

PÁGINA DO ESTUDANTE

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE

Grace Anne Matos *
Neiva Francenely da Cunha **

ReBEn/13

MATOS, G.A. e Colaboradora — Assistência Primária de Saúde. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 100-116, 1981.

“Vá em busca do seu povo;
Ame-o
Aprenda com ele;
Planeje com ele;
Sirva-o
Comece com aquilo que ele sabe;
Construa sobre aquilo que ele tem.”

KWAME N'KRUMAH

APRESENTAÇÃO

Assistência, Atenção ou Cuidados Primários em Saúde, conforme terminologia utilizada por diferentes autores, são, em nossos dias, um tema bastante discutido, visto o reconhecimento do baixo padrão de saúde em que se encontra a maior parte da população mundial — influência de fatores econômicos, sociais e políticos na situação e ineficiência dos serviços de saúde mais especializados para atenderem às necessidades detectadas.

Essas discussões geram inúmeros aspectos de abordagem do assunto.

Através de revisão bibliográfica delimitamos nosso enfoque à conceituação, evolução histórica e filosofia que devem reger os trabalhos neste nível de atendimento, além do papel do profissional de enfermagem na nova consciência de ação.

Esperamos ter atingido a essência, para a compreensão dessa atual política de ação e ter transmitido, com nossas idéias, alguma contribuição para o pleno atendimento de seus objetivos.

RESUMO

A Assistência Primária em Saúde é conceituada de formas que incluem diferentes facetas que se somam na conceituação obtida quando da Conferência de Alma-Ata. Uma retrospectiva histórica mostra que há exemplos de atitudes de promoção de saúde, desde a antiguidade até as conferências de nações, para discussão sobre Assistência Primária no mundo moderno. A Conferência de Alma-Ata trouxe conclusões

* Aluna da Habilitação de Enfermagem Médico-Cirúrgica da UFC.

** Aluna da Habilitação de Enfermagem em Saúde Pública na UFC.

que fundamentam propostas e análise de exemplos de trabalhos em Assistência Primária, bem como a redefinição de papéis de profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro.

ABSTRACT

The concepts of Primary Health Care that we have seen are structured in different ways that are included in the total concept defined at Alma-Ata Conference. Looking back in time we can observe forms of Primary Health Care from ancient time until the nations conferences to discuss modern Health Care, the Alma-Ata Conference arrived to conclusion that were fundamental to project analysis in Primary Health Care as well as the role of professions, including the nurses.

I — INTRODUÇÃO

CONCEITOS

Leavel e Clark (8) chamaram prevenção primária o procedimento de prevenir a doença em seu curso natural, no período pré-patogênico, referido como fatores hereditários, sociais e econômicos ou do meio ambiente que podem estar criando estímulos patogênicos antes mesmo da interação com o homem. Disseram ser prevenção primária ações de promoção de saúde como educação e motivação sanitária, nutrição adequada, atendimento para o desenvolvimento ótimo da personalidade, medidas aplicáveis a uma doença ou quadro de doenças específicas.

Os documentos da OMS têm definido Assistência Primária como "conjunção de atividades destinadas ao atendimento das necessidades básicas da comunidade no que se refere à saúde. Assim, é parte de uma fórmula que reúne, no âmbito da comunidade e em função de suas características sócio-econômicas e culturais os elementos necessários para produzir considerável im-

pacto na saúde e no bem-estar de seus membros" (13). "Muito mais que simples extensão dos serviços básicos de saúde", enfatizaram os senhores diretores gerais da OMS e diretores executivos da UNICEF, "abrange fatores sociais e de desenvolvimento e, se for aplicado de maneira apropriada, influirá no funcionamento do resto do sistema de saúde" (13) (5).

Quanto à posição no Sistema Nacional de Saúde, a Assistência Primária é o ponto inicial de contato do indivíduo com o sistema, geralmente é a porta de acesso do usuário a níveis de atenção mais complexos e custosos (11) (15).

Todos esses aspectos que caracterizam a Assistência Primária à Saúde vêm sendo incluídos na conceituação de Alma-Ata, quando a determinou como "cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando, ao máximo possível, os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde" (6).

HISTÓRICO

A Assistência Primária à saúde não é uma filosofia e prática exclusiva a nossa era. Entrelaçada com a saúde pública, manifestou-se desde os primórdios da humanidade em aspectos que visavam a proteger a saúde dos grupos

mais susceptíveis e promover melhores condições ambientais para manutenção da saúde.

Os caldeus, já nos séculos XX e XXI a.C., incluíram no código Hamurabi prescrições de proteção às gestantes. Os hindus, no Rig-Veda, destinavam um capítulo do volume Jahir-Veda à higiene da criança desde o nascimento e às irregularidades durante a lactação (16). O Levictus contém o que foi talvez o primeiro código de higiene escrito, que estabeleceu uma série de responsabilidades das pessoas e da comunidade sobre higiene corporal, conduta quanto às doenças infecciosas, proteção dos reservatórios de água e alimento e destino dos dejetos (2).

A consciência sanitária, na Antigüidade, teve seu ápice com os romanos durante o Império, que dispunham de leis de vigilância sanitária e possuíam obras de engenharia sanitária como banhos públicos, abastecimento de água e esgotos, alguns ainda hoje em uso (2).

A Idade Média marcou um longo período de obscuridade na compreensão do valor da saúde do homem (2).

Em 1798, Edward Jenner e Johoner Peter Frank criaram o primeiro método científico e efetivo para a prevenção de uma enfermidade com a descoberta da vacina contra a varíola. Cerca de uma década depois foi publicada uma obra de 18 volumes: "Um Sistema Completo de Vigilância Médica", que deixou pela primeira vez, claramente estabelecidos, os conceitos e princípios que devem reger a ação de um governo para proteção da saúde (2).

A Primeira Conferência Internacional dos Estados Americanos, em 1890, se deu pela necessidade de eliminar os problemas de propagação de doenças transmissíveis pelo comércio portuário. Uma década depois dos trabalhos resultantes daquela conferência, foi criada a Oficina Internacional Sanitária, precursora da Organização Pan-Americana

de Saúde. A criação da ONU e o estabelecimento da OMS, após a Segunda Grande Guerra, muito favoreceu o intercâmbio entre as nações quanto aos seus próprios problemas de saúde (1).

A carta de Punta Del Este (1960) reconheceu oficialmente que a saúde não existe por si mesma e, sim, está estreitamente vinculada ao desenvolvimento econômico, social e político. Primeira vez em que é assumida a idéia de saúde do homem como parte de um todo de ações da sociedade (1).

A década de 70 foi marcada pela consolidação dos esforços internacionais na direção à assistência primária à saúde como item imprescindível no conjunto de medidas para o contínuo desenvolvimento de um país.

O plano Decenal de Saúde das Américas, as resoluções das Assembléias Mundiais de Saúde, com a criação do slogan "saúde para todos até o ano 2000", demonstram a conscientização da prioridade e urgência de levar a todos, principalmente à grande maioria populacional menos favorecida, uma assistência primária de saúde.

A preocupação das nações quanto à preservação da saúde de suas populações culminou com a realização da "Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde" em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética de Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978. A Conferência foi precedida de reuniões regionais e internacionais, tendo o Brasil participado da "IV Reunião Especial de Ministros de Estados-Membros da OPS" (6), (13), (14).

A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência, enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental, cujo alcance requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde. Lembra que a promoção e proteção dos povos é parte essencial do desenvolvimento e contri-

bui para a melhoria de vida e para a paz mundial (14).

A Conferência de Alma-Ata estabelece que os cuidados primários de saúde constituem o meio para atingir a meta de "um nível de saúde que permita aos povos levar uma vida social economicamente produtiva". Caracterizam esses cuidados primários como:

- espelho e fonte das condições econômicas e das características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades;
- objetivando os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação necessários à resolução desses problemas;
- incluindo pelo menos: "educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais" (14);
- uma ação de participação de todos os setores e campos de atividades, além da saúde, contribuintes para o desenvolvimento nacional e comunitário e a harmonia entre estes setores;
- uma ação de melhoria dos cuidados primários à saúde, prioritariamente aos mais necessitados, com a participação da comunidade desde o planejamento até a avaliação dos serviços executados;

— fazendo o mais pleno uso possível de recursos materiais e humanos disponíveis, inclusive praticamente leigos do campo de saúde convenientemente treinados para trabalhar com a equipe de saúde e atender às conveniências da comunidade (12), (14).

"A VII Conferência Nacional de Saúde", realizada em março deste ano, reforçou as recomendações implícitas na Declaração de Alma-Ata. Dr. Mahler, na ocasião, lembrou ser o Brasil "um grande campo de ação, permitindo-se ser um modelo e através de suas experiências beneficiar outros países do mundo" (4).

Dentro dessa filosofia de ação, podemos citar exemplos de trabalho como o realizado em Guatemala pelo Dr. Carol Berhshorst (3), enfatizando os aspectos de integração de serviços de saúde com fatores sócio-econômicos e participação comunitária. E, mais próximo de nós, o exemplo de Londrina (Anexo 1), demonstrando o fluxo de clientes entre profissionais de saúde de níveis mais simples aos mais complexos dentro do Sistema Nacional de Saúde.

II — A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

A Conferência de Alma-Ata recomenda "que os governos atribuam alta prioridade à utilização integral de recursos humanos, definindo sua função técnica, suas qualificações de apoio e as atitudes requeridas de cada categoria de profissional de saúde de acordo com as tarefas que devem ser desenvolvidas para assegurar a eficácia dos cuidados primários de saúde" (14).

Na IV Reunião Especial, os Ministros da Saúde das Américas afirmaram que "os recursos humanos são de importância fundamental para o atendimento das necessidades da população quanto à saúde. Em virtude da natureza mutável dessas necessidades, cumpre

desenvolver novas modalidades de prestação de serviços em que o pessoal de saúde se associe à própria comunidade" (13).

Qual é, então, a posição da enfermeira frente à definição de suas funções técnicas, qualificações e atitudes requeridas? Quais são suas novas modalidades de serviço adaptados às mutáveis necessidades e recursos da comunidade?

Temos os problemas de saúde e os parâmetros de ação. Acreditamos que, antes de tudo, é necessário ao enfermeiro uma interiorização do potencial de ação que lhe cabe e profundo conhecimento da comunidade a que serve.

O documento da OMS/OPS, quanto ao papel do enfermeiro, preconiza que o mesmo deve fazer "diagnóstico do nível de saúde do indivíduo e da comunidade como um todo". O Ministério da Saúde, junto com os órgãos supracitados, formulou padrões de assistência de enfermagem entre os quais estão a identificação dos grupos de alto risco na comunidade, participação no processo de planejamento de saúde e assistência como base no plano geral de saúde. Importante contribuição será levando a esses planejamentos as necessidades básicas reais da comunidade (5).

O enfermeiro precisa de incorporar a seu serviço "a capacidade do indivíduo e da comunidade para identificar e satisfazer suas necessidades" (11), "tomar medidas para que o cliente e/ou a comunidade participem na identificação de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento dos programas, visando a atendê-los" (5). Essas atividades vão contra o paternalismo na prestação de serviço; contra o diagnóstico, planejamento, execução e avaliação à revelia da comunidade. É uma exigência para que o enfermeiro assuma o papel de facilitador da compreensão da comunidade de suas necessidades bási-

cas e dos meios de que pode dispor para supri-las.

Pede-se do enfermeiro, ainda, "tomada de decisões em situações que exijam discernimento e a execução de soluções pertinentes" (1). A IV Reunião dos Ministros de Saúde das Américas discutiu a importância de adequação de pessoal às necessidades do serviço que vão prestar e segue analisando a formação necessária de consciência crítica dos profissionais de área de saúde (13), indispensável para que o enfermeiro seja eficiente nessa atribuição.

Segundo considerações da OMS/OPS no estudo "El papel de la Enfermera en la Atención Primária de Salud", esses são novos padrões de comportamento gerais para acompanhar o rumo definido da Assistência Primária em Saúde.

III — PROPOSTA DE MODELOS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE

MODELO 1 — ENFERMAGEM NA EMPRESA PÚBLICA OU PARTICULAR E COMUNIDADE

A Assistência Primária requer medidas essenciais que favoreçam ao desenvolvimento da saúde, o qual não poderá obter-se isoladamente, devendo comungar com os esforços do desenvolvimento econômico e social.

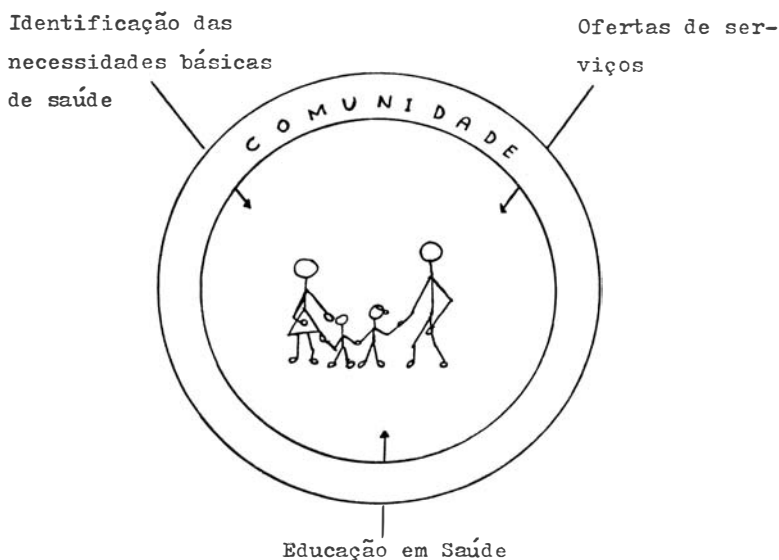
Baseado no princípio de que a Assistência Primária requer participação política, através das metas governamentais e participação comunitária, extrapolaremos o princípio anterior e, em nossa proposta à Empresa Pública ou Particular, passará a ser o governo e consideraremos os seus funcionários a comunidade. Portanto, a Empresa passará a ter como meta social a saúde de todos, promovendo também o desenvolvimento econômico e social, aumentando a força do trabalho.

Em nossa proposta de Assistência Primária, cada funcionário da Empresa será o primeiro elo de contato neste nível de assistência que, em seguida, estenderá à família e à comunidade a que pertença.

Esse funcionário será encaminhado pelo serviço da área social ou departamento pessoal da Empresa ao Serviço de Enfermagem. Primeiramente, serão encaminhados funcionários com dois anos de admissão, inclusive até o momento atual. Em seguida, tentar-se-á abranger todo o universo de funcionários da Empresa.

Na impossibilidade de atender de imediato a todos os funcionários e para evitar que a consecução dos objetivos da Assistência Primária se degenere, serão estabelecidas etapas na abrangência da população a ser atendida pelo serviço de saúde.

O estabelecimento destas etapas poderá ser em função do salário e/ou tipo de cargo que ocupa. Isto não significa que apenas as pessoas desassistidas serão beneficiadas pelos serviços de saúde, mas, que serão primeiramente atendidas quanto às suas necessidades básicas e, posteriormente, após todas as etapas vencidas, atingir-se-á a cobertura de 100% dos funcionários da Empresa.



Identificação das necessidades básicas — A ação da Enfermagem é a descoberta de fatores desviantes de saúde que afetam o trabalhador e/ou família. Isto é conseguido através de entrevistas com o funcionário, procurando possíveis causas para tais desvios (17). Nesta entrevista será abordada a situação sanitária, imunização dos filhos, medidas de saneamento tomadas e a participação da família na comunidade.

Os dados obtidos serão analisados com o funcionário e tomadas as medidas necessárias para promoção de sua saúde e de sua família.

Ofertas de Serviços — Diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem de que o funcionário e/ou família necessitar e orientação no que for preciso, dentro dos padrões de cuidados de Enfermagem para favorecer na promoção

da saúde. Em síntese, a oferta de serviço implica em assistir o homem e/ou família através de métodos e técnicas de Enfermagem, adquiridos durante a vida acadêmica de graduação, habilitação, especialização e outros (17).

Educação em Saúde — A função principal do enfermeiro(a) será a de mudar o comportamento desse trabalhador e família quanto a hábitos que promovam a saúde (17), orientando a família quanto à responsabilidade na manutenção da saúde e à importância da participação comunitária no desenvolvimento global.

“O enfermeiro conhecendo a situação de saúde de cada trabalhador e de seus dependentes, através de dados de interpretação e a análise dos mesmos, poderá orientar e encaminhar todos aqueles que a ele recorrem com os mais diversos problemas, dando soluções dentro de sua possibilidade” (17).

Para consecução dos objetivos neste nível de assistência, não incluímos, no esquema, o serviço social, pois consideramos que o funcionário já tenha passado por este serviço, sendo encaminhado pelo mesmo ao Serviço de Enfermagem (Apêndice I).

A introdução da Unidade de Saúde fora da Empresa coloca o funcionário e família à disposição dos dois serviços de saúde, como também favorece à coordenação entre os setores de saúde

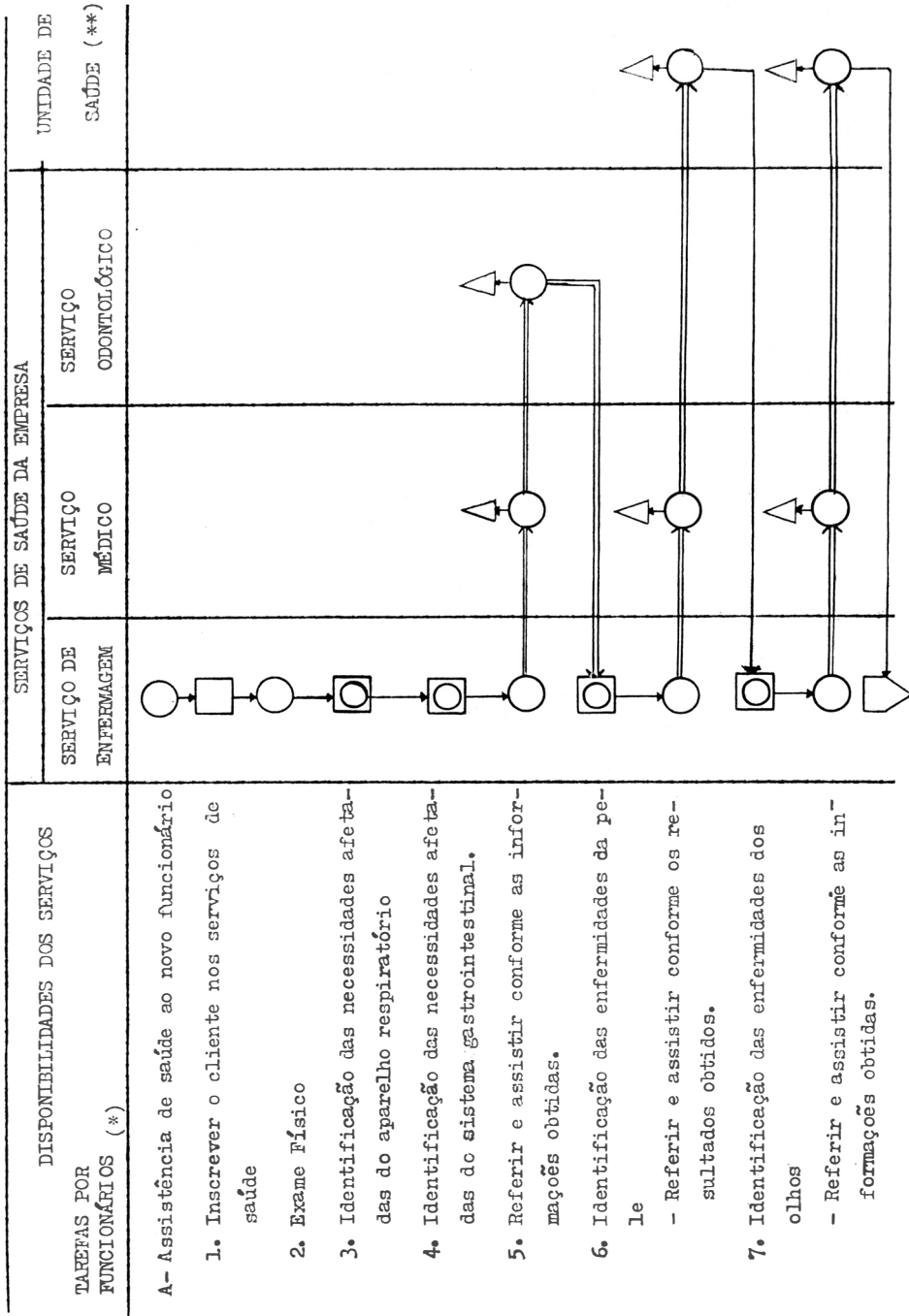
ou de profissional para profissional, através do sistema de referência de clientes, dando oportunidade ao funcionário de conhecer o desempenho do enfermeiro(a) neste nível de serviços prestados à sua família e à comunidade.

É relevante a harmonia entre os setores, quer no mesmo nível de assistência, quer nos demais níveis de apoio, pois tanto favorece a assistência integrada ao indivíduo, família e comunidade, como também desenvolve confiança e credibilidade dos serviços prestados (Apêndice II).

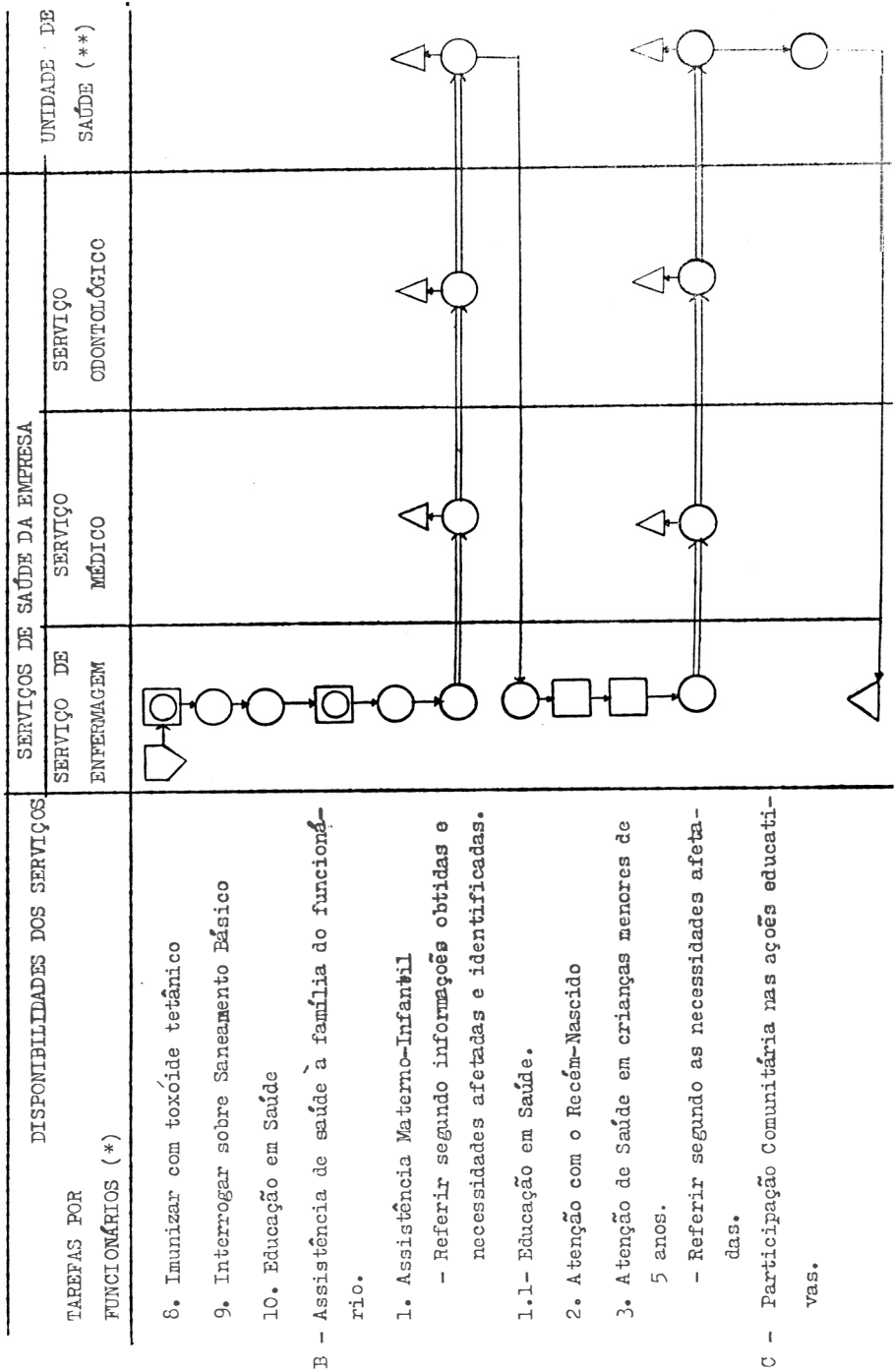
Portanto, para a realização deste modelo, deverá ser levado em conta um manual contendo endereços dos diversos serviços de saúde existentes na comunidade e os nomes dos enfermeiros(as) lotados nos serviços, para referir o cliente a nível profissional, além disto, fatores como concentração, rendimento, cobertura, custo e outros que possam contribuir para a execução adequada deste modelo no atendimento das necessidades básicas do homem.

O esquema a seguir mostra as tarefas que deverão ser executadas pelo Serviço de Enfermagem quando do atendimento ao funcionário, inclusive as referências e contra-referências passíveis de serem necessárias dentro da própria Empresa ou a Unidades de Saúde externas.

ESQUEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS



ESQUEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS



LEGENDA:

(*) - Adaptado do Guia para la Organizacion de Servicios de Salud em Areas Rurales y la Utilizacion de Personal Auxiliar.

(**) - Unidade de Saúde fora da empresa, próximo à casa do funcionário.

□ - Controle

○ - Processo

⇨ - Transporte

◻ - Controle e Processo

△ - Arquivamento

◃ - Conectivo que liga uma página a outra.

MODELO 2 — O NÍVEL DE RECUPERAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA; PAPEL DO ENFERMEIRO

Num estudo sobre os hospitais, devem participar na saúde comunitária, Dr. Morley comentou, “todos os hospitais são erguidos na comunidade e existem em função da comunidade. Entretanto, um número demasiadamente grande de hospitais continua a ignorar o que acontece fora de suas paredes” (10).

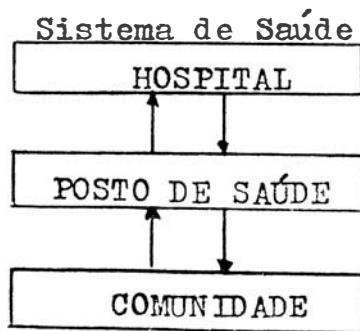
Um dos critérios dos cuidados primários à saúde é a harmonia com os demais setores econômicos e sociais e a harmonia do próprio setor de saúde, fazendo com que todos os seus outros níveis apoiem a Assistência Primária à Saúde (14).

O critério determinado pela Conferência de Alma-Ata e o comentário do Dr. Morley sobre a posição dos hospitais na assistência à saúde da comunidade justificam nossa preocupação de sugerir um modelo de participação do enfermeiro envolvido diretamente na recuperação da saúde para a harmonia dos serviços prestados com o apoio à Assistência Primária.

Um dos aspectos operacionais a nível de Assistência Primária, no âmbito do sistema nacional de saúde, é que aquele nível é o elo entre a comunidade e os demais níveis mais especializados.

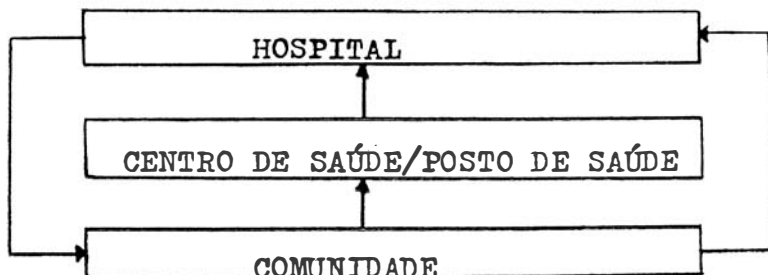
Outro aspecto prediz que o encaminhamento será executado tanto no sentido ascendente como no descendente de complexidade dos níveis, ou seja, o encaminhamento, quando necessário, do nível de Assistência Primária aos outros níveis e tão logo o seu restabelecimento possa ser montado por meios mais simples, deva ser o cliente contra-referido ao nível inicial, voltando à comunidade (14) (Fig. 1).

Figura 1 — Sistema de Referência e Contra-Referência no Sistema de Saúde



Observamos, contudo, que a maioria dos hospitais, inclusive da rede governamental, não integra este sistema de referência de serviços ao cliente, após a altavolta à comunidade, sem referência ou contra-referência ao nível intermediário (Fig. 2).

Figura 2 — Forma Viciosa de Referência e Contra-Referência em Saúde



Nossa proposta origina-se na problemática que consideraremos mais espoliadora do sistema de referência: o retorno diretamente à comunidade de clientes que chegaram à internação hospitalar vítima de agressões à saúde, possíveis de serem evitáveis a nível de Assistência Primária e que não o foram porque esta assistência foi ineficaz ou inexistente. O plano Decenal de Saúde para a América Latina denunciou que 68% dos clientes admitidos em hospitais apresentam casos possíveis de prevenção a nível primário.

Consideramos de fundamental importância a compreensão e participação ativa do enfermeiro lotado em níveis mais complexos no processo de harmonia com a Assistência Primária. É tarefa indispensável a assistência à saúde do paciente e de seu núcleo familiar, carente, certamente, do mesmo nível de atenção básica. É economia para a Nação, visto os altos custos da manutenção e recuperação de um no hospital em comparação com as medidas de prevenção.

Propomos então que o enfermeiro acrescente ou adapte ao seu sistema de assistência ao paciente os passos que acreditamos necessários no processo de Enfermagem, segundo o roteiro de W. A. Hotra.

— Histórico de Enfermagem, incluindo informações sobre:

- meio ambiente do paciente — condições de moradia, água, esgoto, lixo, facilidade de condução.
- Assistência Primária à Saúde — acompanhamento materno-infantil na família, casos de doenças transmissíveis no lar e como foram sanados, imunização do paciente e membros familiares, estado de nutrição do paciente na admissão, assistência sanitária, conhecimento da localização da unidade de saúde de nível

primário de assistência mais acessível a si e seus familiares.

— Diagnóstico:

- classificar como rotina as necessidades básicas afetadas quanto à dependência de Enfermagem, conquanto de princípio as compreendamos como de orientação e encaminhamentos.

— Plano Assistencial:

- orientação — não negligenciar o papel de facilitador da mentalização do paciente a mudanças, discutindo, a partir da opinião dele e da família, o que é sua doença, causas e como poderia evitar sua evolução e como preveni-la.

— Planejamento:

- o aprazamento dos cuidados referentes à necessidade de Assistência Primária deve ser marcado, se possível, em coincidência com o horário de visita do paciente, quando o enfermeiro poderá ter a participação de membros da família.

— Evolução e Prognóstico:

- qual o grau de conscientização e participação obtido do paciente?
- não participa da orientação? Discute ativamente? Rejeita novas concepções?

Sabemos que o processo de Enfermagem, na realidade operacional, ainda é experiência em fase de implantação. Nada impede entretanto que, onde não esteja ainda em vigor, seja adaptado o levantamento das necessidades de encaminhar o paciente para o nível primário de assistência e orientá-lo para melhor compreensão desse nível.

Da implantação da proposta pelo enfermeiro deve ser providenciada, antecipadamente, a listagem dos enfermeiros incorporados às unidades de saúde a nível de Assistência Primária, localização dessas unidades e área geográfica que cobrem, além, naturalmente, de determinantes comuns à implementação de um serviço.

IV — CONCLUSÃO

Fazemos nossas as palavras do senhor diretor-geral da XXX Assembléia Mundial de Saúde, quando reconheceu que o “mero assentimento passivo ao nobre lema saúde para todos no ano 2000 não nos levará muito adiante” (6).

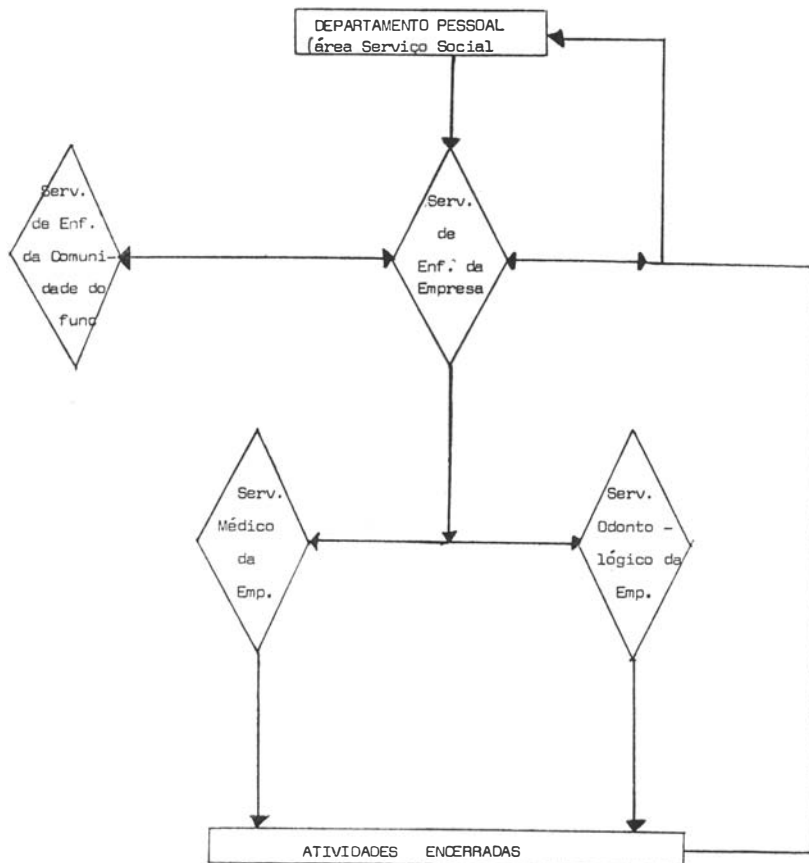
É essencial à Assistência Primária a integração com diferentes níveis do sistema de saúde e atividades do desenvolvimento sócio-econômico, pois só um esforço comum pode atender às necessidades vitais do indivíduo, família e comunidade. Não se poderá esquecer a participação da comunidade na aten-

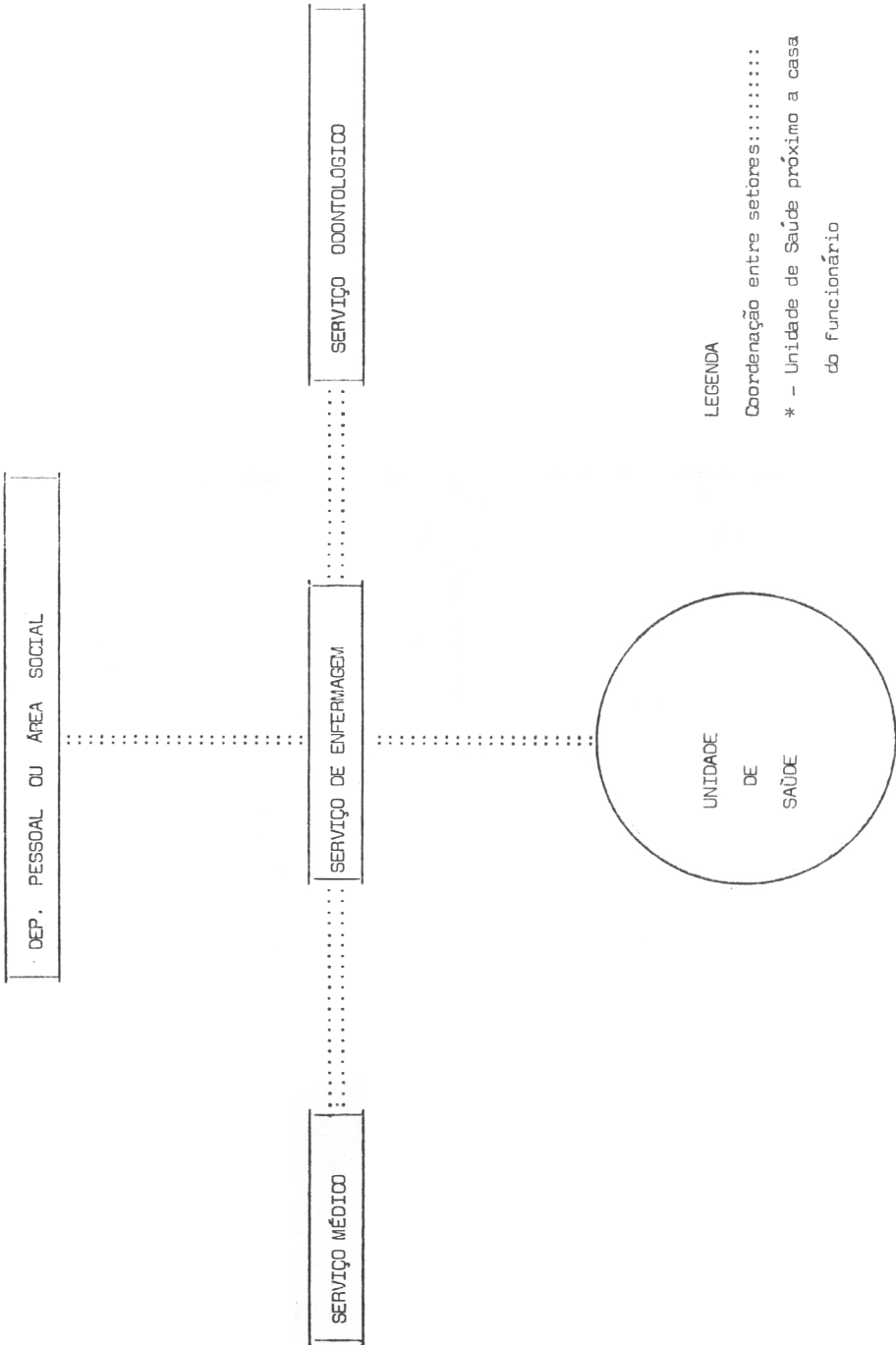
ção, nos serviços prestados, bem como a adequação desses serviços a melhor forma de atingir esta comunidade.

Lembramos, entretanto, a reflexão do senhor diretor da XXX Assembléia Mundial de Saúde, quando observou que “não devemos ter a ilusão de que o aumento dos recursos bastará para que se realizem nossos ideais e se alcancem nossos objetivos”, pelo que concluímos que são mais importantes o compromisso e a firme determinação de todos os envolvidos de colaborar na consecução dos objetivos (6).

A IV Reunião dos Ministros da Saúde das Américas observou a necessidade de formação de profissionais com espírito crítico e discernimento frente aos projetos e serviços de saúde. Quanto a nós, estudantes ou profissionais de Enfermagem, cabe-nos, acreditamos, se não a implementação de novos serviços, uma análise daqueles de que participamos, e medidas para que eles obtenham melhor êxito junto à comunidade a que servimos.

FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DO FUNCIONÁRIO -PASSOS NO SETOR DE SAÚDE



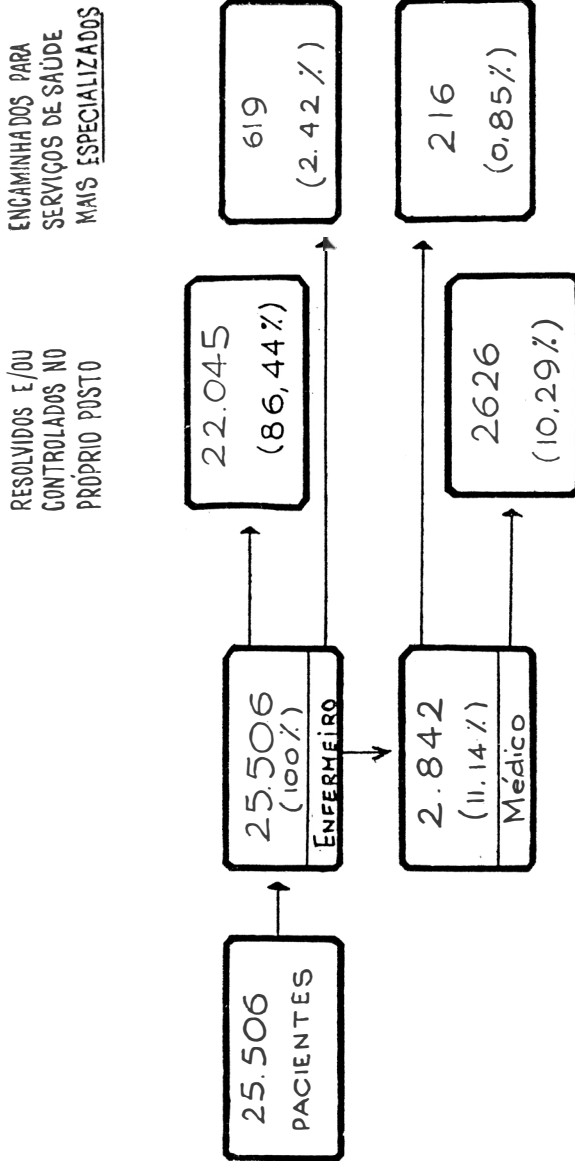


APÊNDICE II

A N E X O - I

ATENDIMENTOS/1978

"Destino dos Pacientes"



FONTE: SEC. MUNICIPAL DE LONDRINA - 1978

BIBLIOGRAFIA

1. ACUÑA, Hector C. Sete. Setenta y Cinco Años de Cooperación Internacional em Salud Pública. *Cronica de la OMS*. 31 (4): 535-54, abr. 1977.
2. ALVARADO, Carlos Alberto. Concepto de Salud Pública. In: *SONIS, Abram. Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1971. Cap. 1 págs. 1-3.
3. BEHRHORST, Carrol. Projeto de Desenvolvimento em Chimaltenango-Guatemala, In: *Assistência Primária — exemplos*. São Paulo — Paulina, 1979, págs. 7-15.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe da VII Conferência Nacional de Saúde*, 1980.
5. BRASIL. Ministério da Saúde & OPAS/OMS. Padrões para Assistência de Enfermagem a Comunidade. In: *Padrões de Assistência de Enfermagem*; Informe Final. Brasília — DF, 1977.
6. CONFERÊNCIA de Alma-Ata sobre Atención Primária de Salud. *Cronica de la OMS*. 32 (4): 445-468.
7. HORTA, Wanda de Aguiar. *Proceso de Enfermagem* — São Paulo, EPU/E.P.U., SP, 1979. 99 págs.
8. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. Gurdne. *Medicina Preventiva* — Ed. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, 1976, pág. 1.
9. NOGUEIRA, Maria Jacyne C. O Hospital, sua função na comunidade e o papel da enfermagem de saúde pública. *Enfermagem em Novas Dimensões*. 1(1): 37-41. mar./abr., 1975.
10. MORLEY, David. Passos para maior envolvimento dos hospitais em Saúde Comunitária. In: *Passos rumo a saúde comunitária*. São Paulo. Paulinas. 1979. págs. 69-80 — (Coletânea Contact).
11. MOS. Organização Panamericana de la Salud. *El papel de la Enfermera en la Atención Primária de Salud*. 1977, 16 págs. (publ. Científica n.º 348).
12. OMS. Organização Panamericana de la Salud. *Guía para la Organización de Servicios de Salud em Areas Rurales y la Utilización de Personal Auxiliar*. 1974. 68 págs. Publ. Científica n.º 290).
13. OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. *Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde Mediante o Uso das Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade*. Ed. 56 págs.
14. OMS/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Report of the International Conference on Primary Health Care — Brasília, 1979. 64 págs.
15. PROBLEMAS de Salud Previsibles para el Periodo de 1978-1983. *Cronica de la OMS*. 31(4): 139-48, abr. 1977.
16. ROCHA, Dulce Neves da. A Enfermagem e a Criança — *Revista Brasileira de Enfermagem*. 32(3): 245-50, jul./ago./set. — 1979.
17. SILMILIVK, L. M. & FRIEDLANDER — *Enfermagem do Trabalho*. — *Rev. Bras. de Enf. Equipamentos e Serviços Hospitalares* — 1(1):81-2, abr. 1979.