

ENFERMAGEM NA COMUNIDADE EM PORTUGAL

*Ione Gisela Felipe Pinto **

1 — INTRODUÇÃO PANORAMA DE SAÚDE DE PORTUGAL

Uma vez que a enfermagem está diretamente relacionada com os aspectos de saúde do País, faremos uma breve análise da situação de saúde em Portugal.

É conhecido o panorama sanitário português, que, em confronto com os dos restantes países da Europa Ocidental e até com o de de outras nações, revela situações desfavoráveis e, segundo Nina (1), constitui motivo de desprestígio nacional.

Na nossa opinião, a situação desfavorável ficou a dever-se além do nosso baixo nível econômico e cultural, sobretudo à falta de uma verdadeira política de saúde: à ausência de planejamento central baseado em estudos analíticos de situação; às duplicações de esforços setoriais; à falta de preparação ou carência de pessoal e à desintegração dos serviços de saúde e assistência nos últimos anos.

A título meramente exemplificativo, falaremos em seguida de alguns indicadores de saúde baseados em dados referentes a uma proposta de reforma (5).

QUADRO I

EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA E NO PRIMEIRO ANIVERSÁRIO (EM 1940, 1950 E 1960)

Esperança devida	sexos	Períodos Considerados		
		1939/42	1949/52	1959/62
À Nascença	Masculino	48,58	55,52	60,73
	Feminino	52,82	60,50	66,35
No 1.º Aniver- sário	Masculino	56,21	60,98	65,77
	Feminino	59,23	65,65	70,92

Fonte: MSA. Para uma reforma do MSA. 1970 (5)

(*) Professora da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, da Direção Geral de Saúde, do Ministério da Saúde e Assistência — Portugal.

— Coeficiente de mortalidade geral (1965) . . .	10,3%
— Coeficiente de mortalidade infantil (1965) . .	64,9‰
— Coeficiente de mortalidade neonatal (1965) . .	25,4‰
— Coeficiente de mortalidade perinatal (1965) . .	39,5‰
— Coeficiente de mortalidade materna (1965) . .	2,9‰‰
— % de óbitos de menores de 5 anos (1965) . .	18,27%
— Índice de Swarop e Vernura (1966)	70,57%
— Coeficiente de mortalidade de 0 — 4 anos (1965)	5,2‰‰
— Coeficiente de mortalidade por todas as doen- ças infecciosas e parasitárias (1965)	44,8‰‰
— Coeficiente de mortalidade por tuberculose do aparelho respiratório (1965)	26,7‰‰
— Número de habitantes por médico (1964) . . .	1.214
— Número de habitantes por profissionais de enfermagem (1964)	901
— Número de habitantes por enfermeiro (1964) .	2.178
— Percentagem de partos sem assistência (1964)	46,8%
— Percentagem de partos em hospitais (1967) .	29,1%
— Número de habitantes por cama de hospital (1965)	170
— Número de consultas por habitante (1967) . .	1,6

Não se ignora naturalmente que existe relação entre as disponibilidades econômicas de um país e os recursos por ele afetos à saúde, com conseqüente tradução no respectivo nível sanitário.

2 — ORGANIZAÇÃO SANITARIA ATUAL

Presentemente, pelo Decreto-lei n.º 413, de 27 de setembro de 1971, são reorganizados os serviços do Ministério de Saúde e Assistência (3), atendendo à instantane necessidade de intensificação e desenvolvimento das atividades de saúde pública, e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a coordenação das iniciativas e instituições particulares, que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações. Por outro lado a nossa política de saúde e assistência tem por objetivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos

seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, o que constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde, implícito na própria Constituição, que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias. Ao alargamento de funções e objetivos pretendidos, não pode deixar de corresponder a renovação dos meios de ação, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e conseqüente instalação de carreiras profissionais, cobrindo os serviços centrais e locais, e a unidade de planejamento e direção das atividades por que se efetiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde.

Como resultado desta grande reforma, surgiram os “Centros de Saúde” que são serviços oficiais do MSA, responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos-bases, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população de todo o País. Estes Centros de Saúde serão criados em todos os Concelhos, incluindo os das sedes dos distritos. Os referentes às sedes dos distritos serão chamados distritais e os referentes aos Concelhos serão chamados Centros de Saúde Concelhos e dependem administrativa e financeiramente do respectivo Centro de Saúde distrital. Podem constituir-se ainda Postos de Saúde correspondentes à área da freguesia ou grupos de freguesias na dependência dos respectivos centros concelhios.

Os Centros de Saúde distritais poderão compreender as seguintes valências e atividades de apoio:

- a) higiene do meio-ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- b) higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- c) profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação;
- d) profilaxia de cárie dentária;
- e) profilaxia da cegueira;
- f) profilaxia da surdez;

- g) profilaxia do câncer;
- h) saúde mental;
- i) enfermagem de Saúde Pública com visitas domiciliares;
- j) seleção e cuidados médicos, incluindo os domiciliares;
- k) educação sanitária;
- l) serviço social;
- m) laboratório distrital de saúde pública;
- n) registros estatísticos.

Os Centros de Saúde Concelhios poderão compreender as seguintes valências e atividades de apoio:

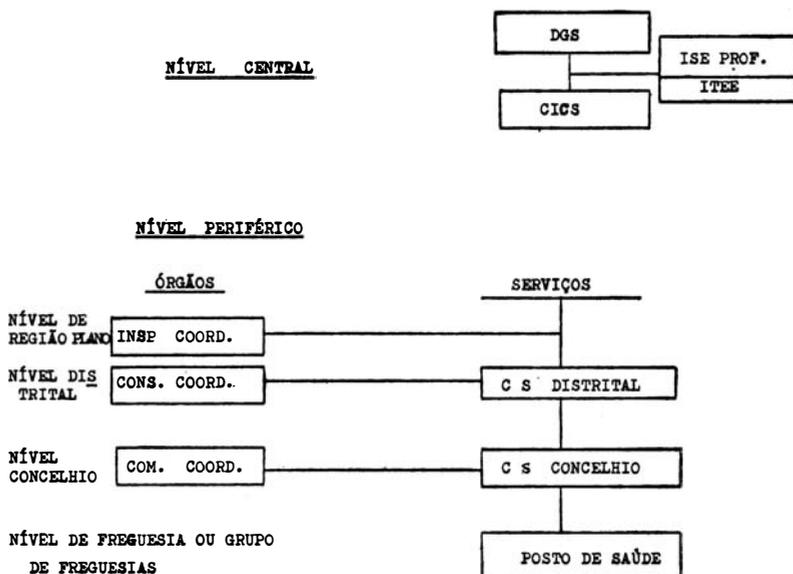
- a) higiene do meio-ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- b) higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- c) profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação;
- d) saúde mental;
- e) enfermagem de saúde pública, com visitação domiciliária polivalente;
- f) seleção e cuidados médicos elementares, incluindo os domiciliários;
- g) educação sanitária;
- h) serviç o social;
- i) registros estatísticos.

A fim de melhor me fazer entender devo explicar-vos que o País — a metrópole — está dividido em 11 províncias, que por

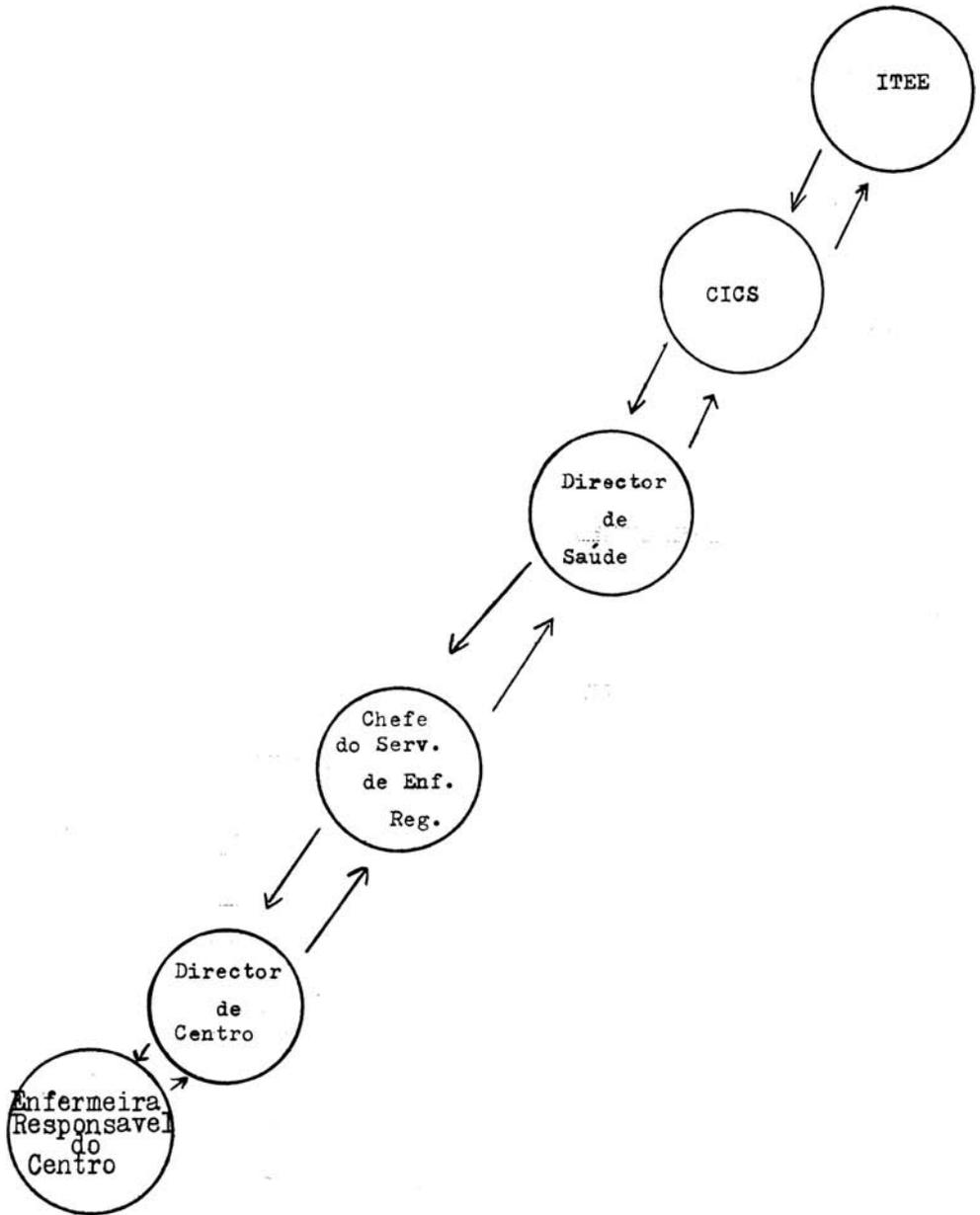
sua vez se subdividem em distritos a que correspondem os centros de saúde distritais; e cada distrito se subdivide em concelhios, aos quais correspondem os centros de saúde concelhios.

Ao nível central existem ligados ao MSA as 3 Direções-Gerais: de Saúde, dos Hospitais e da Assistência-Social.

Ocupamo-nos dos Serviços de Saúde ligados à Direção-Geral de Saúde, pois são os que dizem diretamente respeito a saúde pública.



O circuito de documentos de Enfermagem de Saúde Pública (MSA⁶), por enquanto longe de estar bem perfeito, apresenta como veremos uma série de possíveis estrangulamentos, que só o estabelecimento de boas relações pode superar, assim:



ITEE — Inspeção Técnica do Exercício da Enfermagem

CICS — Comissão Instaladora dos Centros de Saúde

Em casos superiormente julgados convenientes, para simplificação de circuitos, pode a Comissão Instaladora dos Centros de Saúde delegar à Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem o contato direto com os Diretores de Saúde e Chefes de Serviço de Enfermagem Regional.

Estas enfermeiras dependem administrativamente do Diretor de Saúde, mas tecnicamente da Inspeção Técnica ao Exercício de Enfermagem.

3 — *Atividades executadas pelos Serviços de Enfermagem nos diferentes níveis (7)*

3.1 — A NIVEL CENTRAL — ITEE

a) Orientar os Serviços de Enfermagem dos Centros de Saúde e Hospitais — Centros de Saúde, dependentes da Direção-Geral de Saúde, de modo a obter o seu melhor rendimento e avaliar a sua eficiência;

b) estudar as necessidades dos serviços dependentes de Direção-Geral em pessoal de enfermagem e promover a fixação desse pessoal nas regiões do País mais carecidas;

c) organizar e manter atualizado o inventário do pessoal de enfermagem existente;

d) apreciar, nos aspectos deontológicos o exercício profissional dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em especial nos estabelecimentos de saúde e assistência privados, e participar ao respectivo Sindicato os desvios encontrados;

e) proceder, em colaboração com o Gabinete de Estudos e Planeamento e o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, à elaboração do regime jurídico da responsabilidade profissional dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem;

f) assegurar a aplicação das medidas referentes à carreira de Enfermagem de Saúde Pública e velar pela execução das leis e regulamentos relativos ao exercício da profissão de enfermagem, promovendo, por si ou conjuntamente com o Sindicato Nacional dos

Profissionais de Enfermagem, procedimento judicial contra quem a exerça ilegalmente;

g) fomentar e promover a realização de atividades de educação permanente, atualização, aperfeiçoamento e especialização para o pessoal de enfermagem de Saúde Pública, em ligação com a Escola de Enfermagem de Saúde Pública.

h) orientar o ensino e avaliar a eficiência da Escola de Enfermagem de Saúde Pública;

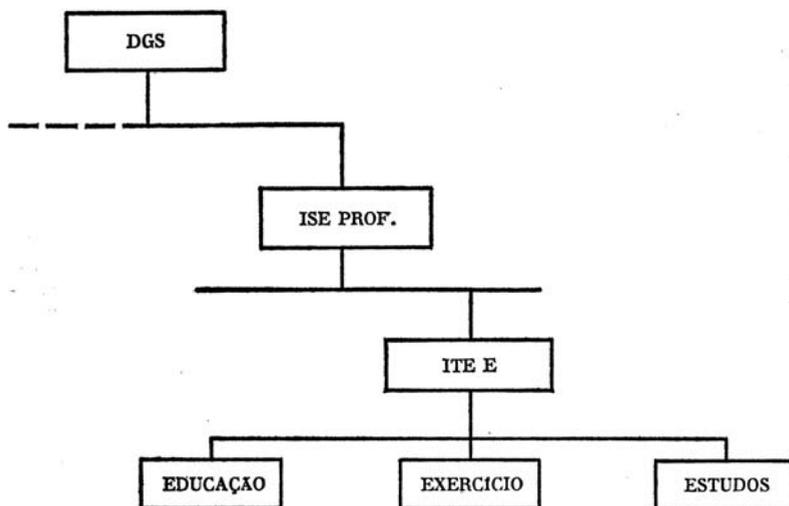
i) homologar os diplomas conferidos pela Escola de Enfermagem de Saúde Pública;

j) dar parecer sobre a validade de diplomas de Enfermagem de Saúde Pública de escolas estrangeiras e escolas nacionais não dependentes do Ministério, para exercício da respectiva carreira;

k) dar parecer sobre licenciamento de postos de enfermagem, e exercer a vigilância dos mesmos;

l) propor as medidas julgadas necessárias ou convenientes para maior eficiência dos serviços de enfermagem de saúde pública e melhoria do nível moral e profissional dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Temos assim:



3.2 — A NÍVEL DISTRITAL

Chefes e subchefes de serviço de enfermagem regional — atribuições

I — A chefe de serviços de enfermagem regional, hierarquicamente subordinada ao Diretor de Saúde, é a responsável pela valência de enfermagem de saúde pública no Distrito.

Compete-lhe:

1 — participar na programação, coordenação e avaliação das atividades dos Centros de Saúde do Distrito, apoiando tecnicamente o Diretor de Saúde na matéria da sua competência;

2 — orientar os serviços de enfermagem dos Centros de Saúde do Distrito, colaborando com cada Diretor de Centro, de acordo com as disposições regulamentares e as diretrizes superiormente estabelecidas e avaliar sua eficiência;

3 — estudar as necessidades em pessoal de enfermagem dos Centros de Saúde do Distrito e manter atualizado o fichário do pessoal existente e candidato;

4 — providenciar no sentido de dotar os Centros de Saúde do pessoal de enfermagem necessário, promovendo a sua fixação nas zonas mais carecidas e propor ao Diretor de Saúde a admissão, transferência e atribuição de subsídio de responsabilidade, de acordo com os respectivos Diretores de Centros;

5 — dar parecer técnico sobre todos os assuntos de enfermagem do Distrito, que lhe sejam superiormente solicitado;

6 — levar ao conhecimento do Diretor de Saúde todos os fatos e sugestões que, de algum modo, possam ter influência no estudo, planejamento, elaboração e execução dos programas em curso e futuros, bem como as observações pertinentes acerca das provisões superiormente emitidas;

7 — promover e desenvolver o trabalho de grupo, participando nas reuniões do conselho interno e promovendo reuniões com os pessoal de enfermagem, não só a nível de sede de distrito mas também a nível de Serviços Concelhios. Estas reuniões, de que são

elaborados assuntos sumários, deverão ser quinzenais, em dia certo da semana, dentro do horário de trabalho e sempre que possível antes das reuniões do Conselho Interno e das periódicas com os diretores de centro;

8 — promover a educação em serviço, estimulando o desejo de atualização e aperfeiçoamento constante do pessoal de enfermagem, organizando atividades, dando orientação aos estágios de integração em serviço e colaborando nas atividades programadas por outros setores e de interesse para o pessoal de enfermagem;

9 — participar na elaboração, execução e avaliação dos programas de formação ou de educação permanente para pessoal de enfermagem, superiormente estabelecidos, e providenciar no sentido de que o pessoal do seu distrito freqüente cursos ou outras atividades de atualização, aperfeiçoamento e especialização;

10 — dar colaboração a Escolas de Enfermagem ou outras entidades que solicitem estágios, visitas de estudo, etc., por forma a proporcionar as melhores condições de aprendizagem com o mínimo de perturbações do funcionamento normal dos serviços;

11 — supervisionar as Subchefes de Serviço de Enfermagem Regional e as enfermeiras responsáveis e participar superiormente os fatos que excedam à sua competência. Preencher as folhas de avaliação desta categoria de pessoal, superiormente aprovadas, e enviá-las anualmente ou quando do termo de funções, ao Diretor de Saúde, após visto do respectivo Diretor de Centro;

12 — orientar as enfermeiras responsáveis na elaboração de horários e planos de trabalho do serviço de enfermagem de saúde pública e avaliar da sua eficiência;

13 — participar na instalação dos Centros de Saúde a abrir ou reorganizar no seu Distrito, emitindo parecer sobre as obras a realizar, por forma a obter-se o melhor resultado funcional e participar também na elaboração das listas de equipamento;

14 — informar pedidos de exoneração e licenças de pessoal de enfermagem e tomar conhecimento das faltas e dispensas de comparência do mesmo;

15 — elaborar o plano de férias do pessoal de enfermagem dos Centros de Saúde do Distrito, de acordo com os respectivos Diretores de Centro, e remetê-lo ao Diretor de Saúde;

16 — comunicar, através dos serviços administrativos do Centro de Saúde Distrital, a Comissão Instaladora dos Centros de Saúde, início e termo de funções e de atribuição de subsídios de fixação e transferências do pessoal de enfermagem;

17 — providenciar para que as enfermeiras de saúde pública se habilitem com carta de condução(*) nos termos da provisão em vigor e informar em conseqüência a Comissão Instaladora dos Centros de Saúde, através dos serviços administrativos do Centro de Saúde Distrital. Informar as participações de acidentes, deficiências graves e deteriorações das viaturas, em ordem a apurar-se responsabilidades, quando conduzidas pelas enfermeiras de saúde pública, e enviá-las ao respectivo Diretor de Centro;

18 — providenciar no sentido de evitar acidentes em serviço, tomar conhecimento quando os mesmos ocorram com o pessoal de enfermagem e, neste caso, tomar as medidas necessárias para que o serviço seja o menos possível afetado;

19 — requisitar os uniformes para o pessoal de enfermagem, nos termos da provisão em vigor;

20 — tomar conhecimento das provisões, despachos e demais documentos emanados dos serviços centrais, distritais ou concelhios e assegurar-se que o pessoal de enfermagem tome conhecimento do que lhe respeite;

21 — apreciar na generalidade os mapas de movimento mensal de cada Centro de Saúde e em particular o que respeita ao pessoal, de enfermagem e visá-los devolvendo-os ao Diretor de Saúde;

22 — receber os “mapas de movimento mensal da valência de enfermagem de saúde pública” visados pelo respectivo Diretor do Centro, apreciá-los, informá-los, propondo medidas a adotar para melhoria do funcionamento e remetê-los ao Diretor de Saúde;

23 — preencher as folhas de “registro de atividades do pessoal de chefia do Serviço de Enfermagem Regional”, informar as mesmas folhas preenchidas pelas subchefes do seu Distrito, e enviá-las ao Diretor de Saúde, mensalmente;

(*) Carta de motorista (Nota da Redação).

24 — elaborar um relatório anual das atividades da valência de enfermagem de saúde pública do Distrito, de acordo com o esquema superiormente aprovado, e enviar ao Diretor de Saúde e à Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem.

II — À Subchefe de Serviço de Enfermagem Regional, hierarquicamente subordinada à Chefe de Serviço de Enfermagem Regional, compete:

1 — coadjuvar e substituir a Chefe de Serviço de Enfermagem Regional nos seus impedimentos ou sempre que esta o entenda conveniente;

2 — realizar as tarefas constantes das alíneas 8, 9 e 10 do ponto I, sob orientação da Chefe de Serviço de Enfermagem Regional.

3 — orientar diretamente e substituir, eventualmente, a enfermeira responsável pelo serviço de enfermagem de saúde pública do Centro de Saúde Distrital.

3.3 — *A NIVEL LOCAL*, devemos considerar aqui o trabalho da enfermeira de campo. Existe uma enfermeira em cada Centro de Saúde que é a responsável pelo serviço de enfermagem do respectivo Centro. O número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem existente nos Centros de Saúde varia de acordo com as características da área coberta, geralmente entre uma enfermeira para 5.000 habitantes, até uma enfermeira para 10.000 habitantes. A equipe de Enfermagem de Saúde Pública, constituída por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, apresenta habitualmente a seguinte proporção: duas a três enfermeiras para uma auxiliar de enfermagem; isto porque se considera que o trabalho de enfermagem na Comunidade exige profissionais qualificados. Tem sido nossa opinião que há necessidade de se considerar que nenhum dos profissionais existentes no Centro de Saúde está qualificado para substituir outro; e uma situação de respostas de substituição, superficial e parcial é geralmente mais grave para a população, do que outra de necessidades não cobertas, por criar um sentimento de falsa segurança.

Compete à enfermeira responsável pelo Centro de Saúde, após o conhecimento da área total abrangida pelo Centro de Saúde (MSA⁸), fazer a divisão geográfica da mesma, atribuindo a cada enfermeira uma área.

A enfermeira tem de realizar no Centro de Saúde para cumprir as suas funções (4) segundo (4):

- atividades de planejamento do seu trabalho;
- reunião com a enfermeira responsável ou chefe ou subchefe dos Serviços de Enfermagem Regional;
- visitas domiciliares;
- educação de saúde em entrevista;
- educação de saúde em grupo;
- supervisão ou atendimento em consulta;
- supervisão ou atendimento em tratamento;
- contato com outras instituições;
- atividades de educação em serviço.

Devo acrescentar que utilizamos nos Centros de Saúde em Portugal fichas de família e que o atendimento às famílias é sempre e tanto quanto possível feito pela enfermeira da área respectiva. Este procedimento, embora acarrete dificuldades de planejamento de atividades, foi aplicado nos Centros de Saúde, como uma boa experiência já tida pela Fundação de Assistência Materno-Infantil Nossa Senhora do Bom Sucesso, instituição considerada pioneira e modelo em enfermagem de Saúde Pública em Portugal.

Nessa ficha de família está incluído, entre outros dados, um plano de cuidados à família, o que significa, para que ele seja bem feito, a intervenção dos vários técnicos que contactam com a família, portanto pelos membros da equipe de saúde e pela própria família ao aceitar a ajuda.

Pretende-se que estes planos de cuidados de enfermagem sejam motivo de colóquios e discussão, que vão ajudar a enfermeira a focalizar melhor os problemas, quer de saúde física, quer mental,

e a sugerir possíveis soluções. Devo dizer-lhes que tem sido uma luta a introdução do planejamento dos cuidados de enfermagem.

Em relação aos contatos da enfermeira de Saúde Pública com a comunidade, tenho conhecimento de que, à medida que os centros vão abrindo, elas têm participado ativamente não só na informação, como na formação de grupos, segundo informação (2).

No DISTRITO DE BRAGA

Objetivos

- sensibilização para os problemas de saúde;
- valorização dos centros de saúde como instituição;
- tornar sensíveis determinadas necessidades reais.

Grupos

alunos da Escola do Magistério Primário, da Escola de Enfermagem, da Escola de Educação Rural, de Cursos de férias e de Cursos de Formação Sanitária Rural.

DISTRITO DE CASTELO BRANCO

Objetivo

- saneamento do meio

Grupos

varredores, polícia, vendedores fixos na praça, empregadas domésticas, do Asilo Infância Desvalida, operários, de instituições de ensino, escolas técnicas, professores e alunos, Escolas do Magistério Primário, Escolas de Enfermagem, Jardim Escola (educadoras e empregadas) e escola primária (professoras e alunos).

DISTRITO DE LISBOA

Objetivos

- realojamento da população;
- saneamento do meio;

- sondagem de interesses;
- curso de higiene materno-infantil;
- conscientização para o problema cólera (9).

Grupos

- Quinta do Ourives;
- Bairro de Santa Maria;
- de moças;
- *ad hoc* — no momento da cólera.

CONCELHO DE MIRANDELA

Objetivo

- sensibilização da população para os problemas de saúde: brucelose e febre tifóide.

Grupos

- alunos do Liceu e Escola Técnica.

CONCELHO DE POMBAL

Objetivos

- luta anti-alcoólica;
- modificação de hábitos alimentares.

Grupos

- comissões de pais e mestres, grupos de alunos de escola técnica; comissões formadas pela Caritas.

CONCELHO DE GUIMARÃES

Objetivos

- primeiros socorros;
- higiene da alimentação.

Grupos

- escoteiros, grupos de férias, noivos.

DISTRITO DO PORTO

Objetivos

- higiene geral;
- higiene da alimentação;
- primeiros socorros.

Grupos

- preparação de realojados; operárias de fábrica; moças de patronato; crianças de escola primária; moças da escola do magistério primário.

CONCELHO DO CARTAXO

Grupos

- Crianças do jardim de infância; ajudantes de jardim de infância; pessoal de cozinha e limpeza; educadoras de infância; Casa do Povo com senso de educação familiar rural; professores primários.

Num trabalho comunitário, é de grande importância o trabalho com grupos reduzidos, desde que significativos dentro da orgânica da comunidade, para sua formação e estruturação, sempre que se garanta a sua abertura à comunidade.

Em relação aos temas tratados que constituíram objetivo da formação dos grupos, foi dada prioridade às necessidades sentidas pelo próprio grupo.

Muito gostaria de vos trazer dados concretos sobre avaliação da atuação das Enfermeiras de Saúde Pública na comunidade, mas como a experiência é recente, não poderei dar-vos senão a idéia de que a procura que os Serviços de Saúde Pública têm na atualidade tem crescido assustadoramente e constitui para nós indicador de aceitação do serviço. Tem-se verificado, ainda, após o início da experiência de articulação de Centros de Saúde com os Serviços de Previdência Social, que as próprias enfermeiras do Ministério da Previdência já desejam trabalhar ao nível das enfermeiras preparadas para os Centros de Saúde. Deduz-se que a atuação das primeiras criou nas segundas o desejo de melhorar padrões de trabalho, visto que só após essa experiência, inicialmente chocante, se verificaram inscrições para cursos de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública, referentes às enfermeiras da Previdência, na Escola de Enfermagem de Saúde Pública, local onde intensivamente se preparam enfermeiras para o trabalho em Centros de Saúde.

Em referência à avaliação de serviços, desejamos mostrar-vos algumas imagens dessa instituição que consideramos modelo, FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NOSSA SENHORA DO BOM SUCESSO (FMINSBS) (10), visto que os Centros de Saúde se iniciaram há pouco mais de um ano, à sua imagem e semelhança. Temos dados apenas referentes a anos anteriores, mas toda a nossa orientação aos Centros de Saúde se baseou na experiência desta instituição, cuja Diretora é uma das enfermeiras mais competentes do País. Esperamos, pois, vir a obter avaliações semelhantes.

Em primeiro lugar gostaria de vos mostrar a folha de registro de trabalho diária da FMINSBS que segue em anexo.

Em seguida poderemos verificar os vários gráficos referentes a:

- Higiene da Maternidade — Número de observação de 1952 a 1967;
- Níveis de Prevenção em Higiene Materna — 1962 a 1967;
- Higiene Infantil — número total de crianças inscritas — 1951 a 1967;
- Higiene Infantil — número total de observação de 1951 a 1967;
- Níveis de Prevenção em Higiene Infantil de 1962 a 1967;
- Visitas Domiciliares do Médico de 1959 a 1967;
- Atividades de Enfermagem — percentagem do tempo gasto nas diversas atividades de 1963 a 1967;
- Número de visitas e tempo de visita domiciliária de 1963 a 1967.

4 — CONCLUSÃO

Apesar do muito que têm para pôr em andamento, as enfermeiras portuguesas estão animadas de muita fé e coragem para levar a cabo tão árdua tarefa: colaborar o mais possível para o desenvolvimento do País e lutar sem reservas pela elevação da profissão.

Segundo GLEN LEET "O desenvolvimento da comunidade é essencialmente um desenvolvimento humano. No seu campo, o objetivo é criar um ambiente em que os homens e as mulheres possam expressar seu direito intrínseco à vida, à liberdade e à felicidade, sem serem escravizados pela fome, pobreza ou ignorância. A fim de atingir esses objetivos, deverão ser satisfeitas as necessidades básicas do homem para expressar-se, crescer e construir sua vida de maneira a realizar seus ideais. Precisa somente de estímulo

e de compreensão; o conhecimento de que os outros reconhecem sua individualidade e a respeitam; e a orientação que evoca sua capacidade latente para atingir seus objetivos”.*

A minha estadia no Brasil, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, não é mais do que continuação da política de “renovação na continuidade” como diz o Prof. Marcello Caetano. Preciso de aprender convosco e levar para Portugal a bagagem de conhecimentos que irão contribuir para um Portugal melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — NINA, C. Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. *O Médico*, 58: 825-33, 1971.
- 2 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Avaliação e Programação do Serviço de Educação Sanitária*. Lisboa, 1971.
- 3 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Decreto-lei n.º 413 de 27 de setembro de 1971* Lisboa, 1971.
- 4 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Estudo das normas que hão de regular as atividades de Enfermagem de Saúde Pública e de Serviço Social*. Lisboa, 1971
- 5 — PORTUGAL. Ministério de Saúde e Assistência. *Para uma reforma do Ministério de Saúde e Assistência*. Lisboa, 1970.
- 6 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Projeto de norma de serviço sobre conceitos da documentação dos Centros de Saúde, respeitando à Enfermagem de Saúde Pública*. Lisboa, 1972.
- 7 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Projeto de norma de serviço sobre atribuições das Chefes e Subchefes de Serviço de Enfermagem Regional*. Lisboa, 1972.
- 8 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Projeto de instrução de serviço sobre diretrizes para levantamento sanitário de comunidade*. Lisboa, 1972.
- 9 — PORTUGAL. Ministério da Saúde e Assistência. *Surto epidêmico de cólera na área metropolitana de Lisboa: relatório*. Lisboa, 1971.
- 10 — Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materno-Infantil de Nossa Senhora do Bom Sucesso. Lisboa, 1968.

(*) GLEN LEET, “Partnerships Available in the Community Development Foundation Counselor Corps” (New York: Community Development Foundation).

ANEXO 1
HIGIENE DA MATERNIDADE
(NOVAS INSCRIÇÕES E READMISSOES)

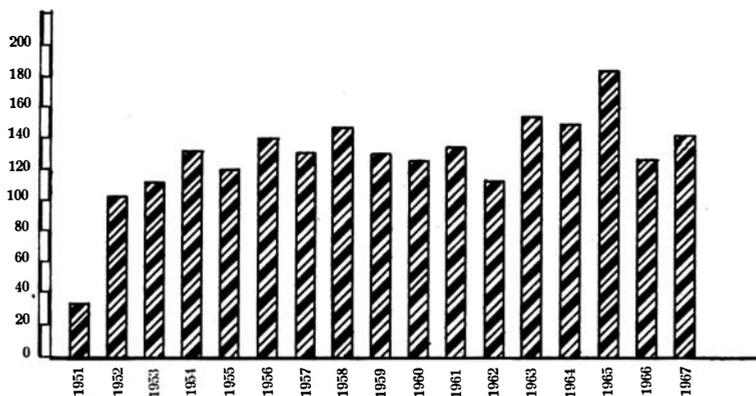


GRAFICO I

HIGIENE DA MATERNIDADE
(NÚMERO DE OBSERVAÇÕES)

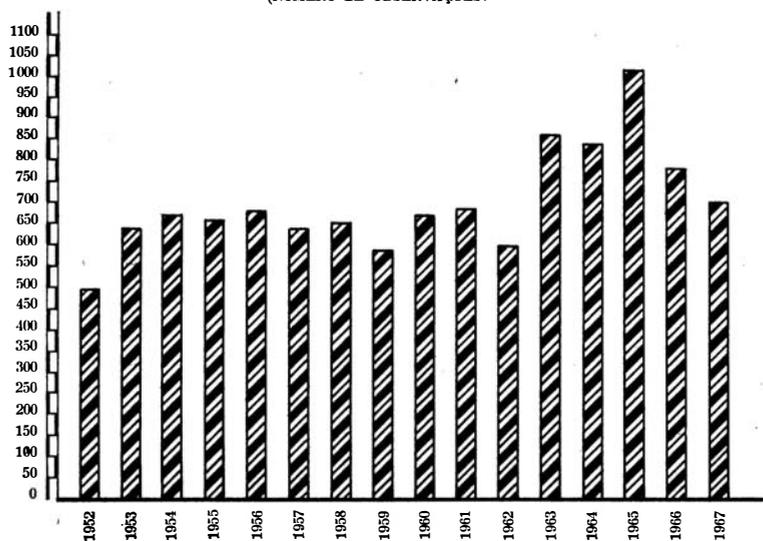


GRAFICO II

Fonte: Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materno-Infantil, de Nossa Senhora do Bom Sucesso. Lisboa, 1968.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO EM H.MAT.
(NÚMEROS ABSOLUTOS-ANUAIS)

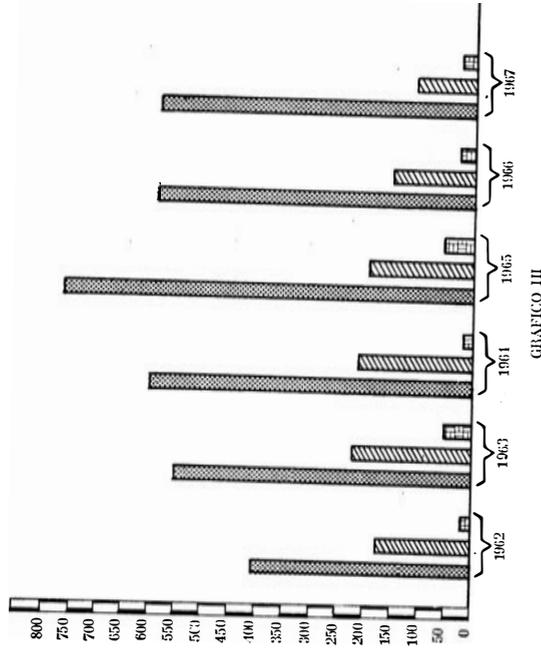
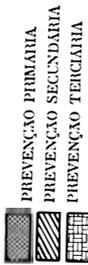


GRAFICO III

Fonte: Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materno-Infantil, de Nossa Senhora do Bom Sucesso, Lisboa, 1968.

HIGIENE DA MATERNIDADE
(ANÁLISES)

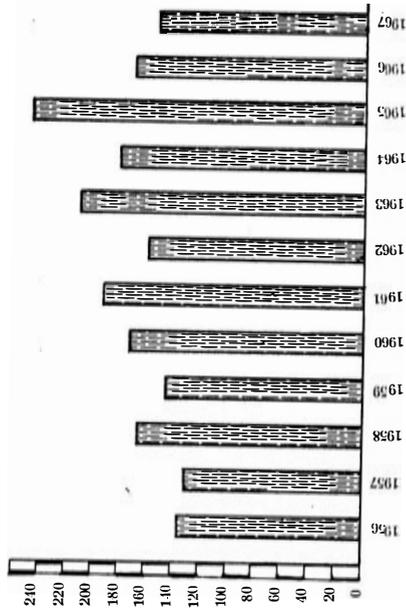


GRAFICO IV

ANEXO 3

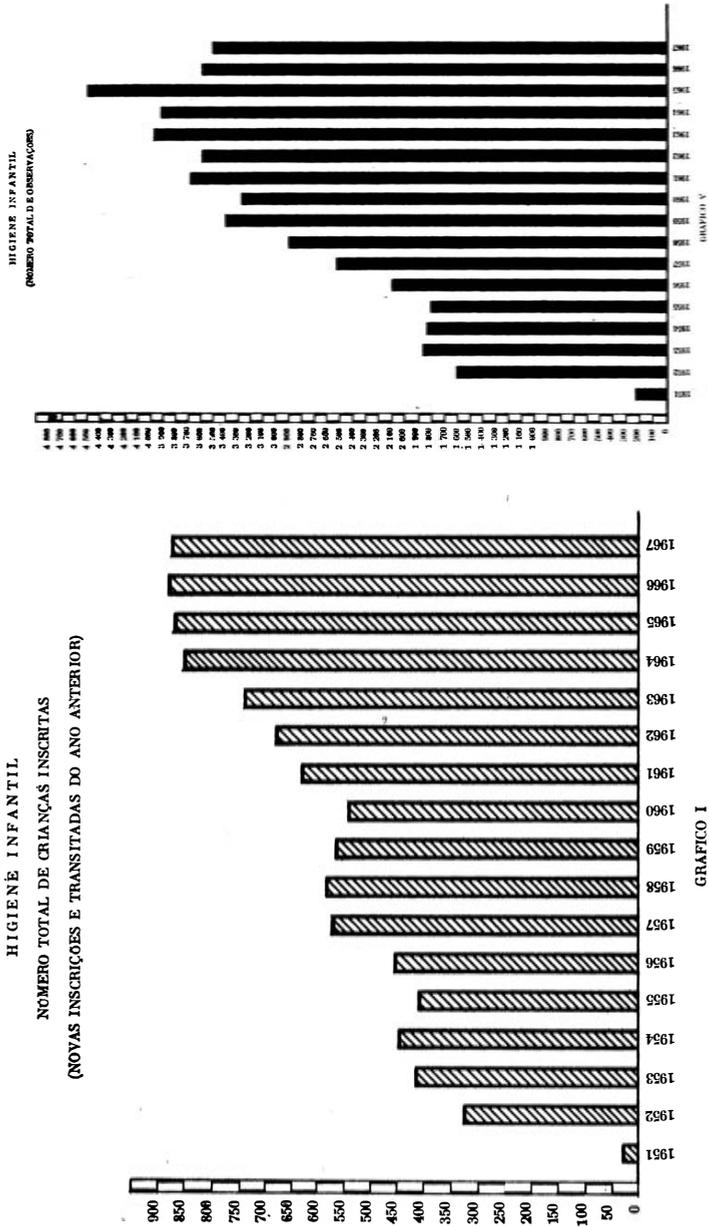


GRÁFICO I
 Fonte: Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materno-Infantil, de Nossa Senhora do Bom Sucesso, Lisboa, 1968.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO EM HIGIENE INFANTIL

(N.ºs TOTAIS ANUAIS)

- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- TERCIARIA

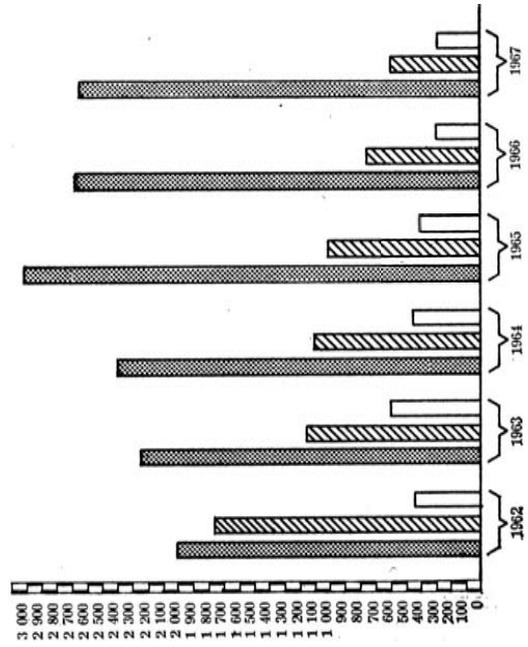


GRAFICO VI

VISTAS DOMICILIARIAS DO MEDICO

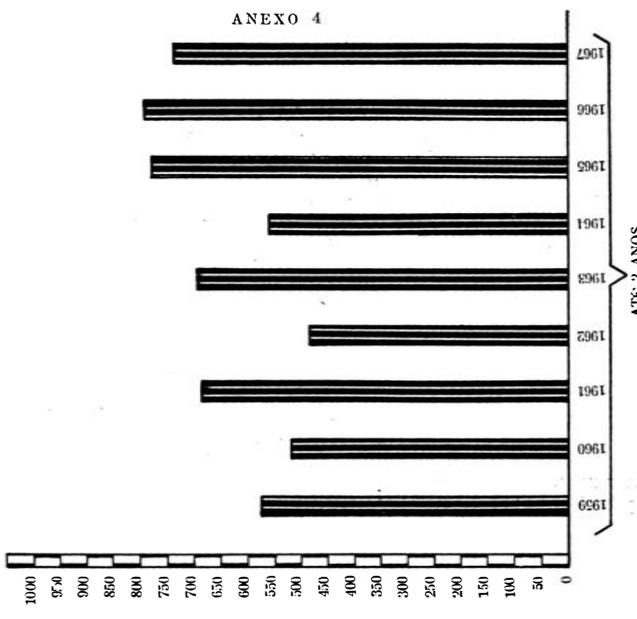


GRAFICO VII

ANEXO 4

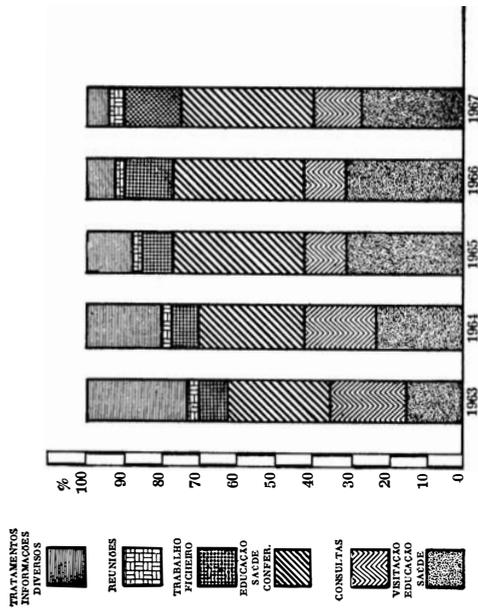
Fonte: Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materna Infantil, de Nasser Scheibler do Bom Sucesso, Lisboa, 1968.

ANEXO 5

Nome Data.../.../...
 Hora Entrada...h
 Hora Saída.....h

PREVENÇÃO PRIMARIA	<i>Exames seletivos</i>			
	Vigilância das grávidas			
	Vigilância do desenvolvimento das crianças			
	Vigilância de outros grupos			
	Imunizações específicas			
	Educação de saúde			
	Visitas n.º pessoas			
	Individual			
	Em grupo			
	Ligação com			
	serviços sociais			
	serviços de saúde			
creches e jardins infantis				
Salubridade do ambiente				
Distribuição de nutrientes				
		Total /		
PREVENÇÃO SECUNDARIA	<i>Exames Seletivos</i>			
	Rastreio das perturbações da gravidez			
	Rastreio das perturbações do desenvolvimento da criança			
	Rastreio das perturbações de saúde mental			
	Rastreio de outras perturbações			
	Educação de Saúde			
	Visitas n.º pessoas			
	Individual			
	Em grupo			
	Informações			
	Ligação com			
	serviços sociais			
serviços de saúde				
creches e jardins infantis				
		Total /		
PREVENÇÃO TERCIARIA	<i>Tratamento</i>			
	Consultas			
	H. Maternidade			
	H. Infantil			
	S. Mental			
	Informações			
	Intervimentos			
	Aplicação Tratamentos			
	Educação de Saúde			
	Visitas n.º pessoas			
	Individual			
	Em grupo			
Ligação com				
serviços sociais				
serviços de saúde				
		Total /		
	Visitas.	HM n.º		
		HI n.º		
		H Me n.º		
	Total Pessoas n.º			
	Total Famílias n.º			
	Tempo percurso			
	Tempo em visitas			
	Total de Tempo			
	Reuniões			
	Planejamento do Trabalho e Registos			
	Supervisão Pessoal			
	Supervisão Alunas			
	Serviço Administrativo			
	Estudo e visitas de estudo			
	Diversos			
		TOTAL / .../...		

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
(PERCENTAGEM DE TEMPO GASTO NAS DIVERSAS ATIVIDADES)



A partir de 1965 com a admissão de uma Auxiliar- de-Enfermagem para as Atividades de Consulta, Tratamentos e Informações, diminuiu o tempo gasto pelas Enfermeiras em tais atividades, especialmente em tratamentos e informações.

O tempo gasto em consulta que ainda se mantém, aumenta devido à procura de cuidados e necessidades da Enfermeira na consulta de saúde mental.

GRAFICO I

Fonte: Relatório das atividades da Fundação de Assistência Materno -Infantil, de Nossa Senhora do Bom Sucesso, Lisboa, 1968.

GRAFICO II

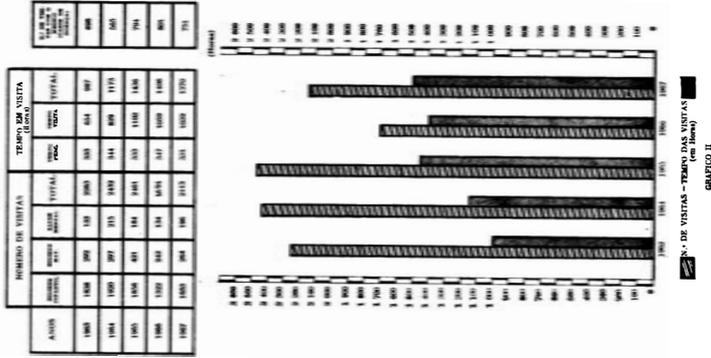


GRAFICO II