

PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA (O) NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES RURAIS

Judith Feitoza de Carvalho *

RBEEn/03

CARVALHO, J. F. — Participação da enfermeira(o) nos programas de assistência à saúde das populações rurais. **Rev. Bras. Enf.**; Rio de Janeiro, 28: 53-59, 1975.

1. Considerações gerais

Os dados estatísticos conhecidos indicam que a mortalidade de pessoas jovens, no País, é elevada, notadamente no grupo etário de 0 — 5 anos.

O fato mencionado encontra assertiva no índice de mortalidade proporcional representado pela percentagem de óbitos de pessoas de 50 anos de idade e mais, sobre o total de óbitos. Assim é que, em anos próximos de 1970, esse indicador foi estimado em 28% para o País, equivalendo dizer, que de cada 100 pessoas que morrem, 72 têm menos de 50 anos.

Estabelecendo comparação com os índices de outros países, verifica-se que nos Estados Unidos, Suécia e Inglaterra, apenas 20, em cada 100 pessoas, falecem antes dos 50 anos.

Fatores de ordem sócio-econômica são

apontados como condicionantes da situação referida, destacando-se entre eles:

- a) precárias condições de saneamento básico;
- b) ocorrência de doenças transmissíveis;
- c) deficiência nutricional, especialmente em crianças de 0 — 5 anos;
- d) baixa renda **per capita**.

Contribui para agravar esta situação a inexistência de uma estrutura organizacional de saúde que possibilite a todo usuário do sistema receber assistência em quantidade, qualidade e em tempo útil, tanto quanto possível em sua própria comunidade ou, quando indicado, em centros urbanos próximos, melhor equipados.

* Chefe do Setor de Enfermagem da Divisão Nacional de Organização Sanitária — Secretaria Nacional de Saúde — Ministério da Saúde.

Tabela I

**MORTALIDADE INFANTIL E RENDA PER CAPITA REGIÕES
GEO-ECONÔMICAS ANOS PRÓXIMOS - 1969**

REGIÃO GEO-ECONÔMICA	TAXA POR 1000 NAC. VIVOS	RENDA LÍQUIDA PER CAPITA - CR\$
Norte	70	480,00
Nordeste	180	420,00
Sudeste	76	1.300,00
Sul	68	880,00
Centro-Oeste	87	560,00
Brasil	105	884,00

Fonte: Política Nacional de Saúde — 1973. Ministério da Saúde.
(Documento não oficializado).

Tabela II

**POPULAÇÃO, RENDA INTERNA E MÉDICOS — DISTRIBUIÇÃO
PERCENTUAL POR REGIÕES GEO-ECONÔMICAS
BRASIL — 1970**

REGIÃO GEO-ECONÔMICA	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL		
	POPULAÇÃO	RENDA INTERNA	MÉDICOS
Norte	3.9	2.5	1.7
Nordeste	30.3	15.3	14.0
Sudeste	42.7	64.2	67.3
Sul	17.6	13.6	13.9
Centro-Oeste	5.5	4.4	3.1
Brasil	100.0	100.0	100.0

Fonte: Política Nacional de Saúde — 1973. Ministério da Saúde.
(Documento não oficializado).

Tabela III

**MUNICÍPIOS SEM MÉDICOS — REGIÕES GEO-ECONÔMICAS
ANOS PRÓXIMOS — 1970**

Região	Município + de 20.000 Hab.		Município — de 20.000 Hab.		Total	
	Total	Sem Médico	Total	Sem Médico	Total	Sem Médico
Norte	37	10	106	87	143	97
Nordeste	360	68	1.014	807	1.374	875
Sudeste	362	19	1.059	540	1.421	559
Sul	220	6	497	192	717	198
Centro-Oeste	42	—	264	188	306	188
Brasil	1.021	103	2.940	1.814	3.961	1.917

Fonte: Mário M. Chaves — “Análise do Crescimento provável do número de médicos no Brasil: opções necessárias”. Trabalho apresentado na IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) realizada em Curitiba, 1971.

Afirma-se que a a distribuição geográfica e o nível de qualificação do trabalhador em saúde, acompanham, em geral, o padrão sócio-econômico da comunidade onde é exercida a atividade profissional.

Conforme se pode observar nas Tabelas II e III, existe uma flagrante concentração de médicos na Região Sudeste, detentora da maior renda *per capita*, portanto, do maior salário-mínimo. Esta peculiaridade, observada com referência à distribuição dos médicos, também existe com relação aos demais profissionais da equipe de saúde, tanto de nível superior quanto de grau médio.

Mário M. Chaves (1), diz:

“Em relação ao fato demográfico, lembremos a dificuldade da prestação de assistência médica às populações rurais dispersas, em forma econômica, a não ser, talvez, com a participação do setor público e utilização de pessoal para médico”.

2. Diretrizes governamentais em saúde

O II Plano Nacional de Desenvolvimento-PND, 1975-1979, Lei n.º 6.151, de 4 de dezembro de 1974, em seu Capítulo VI, Estratégia de desenvolvimento social, expressa no item referente à política de Valorização de Recursos Humanos:

(1) Análise do crescimento provável do número de médicos no Brasil: Opções necessárias. Trabalho apresentado à IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), Curitiba - 1971.

“A competência do Estado para organização social, com vistas à proteção e recuperação da saúde da população, justifica uma estratégia que visa, primordialmente, à clara definição institucional do setor, com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação.

Dois grande campos institucionais são definidos, prioritariamente:

— O do Ministério da Saúde, de ca-

ráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária.

— O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atenção voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado”.

O II PND em seu quadro II, anexo, apresenta, no referente a saúde:

1979: INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS

	SETORES		1974* (%)	Previsto p/1978	aumento no período (%)
SAÚDE	População regularmente atendida pela assistência médica.	Total (milhões)	85	103	21
		Porcentagem sobre população total	82	86	—

* Estimativa

AGREGADOS E SETORES	1970	indicador p/1978	aumento no período %
---------------------	------	---------------------	----------------------------

SAÚDE E SANEAMENTO

Expectativa de vida média (anos)	59	65	10
Taxa de mortalidade (por mil)	9.9	7.4	2.5
População urbana atendida pela rede de água (%)	55	80	—
População urbana atendida pela rede de esgotos (%)	30	50	—

A Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, na abertura da Sessão Legislativa de 1975, por Sua Excelência o Senhor Presidente da República, expressa, no capítulo Política Social, na ÁREA DA SAÚDE:

“Foram efetivadas importantes modificações institucionais na área de saúde, com vistas a corrigir certas distorções organizacionais que dificultavam sobremodo o desempenho das atribuições que lhe são afetas

De especial relevo na reforma efetiva do quadro institucional foi a criação das Coordenadorias Regionais da Saúde, com o fim precípua de racionalizar, a nível nacional, o desempenho de ações de planejamento, coordenação e supervisão das atividades desenvolvidas pelas Delegacias Federais de Saúde, direta ou indiretamente, em articulação com outros órgãos federais, principalmente os de atuação regional e os estaduais, municipais e do setor privado.

Releva ainda notar a instituição do Sistema Nacional de Saúde, objetivando dotar o Governo de um mecanismo capaz de organizar as atividades no campo da saúde, dar melhor aproveitamento aos recursos humanos e à capacidade instalada no Setor”

O Sistema Nacional de Saúde terá, basicamente, três atribuições:

- saneamento e controle do meio ambiente;
- prestação de serviços de saúde;
- atividades de apoio.

3 — Assistência à saúde em zona rural

Dando cumprimento ao Plano Setorial de Saúde do II PND, o Ministério da Saúde, através de suas recém-criadas Coordenadorias Regionais de Saúde, tem promovido a formulação de planos plu-

rianauais de ação sanitária para as diferentes regiões geo-econômicas, com detalhamento em programas e projetos.

O Plano Básico de Ação Sanitária para o Nordeste, aprovado em 26-02-1975, inclui no Programa de Assistência Médico-Sanitária, o Projeto: Assistência Sanitária Simplificada, com as especificações que se seguem:

a) Justificativa

“A dispersão das populações das áreas rurais; a inexistência de Serviços de Saúde para assistência e a pouca viabilidade de dotar essas mesmas populações de serviços que contêm com pessoal profissional em caráter permanente, justificam a criação de estruturas mais simples de serviços de saúde, utilizando pessoal não profissional, sob supervisão das unidades periféricas.

b) Objetivos

- Aumentar a cobertura de Serviços de Saúde da população rural;
- levar às localidades de difícil acesso, carentes de infra-estrutura sanitária, os benefícios de ações simplificadas de saúde;
- Possibilitar a captação de recursos comunitários.”

O Plano Básico de Ação Sanitária para a Amazônia, no tocante ao Projeto: Organização do Sistema de Prestação de Serviços de Saúde, menciona:

“As unidades locais serão sempre administradas com a colaboração do Município, sob orientação técnica e normativa de agências capacitadas, nos níveis federal e estadual, e, para suprir a escassez de pessoal profissional, utilizará pessoal de nível médio, bem como leigos, devidamente orientados, treinados e supervisionados por profissionais de saúde.

O sistema proposto visa, permitir, principalmente, uma maior cobertura da população rural, com ações simplificadas de saúde, que terão respaldo em Unidades de Saúde, as quais, à medida

que se aproximarem dos centros urbanos, ganharão complexidade crescente, permitindo racionalidade no fluxo de pacientes”.

As atividades de saúde previstas nesses Projetos, abrangem:

- Atendimento a gestante e puérpera;
- Atendimento a criança;
- Orientação sobre preceitos gerais de saúde;
- Imunização;
- Visita domiciliar;
- Prestação de primeiros socorros;
- Orientação e controle de parteira leiga;
- Registro e coleta de dados bioestatísticos.

4. — Pré-condições para implantação do programa.

Na formulação do modelo organizacional de assistência às populações dispersas no meio rural deverão ser considerados fatores sócio-econômicos, assim também, condições topográficas, características demográficas e outras, próprias de cada localidade.

O fundamental é que toda gente nos rincões distantes, possa contar com atendimento na satisfação de suas necessidades de saúde mais prementes.

A fim de possibilitar a expansão do programa na amplitude necessária e a custo compatível com as disponibilidades financeiras dos orçamentos de saúde, considera-se necessária a contribuição da comunidade, pelo menos no tocante à concessão de local para instalação do posto de trabalho.

Via de regra duas alternativas podem ser apontadas:

a) Instalação do posto de trabalho em local cedido pela comunidade ou de propriedade oficial.

Indica-se quando houver relativa concentração de habitações e acessibilidade da população ao local de trabalho.

Neste caso, as tarefas de saúde são

executadas diretamente no posto de trabalho. O atendente se desloca apenas para atender: notificação de nascimento, de doença transmissível, em caso de emergência e para coleta de dado bioestatístico, se oportuno e indicado.

b) Guarda a estocagem do material e instrumentos de trabalho em local cedido pela própria comunidade.

Indica-se quando a densidade demográfica foi muito baixa e o acesso difícil.

Nesta modalidade, as tarefas de saúde são prestadas diretamente nos domicílios ou locais de trabalho, sítios, fazendas e outros. O atendente deverá dispor de veículo motorizado, tipo motoneta, para se deslocar em sua área de trabalho.

A eficácia do programa depende, fundamentalmente, de apoio logístico, ressaltando:

- sistematização das tarefas em Manual, ao nível cultural da comunidade a ser trabalhada;
- capacitação do atendente mediante treinamento de, pelo menos, 300 hs.;
- suprimento de material e equipamentos de trabalho, em tempo útil;
- supervisão contínua;
- mecanismo de comunicação com unidades providas de médico;
- viabilidade de transporte de paciente, em caso de emergência.

5 — Participação da enfermeira(o) nos programas de assistência à saúde das populações rurais.

A participação da enfermeira(o) nesse programa deve ser enfocada sob dupla anotação.

Ressalta sua responsabilidade social como participante do esforço governamental no sentido de promover a melhoria do nível de saúde das populações rurais, mediante satisfatória prestação de assistência às comunidades respectivas.

A mencionar, também, a contribuição da enfermeira(o) na fase de expansão e no aprimoramento das estruturas de saúde, de modo a inspirar e guiar os estudantes, artesãos, uns comandantes, outros, de épocas futuras.

No tocante à função própria da enfermeira(o), como membro da equipe de saúde, considera-se de sua competência: capacitar e supervisionar os recursos humanos da categoria ocupacional da enfermagem e contribuir para o alcance dos objetivos institucionais e para o cumprimento das metas do programa de saúde.

Na implantação e na implementação dos programas, a participação da enfermeira(o) faz-se necessária, sobretudo, nas seguintes etapas:

- diagnóstico da situação sócio-econômica da comunidade a ser trabalhada, a fim de participar na tomada de decisões quanto à estrutura organizacional e às características do programa a ser adotado;
- formulação do programa de atividades;
- seleção e treinamento dos candidatos;
- indicação de candidatos para a

função, de acordo com a aptidão e a habilidade revelados durante o período de treinamento;

— instalação do posto de trabalho e adaptação do elemento recém-treinado a sua nova função;

— supervisão periódica e contínua para estimular e/ou promover o desenvolvimento do atendente assim como para garantir satisfatório padrão de desempenho das tarefas;

— avaliação do programa;

— revisão e reformulação do programa.

Considerando a assistência à saúde das populações rurais como parte de um sistema de saúde, regionalizado, é evidente que a atuação da enfermeira(o) deverá fazer-se de maneira integrada, em conjunto com os demais componentes da equipe de saúde.

Contudo, na seleção, no treinamento e na supervisão do atendente, é a enfermeira(o) o profissional que reúne mais requisitos para uma contribuição eficaz, justamente por se tratar do multiplicador natural das categorias que compõem a estrutura ocupacional da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAVES, M.M. — Análise do crescimento provável do número de médicos do Brasil: Opções necessárias. Trabalho apresentado à IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) — Curitiba — 1971.
2. GEISEL, Ernesto — Mensagem ao Congresso Nacional (Abertura da Sessão Legislativa de 1975). Departamento de Imprensa Nacional, Brasília — 1975.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Setor de Enfermagem da Divisão Nacional de Organização Sanitária — Manual para Programa de Penetração Rural. Editora Goethe Ltda. — Brasília — DF. — 1974.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Plano Básico de Ação Sanitária para o Nordeste — 1975 a 1979.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Plano Básico de Ação Sanitária para a Amazônia — 1975 a 1979.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Política Nacional de Saúde (Documento não oficializado). 1973.
7. II Plano Nacional de Desenvolvimento — PND — Lei n.º 6.161, de 4 de dezembro de 1974 — Diário Oficial de 6 de dezembro de 1974, Suplemento ao n.º 235.