinação	15	—	—	1	—	16
Preencher resumo mensal de atividades	16	—	—	—	—	16
Preencher ficha de prateleira (PNS)	5	1	1	2	7	16
Preencher ficha família (PNS)	7	—	1	1	7	16
Preencher mapa mensal (PNS)	3	3	1	2	7	16
6. Notificar casos de doenças transmissíveis	5	—	—	10	1	16

QUADRO 4 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas a saúde materna. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Orientar sobre planejamento familiar	8	—	—	7*	1	16
2. Atender à gestante, incluindo exame obstétrico	10	1	1	1*	3	16
3. Pesquisar albumina (urina)	11	—	1	1	3	16
4. Dosar glicose (urina)	11	—	1	1	3	16
5. Incentivar o aleitamento materno	13	1	—	—	2	16
6. Realizar palestra no posto para grupos de gestantes	9	2	—	3	2	16
7. Realizar palestra a outros grupos na comunidade	1	—	—	13	2	16

* Um auxiliar do sexo masculino; a comunidade não o aceita cuidando de gestantes.

Numa área onde as doenças transmissíveis representam importante causa de morbi-mortalidade, a vigilância epidemiológica é uma atividade fundamental no programa de assistência primária, no seu papel de porta de entrada do sistema e de referência do cliente a outros níveis assistenciais. Com relação ao dado revelado no Quadro 3, de que menos da metade dos auxiliares estão cumprindo satisfatoriamente essas tarefas (itens 1 e 6), o supervisor deverá envidar todo o esforço para corrigir esta falha de execução.

Merece ainda referir a necessidade que o grupo tem, de melhorar a coleta de dados em cartórios, a organização de fichários e o preenchimento de mapa mensal.

Os programas de saúde no País sempre vêm destacando as atividades relacionadas à saúde materno-infantil. Quando se observam os Quadros 4 e 5 parece haver um maior comprometimento com este grupo materno-infantil, uma vez que a maioria dos auxiliares informou que executa, em nível satisfatório, as tarefas correspondentes ao cuidado da mãe e do re-

QUADRO 5 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à saúde do recém-nascido. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	N ^T	NE	NI	
1. Atender ao recém-nascido	10	1	1	1	3	16
2. Realizar curativo umbilical	14	—	—	1	1	16
3. Dar banho de esponja	10	—	—	5	1	16
4. Dar banho de imersão	10	—	—	5	1	16
5. Realizar hidratação oral	13	2	—	—	1	16
6. Orientar técnica da amamentação	15	—	—	—	1	16
7. Preparar mamadeiras	8	5	1	1	1	16
8. Realizar instilação ocular em recém-nascido	5	—	1	9	1	16

cém-nascido. Observa-se apenas que novamente, o trabalho direto na comunidade, não é executado (item 7 — Quadro 4).

Quanto à tarefa “orientar sobre o planejamento familiar”, que não é realizada por cerca de 50% dos auxiliares, isto reflete o fato de que o Projeto não incluiu na sua programação o controle de natalidade. O trabalho é realizado por auxiliares de saúde de alguns postos pertencentes às Prefeituras Municipais.

Finalmente, como se adota o programa de

incentivo ao aleitamento materno, justifica-se a execução deficiente de preparo de mamadeiras, registrado no Quadro 5, pelo desuso da prática.

Apesar da informação de que a maioria do grupo de auxiliares de saúde, presta os cuidados de enfermagem durante o puerpério, o encaminhamento da puérpera para o seu controle pós-parto, não é feito por grande parte das auxiliares. Este dado também merece um destaque na reciclagem deste grupo (Quadro 6).

QUADRO 6 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas de cuidados da puérpera. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Prestar cuidados de enfermagem à puérpera a nível domiciliar, incluindo exame	12	—	1	3	—	16
2. Encaminhar para controle pós-parto	5	1	1	9	—	16
3. Identificar as complicações do puerpério	12	1	1	2	—	16
4. Orientar técnica de limpeza das mamas para amamentação	14	—	1	1	—	16

No Quadro 7, observa-se que em quatro postos a atividade referente à saúde do infante não está prevista e em dois deles, o auxiliar de saúde não a executa. Quase todos os auxiliares parecem estar voltados para assistência curativa, realizando as tarefas de atendimento da criança doente. Somente 50% estão realizando controle de saúde. Isto terá que ser repensado pela supervisora tanto na programação de atividades dos postos, como na reciclagem do grupo.

Observa-se nos Quadros 8 e 9, que o pré-escolar e o escolar não estão sendo contemplados na prestação de serviços de promoção de saúde. Em nenhum posto está formalizado o controle de crescimento e desenvolvimento

normais do pré-escolar e em apenas um, a auxiliar executa atividades na escola para supervisão de saúde.

O que se faz em relação ao pré-escolar é o controle do peso, determinado pelo Programa de Nutrição e Saúde (PNS), a orientação de vacina e o estabelecimento de conduta face episódios de doenças.

A deficiência observada transcende ao desempenho do próprio auxiliar. É muito mais uma contingência do acúmulo de tarefas a serem executadas pelo auxiliar de saúde.

Contudo este dado indica a necessidade de uma revisão no planejamento das atividades relativas a esses grupos etários, em fases tão importantes do ciclo vital.

QUADRO 7 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à saúde do infante. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Realizar o controle de saúde da criança sadia no 1.º ano de vida	8	1	1	2	4	16
2. Atender o infante doente nos casos de:						
■ temperatura elevada	16	—	—	—	—	16
■ desidratação leve	12	—	—	4	—	16
■ diarreia leve	14	1	—	1	—	16
■ convulsão	1	2	—	13	—	16
■ vômitos	13	—	—	3	—	16
■ parasitoses	8	1	1	6	—	16
■ anemia grave	8	1	1	6	—	16
■ dificuldade respiratória	1	1	1	13	—	16
■ desnutrição	11	3	—	2	—	16

QUADRO 8 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à saúde do pré-escolar. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Identificar as características gerais para o crescimento e desenvolvimento normais do pré-escolar	—	—	1	—	15	16
2. Controlar o peso (PNS)	6	—	1	2	7	16
3. Orientar a vacinação	9	—	1	—	6	16
4. Encaminhar para outro nível assistencial	8	—	1	1	6	16
5. Estabelecer conduta nos casos de doenças comuns	6	—	1	3	6	16

QUADRO 9 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à saúde do escolar. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Controlar a saúde do escolar	—	—	1	1	14	16
2. Prestar cuidados ao escolar nos casos de doenças parasitárias	5	—	1	5	5	16
3. Visitar as escolas para colaborar com os professores na supervisão de saúde dos escolares	1	1	1	7	6	16
4. Promover trabalho educativo nas escolas da comunidade	—	2	1	8	5	16

O destaque no Quadro 10, está na orientação do cliente sobre medicação (item 3), quando todos os auxiliares informam que executam, na categoria de "execução satisfatória".

O atendimento do adulto em geral, no entanto, necessita ser alvo de reciclagem, quando cinco auxiliares afirmam que executam esse

atendimento, na qualificação de "execução deficiente" e sete auxiliares não estão preparados ou deixando de prestar os primeiros-socorros.

Novamente a tarefa que corresponde à ação educativa na comunidade é realizada apenas por uma minoria do grupo entrevistado (item 4).

QUADRO 10 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à saúde do adulto. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Atender ao adulto	9	5	1	—	1	16
2. Orientar ao cliente e sua família sobre medidas gerais para evitar doenças	10	—	—	6	—	16
3. Orientar ao cliente sobre a medicação prescrita pelo médico ou entregue pelo auxiliar de saúde	16	—	—	—	—	16
4. Orientar a comunidade sobre medidas de prevenção de acidentes, mediante trabalho educativo em grupo	3	—	1	12	—	16
5. Orientar a comunidade sobre medidas de prevenção de acidentes, mediante a orientação individual	7	1	1	7	—	16
6. Prestar os primeiros socorros nos casos de acidentes mais freqüentes	9	2	2	3	—	16

A atividade de visitação domiciliar à clientela está sendo desenvolvida a contento, pela qualificação de doze auxiliares executando na categoria de “satisfatória”.

No que diz respeito ao controle de parteiras domiciliares, face o programa existente no Projeto, a informação de que menos de 50% dos auxiliares executam tarefas junto a este

grupo, merece uma ação imediata da supervisora, no sentido de obter a integral participação dos auxiliares nesse controle. Esta atividade justifica-se pela importância cultural e social da presença da parteira na comunidade, podendo ainda ser um elemento importante na integração entre o sistema formal e informal de prestação de serviços de saúde (Quadro 11).

QUADRO 11 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas ao controle de parteiras domiciliares e à visitação domiciliar. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Recrutar e inscrever parteiras da localidade	7	1	1	6	1*	16
2. Receber notificação de partos	4	2	1	8	1	16
3. Entregar material às parteiras	7	—	1	7	1	16
4. Avaliar a qualidade do trabalho das parteiras controladas através de visita domiciliar à clientela atendida	5	—	1	9	1	16
5. Realizar visita domiciliar à clientela	12	1	1	2	—	16

* Na área do posto não há parteira.

No Quadro 12, observa-se que as tarefas referentes a imunização são indicadas pela quase totalidade do grupo de auxiliares, dentro da categoria “execução satisfatória”. Isto corresponde de maneira muito positiva à ênfase que vem sendo dada aos programas de imunização no Projeto Vitória, quer como atividade de rotina quer como atividade integrada às campanhas nacionais.

É necessária também a avaliação da organização do serviço no posto, bem como a própria aparência pessoal do auxiliar e o seu relacionamento interpessoal. É desejável que nesses aspectos, a meta a atingir seja a totalidade do grupo. Nos Quadros 13 e 14 há ainda algo a melhorar, com relação a dois auxiliares, na manutenção do posto em padrão satisfatório de organização.

QUADRO 12 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à imunização. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Cumprir normas gerais de conservação de vacina	13	—	—	—	3	16
2. Aplicar anatoxi-tetânico em gestante, escolar e adulto com risco epidemiológico	15	—	—	—	1	16
3. Aplicar vacina tríplice	15	—	—	—	1	16
4. Aplicar vacina anti-sarampo	12	2	1	—	1	16
5. Administrar vacina SABIN	15	—	—	—	1	16
6. Orientar as medidas indicadas nos casos de mordedura animal de acordo com o esquema adotado pelo serviço	12	2	1	—	1	16

QUADRO 13 — Resultados da auto-avaliação quanto às tarefas relativas à organização do trabalho no posto. Projeto Vitória, abril/agosto/82.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Manter a limpeza do ambiente	14	2	—	—	—	16
2. Lavar e guardar o material em uso	14	2	—	—	—	16
3. Controlar o material existente	15	1	—	—	—	16
4. Elaborar pedidos mensais do material necessário	14	2	—	—	—	16

QUADRO 14 — Resultados da auto-avaliação pelo auxiliar de saúde quanto aos cuidados relativos a si próprio.

Tarefas	Execução					Total
	Sim		Não			
	S	D	NT	NE	NI	
1. Zelar pela aparência:						
■ higiene pessoal	16	—	—	—	—	16
■ limpeza do vestuário	16	—	—	—	—	16
■ uso do fardamento	13	2	—	1	—	16
2. Manter boas relações pessoais com colegas	16	—	—	—	—	16
3. Manter boas relações pessoais com supervisores	16	—	—	—	—	16
4. Manter boas relações pessoais com membros da comunidade	15	1	—	—	—	16

COMENTÁRIOS

Com relação aos resultados imediatos da auto-avaliação, observamos que após o preenchimento da ficha de avaliação, o grupo de auxiliares já apresentou algumas mudanças de comportamento, tais como a melhoria de sua aparência pessoal no trabalho, maior interesse nas reuniões mensais com os supervisores e sugestões de assuntos para reciclagem.

Por sua vez, encontramos elementos para:

1 — Replanejamento das atividades do posto, com programação e controle daquelas

atividades que os auxiliares declararam que não executavam;

2 — Estímulo à avaliação da cobertura alcançada do 1.º semestre/82;

3 — Distribuição, a cada auxiliar, da programação elaborada para o posto, com todas as atividades previstas para o semestre seguinte;

4 — Planejamento de uma supervisão mais dirigida, face ao registro de deficiências em execução de tarefas específicas pelo auxiliar;

5 — Dinamização das reuniões mensais com o grupo;

6 — Novas avaliações, uma vez que a ficha utilizada se aplica para futuros estudos.

Na etapa de elaboração e interpretação dos dados, pudemos listar as tarefas e temas para um programa de reciclagem, anotando com prioridade aquelas que não obtiveram dos auxiliares, 50% ou mais de "execução satisfatória".

A idéia de validar a técnica de auto-avaliação, mediante a observação direta, conforme dito anteriormente, não foi possível ser efetivada durante o período do estudo, por dificuldades de transporte para o campo e o escasso tempo disponível da enfermeira supervisora também responsável no estudo pelo preenchimento das fichas. No entanto, nos parece imprescindível proceder-se a essa validação.

Em que pese as limitações da técnica de auto-avaliação, a mesma revelou-se bastante útil para agilizar o processo de supervisão e indicar elementos para a elaboração do programa de reciclagem.

Nos programas de assistência primária à saúde, a supervisão deve ser parte integrante da organização e ela deve contar com enfermeiros em número compatível com o número de postos supervisionados ou de pessoal existente, para garantir a boa qualidade da assistência prestada à clientela e o êxito almejado para os programas de saúde.

ANDRADE, M. N. de & OLIVEIRA, E. A. Q. de
Supervision of health aid of primary assistance
program. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37(2): 90-101,
1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N. P. Avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem de saúde pública. *Enf. Novas Dimens.*, 3 (5): 267-74, set./out. 1977.
2. ANDRADE, Maria Nilda de & FERREIRA LIMA, Maria Lúcia. "O Projeto Vitória": a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Belém, 1978. *Anais*. Brasília, Comissão de Publicações e Divulgação da Associação Brasileira de Enfermagem, 1978. p. 77-87.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Guia de supervisão em estabelecimento de saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1981.
4. FONSECA, R. M. G. S. et alii. Supervisão em enfermagem de saúde pública. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 2 (5): 265-71, nov. 1976.
5. LABORATÓRIO DE ENSINO SUPERIOR DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. *Planejamento e organização do ensino*. 3.ª ed. Porto Alegre, Globo, 1977. 398 p.
6. MARQUES, J. C. *Paradigma para análise do ensino: um estudo dos componentes fundamentais de programas de educação*. Porto Alegre, Globo, 1977. 275 p.
7. RODRIGUES, B. da A. *Fundamentos de administração sanitária*. 2. ed. Brasília, 1979. 387 p.
8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Projeto Vitória: Programa de assistência primária à saúde*. Recife, 1976. 6 p. (mimeografado).
9. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Projeto Vitória: programa de treinamento do auxiliar de saúde*. Recife, 1978. 52 p. (mimeografado).
10. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Projeto Vitória: Programa de treinamento do auxiliar de saúde*. Recife, 1980. 35 p. (mimeografado).

ANEXO 1

Programa de Treinamento do Auxiliar de Saúde*

1. Modalidade — trata-se de treinamento teórico-prático para pessoal de nível elementar.
2. Caracterização do treinando — pessoal de nível elementar, recrutado na área programática do Projeto Vitória.
3. Objetivo — “contribuir à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento de aptidões e habilidades dos treinandos para a execução de ações simplificadas de saúde na assistência primária”^{9, 10}.
4. Pré-requisitos para recrutamento e inscrição:
 - Sexo — ambos os sexos
 - Idade — 18 anos ou mais
 - Saúde — sanidade física e mental
 - Escolaridade — que saiba ler e escrever
 - Residência — local da futura atuação
 - Habilitação civil — apresentação de certidão de nascimento, casamento, carteira de identidade, profissional ou título de eleitor.
 - Aptidões e habilidades — iniciativa, objetividade, disposição à mudança, relacionamento e liderança.
5. Execução:
 - Recrutamento e seleção inicial — nas comunidades locais;
 - Inscrição: na sede regional do Projeto ou nas Unidades de Saúde dos municípios;
 - coordenação e acompanhamento — Subprograma de Desenvolvimento de Recursos Humanos e do Trabalho Comunitário e Setor de Enfermagem;
 - Supervisão e avaliação pedagógica — setor de enfermagem;
 - Duração do Curso — 3 meses
 - Carga horária: total — 360 horas
 - mensal — 120 horas
 - semanal — 30 horas
 - Locais do treinamento — Hospital João Murilo de Oliveira e Postos de Saúde.

(*) Programa elaborado por enfermeira Maria Lúcia Ferreira Lima e assistente social Hebe M. Gonçalves Pereira.

6 — Distribuição do conteúdo programático, por blocos, unidades de programação e carga horária.

Blocos — Unidades	CARGA HORÁRIA								Observações
	1.º Treinamento				2.º Treinamento				
	Teórica	Prática	Totais		Teórica	Prática	Totais		
Bloco I									
Unidade Básica Avaliação do Bloco	52	69	121	42.00	89.00	131.00		Inclui noções sobre Projeto, Trabalho Comunitário, Enferma- gem básica e unidade de bio- estatística	
	—	—	—	—	6.00	6.00			
Bloco II									
Unidade 1 — Saúde materna Saúde materna e do recém-nascido	28	80	108	—	—	—			
Avaliação da Unidade	—	—	—	15.30	79.30	95.00			
	—	—	—	—	6.00	6.00			
Unidade 2 — Saúde da criança Avaliação da Unidade	18	52	70	13.00	30.00	43.00		1.º Treinamento inclui o recém-nascido	
	—	—	—	—	3.00	3.00			
Bloco III									
Unidade 3 — Saúde do adulto (dças. infec. e parasitárias) Primeiros socorros	5	10	15	3.30	5.30	19.00		2.º Treinamento incluído na Unidade Básica como vigilância epidemiológica.	
Avaliação da Unidade	—	—	—	—	3.00	3.00			
Unidade 4 — Primeiros socorros Saneamento ambiental	5	11	16	—	—	—			
Avaliação da Unidade	—	—	—	4.30	39.30	44.00			
	—	—	—	—	3.00	3.00			
Unidade 5 — Saneamento ambiental Avaliação final	5	25	30	—	—	—			
	—	—	—	3.00	1.00	7.00			
Total	113	247	360	81.30	278.00	360.00			