

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA — UMA RESPONSABILIDADE PARA A ENFERMEIRA BRASILEIRA *

*Maria Jacyra de Campos Nogueira ***

Fala-se muito hoje em desenvolvimento, em países desenvolvidos, em países menos ou pouco desenvolvidos ou subdesenvolvidos. O que vem a ser isto?

Desenvolvimento pode ser encarado sob dois aspectos: um dinâmico, isto é, como um processo que, resultando da melhoria de fatores reflete, de maneira permanente, tanto na produção como no nível de vida de uma população ou de um país: outro, como uma situação estática, um estado, um certo nível. De acordo com este último critério os países, atualmente, podem ser classificados em desenvolvidos e subdesenvolvidos (ou em desenvolvimento).

Neste aspecto estático, ainda, os países desenvolvidos são aqueles que conseguiram ultrapassar certo nível, o nível da pobreza, sendo que desenvolvimento é sinônimo de riqueza. E a saúde é importante, neste primeiro aspecto, porque ela faz parte do desenvolvimento. Explico: sabe-se que existe uma interrelação entre todos os setores de vida de uma sociedade, quer sejam eles sociais, como por exemplo os da educação e da saúde, ou econômicos, como por exemplo os da agricultura e do transporte. A saúde de uma população não depende, pois, exclusivamente do setor saúde mas, também, do grau de desenvolvimento dos outros setores, tanto sociais como econômicos.

E qual seria a outra importância da saúde humana?

De acordo com a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, proclamada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), verifica-se que, em relação à saúde, ela se refere da seguinte forma:

“Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e o direito à segurança em caso

* Aula inaugural para o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1983.

** Enfermeira. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP — disciplinas Saúde da Comunidade e Enfermagem Preventiva e Comunitária.

de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle”.

“A maternidade e a infância têm direito aos cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social”.

Deduzimos, então, que além de importante, em termos de desenvolvimento, a saúde é um direito do homem.

Finalmente, a saúde também é importante individualmente ou para cada um de nós: a vida sem saúde não é uma vida integral, uma vida real. É claro que a saúde não é o componente mais importante da felicidade humana mas é ela, que contribui para o bem-estar individual.

E como estará este componente tão importante do bem-estar da humanidade? O que terá evoluído desde a “Declaração dos Direitos Humanos”, feita há 35 anos?

Podemos verificar que, neste período, a saúde da humanidade evoluiu muito em alguns aspectos, mas infelizmente em outros ainda deixa muito a desejar.

Resumidamente, os aspectos evolutivos mais importantes foram:

— as vacinações e a descoberta de novos medicamentos que possibilitou o controle e, em alguns casos, até a erradicação de muitas doenças infecciosas e parasitárias agudas e crônicas;

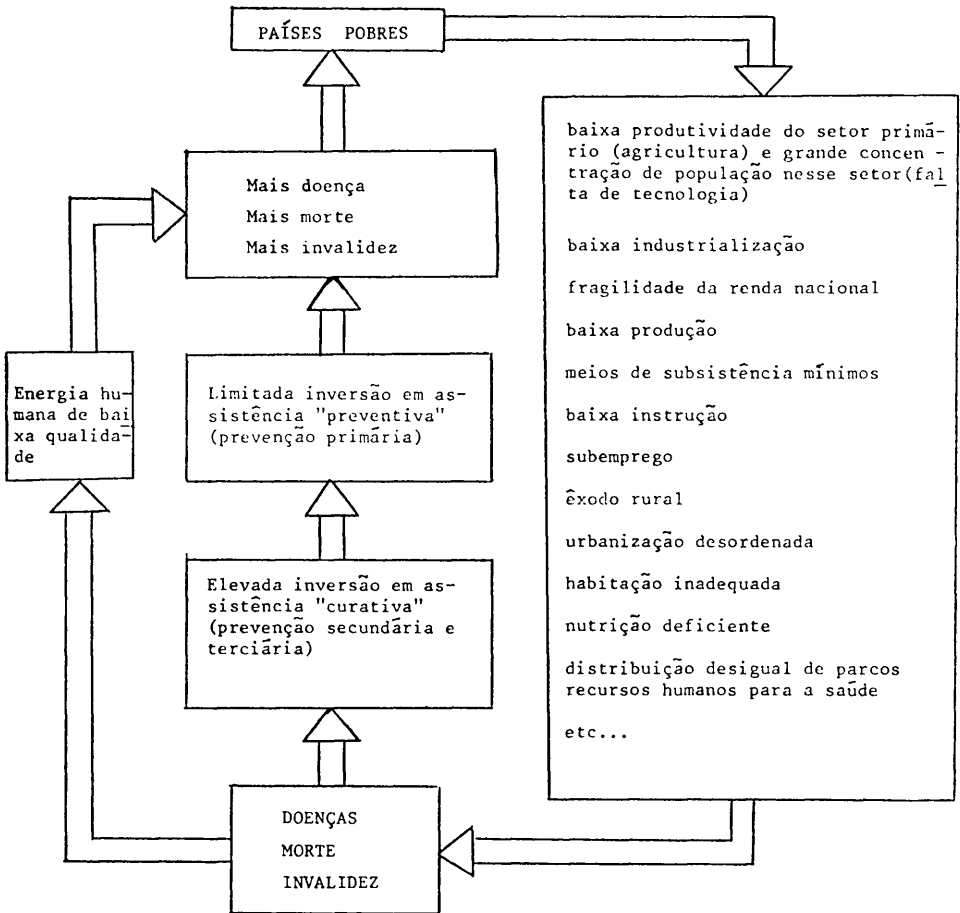
— a descoberta de tecnologia apropriada e de novas drogas que possibilitou diagnósticos mais precisos e prognósticos melhores para uma grande lista de doenças, além de melhoria da assistência para os que adoecem ou são acidentados;

— a conscientização do valor da saúde — a saúde “está na moda” — fez com que os governos tenham a saúde em suas plataformas políticas ou faça parte de programas globais de desenvolvimento, o que não acontecia no passado.

Entretanto, em algumas regiões pobres da terra o direito à saúde, e portanto, o nível de saúde adequado não é ainda uma realidade tangível. Os grandes e principais fatores responsáveis estão discriminados no esquema a seguir, denominado de “ciclo da pobreza e da doença”, adaptado de HORWITZ.

Os países pobres têm baixa produção. Decorrente disso, os níveis de subsistência são mínimos, o que acarreta habitação inadequada, nutrição e instrução deficientes e problemas tais como a alta mortalidade infantil e por doenças infecciosas e parasitárias. Essas doenças, ceifando vidas de crianças e indivíduos em plena fase produtiva ou

CICLO DA POBREZA E DA DOENÇA



elevando o número de incapacitados para o trabalho, reduzem mais a produção e tornam o país ainda mais pobre. Como há um número muito elevado de doentes, há necessidade de elevada inversão dos poucos recursos existentes na assistência "curativa" (prevenção secundária e terciária) e limitada inversão em assistência "preventiva" (prevenção primária).

Essa inversão, por sua vez, ocasiona um aumento de doentes e de incapacitados.

Em algumas áreas subdesenvolvidas, apesar da maioria da população estar situada na zona rural, a agricultura não é tecnologicamente

desenvolvida e há falta de alimentos, aumentando a fome, a doença e a mortalidade. Em algumas dessas áreas há um crescimento desordenado da população que vem, ainda mais, aumentar a fome e a doença. Em outras, há o êxodo rural e a urbanização acelerada e desordenada, mais a inadaptação do homem do campo à cidade, em um meio físico e social desfavorável, que ocasiona mais doença e morte. As doenças infecto-contagiosas, a mortalidade infantil, nessas áreas, são acrescentados problemas referentes a moléstias cárdio-vasculares, abuso de drogas, delinqüência e outros, ocasionando energia humana de baixa qualidade, invalidez e menor produção.

Há nessas áreas subdesenvolvidas, ainda, além da carência, a má distribuição dos recursos humanos para a saúde (médicos, enfermeiras, dentistas e outros), pois os profissionais procuram os grandes centros para poderem sobreviver economicamente. E a única assistência que muitas das populações das zonas rurais e das periferias dos grandes centros urbanos têm é aquela prestada pelos agentes da medicina tradicional como os curandeiros e as "curiosas".

As tabelas 1 e 2 demonstram a distribuição de médicos, enfermeiras e pessoal auxiliar em alguns países do mundo e em países das Américas, que dão idéia da má distribuição desses recursos.

TABELA 1

Habitantes por médico e por enfermeira, em torno de 1960, em alguns países do mundo.

Países	Habitantes/médico	Habitantes/enfermeira
Suécia	850	122
Alemanha Ocidental	610	136
Suíça	720	249
Canadá	880	255
Dinamarca	710	277
Estados Unidos	650	294
Austria	570	453
Inglaterra	860	471
França	850	536
Holanda	850	815
Itália	570	952

TABELA 2

Médicos e pessoal de enfermagem por 10.000 habitantes, nos países das Américas, em 1971 e 1978.

Países	Médicos		Enfermeiras		Aux. de Enf.	
	1971	1978	1971	1978	1971	1978
Argentina	20,2	24,0	2,1	6,7	4,5	9,2
Bahamas	—	8,9	—	34,4	—	2,2
Barbados	5,0	7,0	20,0	27,0	13,1	15,1
Bolívia	—	—	—	—	—	—
Brasil *	7,5	—	3,6	—	8,1	—
Canadá	—	—	—	—	—	—
Chile	6,2	6,2	2,7	3,0	12,8	18,6
Colômbia	4,6	5,7	1,1	1,9	1,8	8,9
Costa Rica	5,2	7,2	4,2	6,2	13,0	16,4
Cuba	—	13,7	—	12,9	—	14,2
Equador	5,1	8,0	—	9,6	—	4,8
El Salvador	3,0	3,5	3,0	3,3	4,6	5,7
Estados Unidos	—	—	—	—	—	—
Guatemala	2,8	4,6	2,2	2,0	2,0	5,8
Guiana	2,4	1,3	2,5	10,1	5,1	—
Haiti	1,1	0,8	0,9	0,9	1,6	1,2
Honduras	2,6	2,6	1,7	0,9	5,6	7,8
Jamaica	4,1	3,6	5,7	16,7	—	—
México	—	—	4,1	—	4,8	—
Panamá	6,7	8,1	6,3	6,7	12,7	15,8
Uruguai	5,8	—	—	2,8	7,1	—
Peru	5,3	6,6	3,3	5,0	2,9	4,4
Rep. Dominicana	4,5	3,9	—	—	6,8	8,4
Suriname	4,6	5,7	10,6	18,6	3,2	14,0
Uruguai	11,6	—	—	—	—	—
Venezuela	9,6	10,5	5,9	6,7	14,7	—

BRASIL *: primeiro trimestre de 1982 aproximadamente 22.000 (47% nos Estados do Rio de Janeiro e em São Paulo e 53% em outros Estados restantes) (Fontes: Conselho Federal de Enfermagem — 1982 e Salud para el año 2000 — estratégias).

Devido à problemática descrita e aos problemas de saúde que dela decorrem, nas regiões pobres do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), outros setores da Organização das Nações Unidas (ONU) e os governos de vários países resolveram tomar posição no sentido de estudar as possibilidades de solução.

Embora se reconheça a influência de outros setores sociais e econômicos no setor saúde, sabe-se, hoje, também, que é impossível esperar-se o desenvolvimento de outros setores para que o setor saúde seja desenvolvido. A vida humana e o bem-estar da população estão acima de qualquer coisa, além de que o setor saúde pode influenciar, também, outros setores. Por esses motivos, nas resoluções da Conferência de Alma-Ata, na União Soviética, realizada pela OMS em 1978, encontramos o seguinte:

— a produtividade social e econômica é essencial para a obtenção do grau máximo de saúde;

— a conservação desse grau máximo de saúde requer ação por parte de muitos outros setores sociais e econômicos;

— a saúde é indispensável para o desenvolvimento econômico e social.

Quais seriam, então, as responsabilidades do setor saúde na melhoria das condições de vida e de bem-estar das populações? Resumidamente, seriam:

— tomar iniciativa quanto às estratégias de saúde;

— diagnosticar as condições de saúde (dados sócio-sanitários, recursos, necessidades da comunidade, e outros);

— desenvolver e utilizar os recursos humanos para a saúde;

— coordenar e prestar serviços de saúde tecnicamente adequados e de boa qualidade;

— analisar os impactos das ações de saúde;

— colaborar com outros setores para tornar real todo potencial de saúde da comunidade.

Com intuito de melhorar a saúde dos povos, a OMS, outros setores da ONU e os governos dos países do mundo resolveram, enfim, reunir-se e, principalmente nesta última década, muita coisa tem sido feita em prol da saúde mundial, mormente das regiões pobres, ou do terceiro mundo.

Vários eventos foram realizados com intuito de delinear objetivos e estratégias a serem tomados pelo setor saúde. Os mais importantes, tanto internacionais como nacionais, que estudaram o problema e deram contribuições para a solução desejada foram, em ordem cronológica:

1) A III REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS, realizada no Chile, em 1972; esta concluiu que a meta principal, exposta no “Plano Decenal de Saúde para as Américas — 1971-1980” era o aumento da esperança de vida ao nascer e o objetivo principal o fornecimento de *assistência à saúde às populações não atendidas ou subatendidas, através da extensão de cobertura de serviços de*

saúde, mediante intensificação da formação e redistribuição de recursos humanos para a saúde.

2) A 30ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) em Genebra, em 1977, que também chamou a atenção para os enormes problemas existentes em todo o mundo e a *desigualdade na distribuição de recursos* para fazer face a esses problemas.

3) A IV REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS, em Washington, em 1977, onde foi confirmado o propósito anterior e recomendada a *intensificação de esforços no sentido de ativar o processo de extensão de cobertura* por meio dos denominados “cuidados”, “atenção, ou *“assistência primária”*; foi declarado, ainda, que essa estratégia seria básica para melhorar a assistência nos países pobres.

4) A CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE, realizada em Alma-Ata, União Soviética, em 1978, patrocinada pela OMS e pela UNICEF, que enfatizou que *“a assistência primária é a chave para alcançar a meta de SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000*, como parte do desenvolvimento global e de acordo com o espírito de justiça social”.

5) A ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE, em Genebra, em 1979, que *“instigou” os países membros a definir e a pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais* tendentes a alcançar a meta de SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000. Nesta reunião foi aprovado um plano de trabalho que articulava, em um só processo, a avaliação do “Plano Decenal de Saúde para as Américas — 1971-1980” e a formulação de estratégias nacionais ou regionais. Esse plano de trabalho consta dos documentos da OMS denominados “GUIA PARA AVALIAÇÃO DO PLANO DECENAL DE SAÚDE PARA AS AMÉRICAS” e “IMPLICAÇÕES DA META SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000 PARA OS PAÍSES DA REGIÃO DAS AMÉRICAS”. Esse plano de trabalho foi desenvolvido pelos Estados Membros que formularam, em 1980, suas estratégias nacionais em relação à meta SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000. Essas estratégias foram estudadas, posteriormente, por vários grupos de trabalho e, finalmente, deram origem ao *documento importantíssimo* denominado “SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000”. ESTRATÉGIAS, onde aparece a *“assistência primária” como a estratégia principal* para alcançar a meta proposta para o ano 2.000.

6) As últimas CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, realizadas em Brasília, em 1975, 1977 e 1980 (V, VI, VII), que incluem *estratégias de extensão de cobertura das ações de saúde* utilizando, entre outras, programas de “assistência primária”, principalmente nas regiões mais carentes do País.

Como vimos, em todos esses eventos, tocou-se em um tema essencial: a extensão de cobertura de serviços de saúde às populações não atendidas ou subatendidas por eles, como uma das soluções urgentes para a

melhoria das suas condições de saúde. Vimos também que, em 1977, já se falava em “assistência primária de saúde” como estratégia principal para colocar em prática essa extensão de cobertura.

E o que vem a ser, então, essa tão mencionada estratégia de prestação de serviços de saúde?

De acordo com o documento da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde realizada em Alma-Ata, a assistência primária é *“a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitável, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e a cada uma das etapas de seu desenvolvimento, dentro de um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A assistência primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre indivíduos, família e comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando o mais perto, possível, a assistência de saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária”*.

De acordo com essa definição, assistência primária de saúde se caracteriza, primordialmente por ser:

— um tipo de assistência essencial, isto é, atende às necessidades básicas e prioritárias de saúde das pessoas;

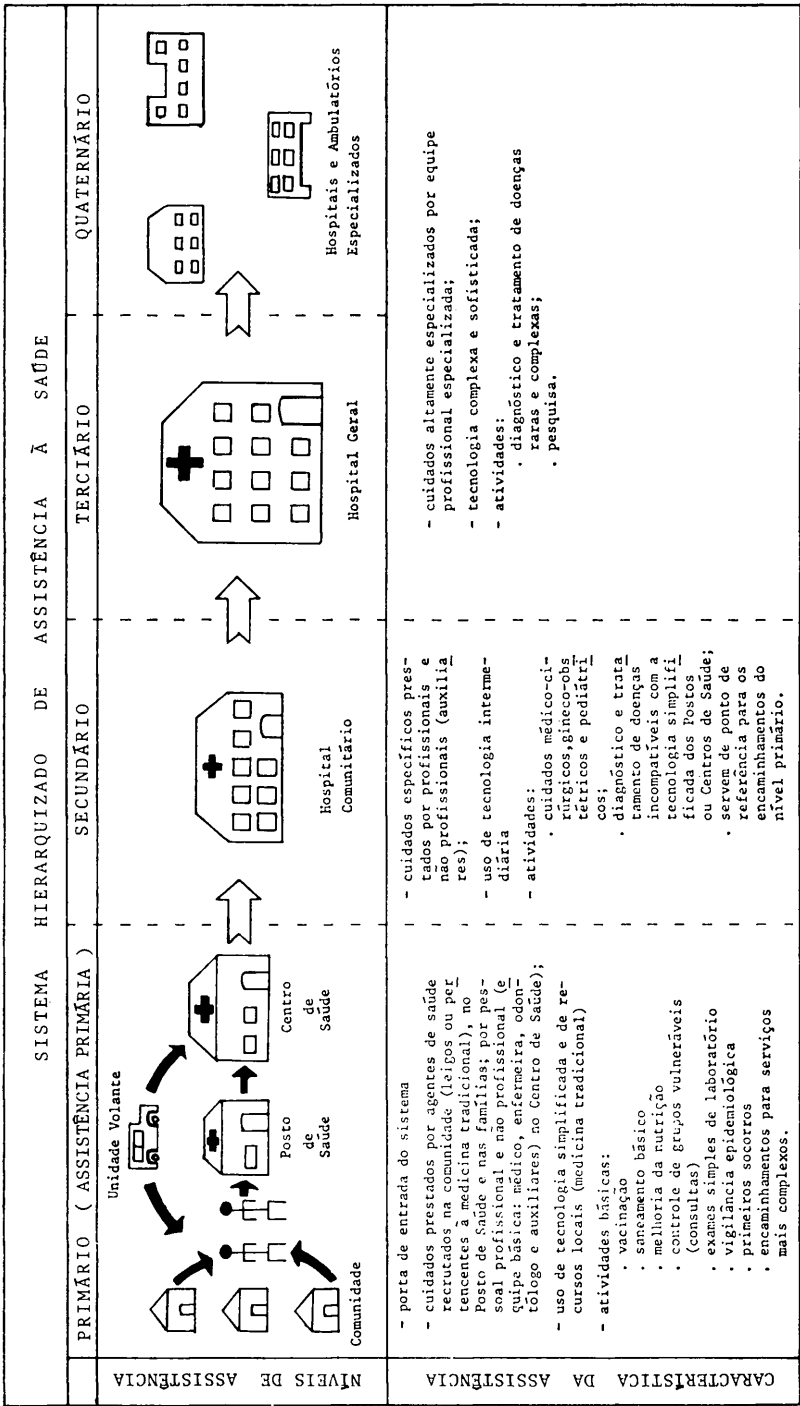
— um tipo de assistência que usa métodos e técnicas simplificadas e baratas, muitas delas retiradas das usadas pela própria população, mas que são cientificamente fundamentadas, além de socialmente aceitáveis;

— um tipo de assistência que é colocada ao alcance de toda a população, não só por meio da ação dos profissionais de saúde como também de elementos da própria população que recebe treinamento e supervisão para isso;

— um tipo de assistência que, apesar da simplificação, faz parte do sistema de prestação de assistência à saúde dos países;

— um tipo de assistência que, se dividirmos a assistência de saúde a ser prestada a uma população em vários níveis de contato, representa o primeiro nível dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde; ele vai de encontro à comunidade instalando-se onde as pessoas residem ou trabalham, facilitando, assim, o seu acesso aos serviços de saúde; e requer intensa participação da comunidade nas decisões, prestando assistência *com* e não *para* a população, partindo, primeiramente, das necessidades apontadas por ela.

O sistema de assistência hierarquizada de saúde, da qual a assistência primária é o primeiro passo, pode ser esquematizada na figura a seguir.



Muitos países das regiões pouco desenvolvidas, em várias partes do mundo, adotaram já o sistema de assistência primária de saúde.

No Brasil, embora não se adotasse essa nomenclatura, existiu e existe, ainda, uma experiência de serviço de saúde pública há várias décadas, que tem algumas características semelhantes. São os serviços prestados pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), ligada ao Ministério da Saúde, e que, desde 1942, atua principalmente no Norte e Nordeste do País.

Outras experiências, em nosso País, podem ser citadas, como:

— as da Universidade Estadual de Londrina, no Paraná, iniciada em 1970 e com a participação da Secretaria de Estado da Saúde e da Prefeitura Municipal;

— as do Projeto Vitória, em Pernambuco, da Universidade Federal de Pernambuco, com a participação do Ministério da Saúde, através do PIASS (Projeto de Integração de Ações de Saúde e Saneamento) e de órgãos de saúde locais;

— as do projeto Cotia, em São Paulo, com apoio da Faculdade de Saúde Pública da USP, Secretaria de Estado da Saúde e Prefeitura Municipal de Cotia;

— as do Programa de Atenção Primária de Saúde, da Universidade Federal do Ceará, em convênio com a Fundação Kellogg e Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Qual seria o nosso papel, como enfermeira, na assistência primária? Muitas têm sido as discussões e proposições, inclusive de peritos da Organização Mundial de Saúde, hoje em dia, no sentido de definir funções e atribuições da enfermeira na assistência primária de saúde. Resumindo todas as idéias, poderíamos dizer que seriam as seguintes:

1) Incentivar a participação da comunidade no reconhecimento de seus problemas de saúde e na resolução destes.

2) Proporcionar assistência integral de enfermagem (aspectos bio-psico-sociais):

— no controle de grupos biológico e socialmente mais vulneráveis e de maior risco;

— no reconhecimento e tratamento de afecções e traumatismos comuns;

— na promoção da melhoria das condições de nutrição, do meio ambiente e da saúde mental;

— no início de tratamentos e na referência de casos mais complexos para os níveis correspondentes;

— na manutenção da vigilância epidemiológica e da vacinação;

— na educação para a saúde.

3) Recrutar, selecionar, capacitar e supervisionar pessoal auxiliar da comunidade, da medicina tradicional e voluntários.

4) Planejar, coordenar e avaliar os serviços de enfermagem do sistema de assistência primária.

5) Desenvolver estudos e pesquisas de enfermagem na assistência primária.

Para o desempenho desse novo papel, entretanto, várias condições serão necessárias, pois existem muitos problemas impedindo que a enfermeira possa atuar, com todo o seu potencial, nos serviços de assistência primária. Dentre essas condições, temos:

1) *Reconhecimento e aceitação das autoridades do novo papel da enfermeira*

Dentre as atribuições, na função assistencial, a enfermeira deverá, segundo os peritos, não só controlar grupos biológico e socialmente mais vulneráveis e de maior risco, como reconhecer e tratar afecções e traumatismos comuns, além de iniciar tratamentos e referir casos para os níveis mais complexos correspondentes. Essas atribuições são, também, em nível menos complexo, do pessoal auxiliar selecionado, treinado e supervisionado por ela. Implicam elas em diagnóstico e tratamentos, muitas vezes com uso de medicamentos. Ao pessoal auxiliar, em alguns serviços de assistência primária, já foi dada essa atribuição, por meio de “delegação de ordens médicas”, isto é, existem padrões de tratamentos já pré-estabelecidos, cuja responsabilidade é do médico mas que o pessoal auxiliar executa.

Na maioria dos países do mundo, porém, a lei não autoriza a enfermeira a diagnosticar e a medicar, mas já está aceitando, como se vê, essas atividades exercidas por outros, como por exemplo os denominados profissionais da medicina tradicional (curandeiros, “curiosas” e outros). Isto nos parece razoável, por um lado, mas incoerente, por outro. Em um País como o nosso, onde até balconistas de farmácia prescrevem impunemente, desde uma aspirina até antibióticos de largo espectro, não teria a enfermeira competência muito maior para usar medicamentos, além de outras formas de tratamentos?

Para isso, entretanto, há necessidade de reconhecimento e aceitação, por parte das autoridades, desse novo papel da enfermeira, na assistência primária, isto é, reconhecimento do seu potencial, e revisão das restrições legais que estão impedindo a sua plena realização.

2) *Reconhecimento e aceitação das enfermeiras para exercer esse papel*

Outra condição importante é o reconhecimento e a aceitação, pelas enfermeiras, do novo papel. Essa deve partir não somente daquelas que atuam em nossos órgãos de classe mas, sobretudo, daquelas que trabalham nos serviços de saúde, quer sejam eles “intra” ou “extra” muros dos hospital.

As enfermeiras têm-se afastado, progressivamente, da sua função primordial que é a de prestação de assistência. É claro que, nos países onde há carência de profissionais como acontece com o nosso, a sua responsabilidade em coordenar ou administrar a assistência e os serviços de enfermagem, se faz necessária; mas o que vem acontecendo não é isso: as enfermeiras estão confundindo administração do cuidado com tarefas administrativas e burocráticas gerais, que qualquer bom técnico de administração executaria eficientemente, e estão abandonando a gerência do cuidado, que é a parte mais importante da sua função administrativa. Como bem diz MAHLER, está na hora, das enfermeiras, que já dedicaram demasiado número de anos a atividades predominantemente orientadas para a satisfação das necessidades de alguns privilegiados, se voltem para enfrentar os incontáveis desafios inerentes aos cuidados primários de saúde; que saibam diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger, proporcionar e monitorar a saúde geral da população; que cuidem de doentes ou incapazes e ensinem o próximo a cuidar de si mesmo.

3) *Estabelecimento e avaliação de modelos e de métodos simplificados de assistência de enfermagem*

Dentre as atribuições da enfermeira na assistência primária de saúde está, por exemplo, a já mencionada função assistencial de controlar grupos biológico e socialmente vulneráveis e de maior risco. Dentre esses grupos, o materno-infantil sempre foi prioridade.

Esse controle implica em execução de várias atividades; entre elas, por exemplo, temos a denominada de consulta de enfermagem, onde a enfermeira supervisiona o grupo materno-infantil.

Em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, desde há muito tempo as enfermeiras têm essa atribuição, nos serviços de saúde.

Entretanto, a metodologia para tal supervisão tem sido diversificada. Ainda não há consenso do que seja, por exemplo, uma consulta de enfermagem e as várias realizadas, até o momento, não passam de consultas médicas simplificadas, embora tenham seu valor dentro da assistência a saúde.

Há necessidade, portanto, de estabelecer, para a enfermagem, um modelo claro que seja adaptável e flexível, mas com linhas básicas que norteiem as consultas de enfermagem. Existem já estudos procurando a **sistematização** dessa atividade mas são ainda reduzidos. As pesquisas devem ser incrementadas para que se obtenham novos modelos que possibilitem a avaliação da assistência de enfermagem e conseqüentemente, a melhoria da qualidade.

Outro ponto crucial é em relação à simplificação da técnica usada pela enfermeira.

Devido ao ensino de enfermagem ser voltado praticamente para a atuação no hospital, a enfermeira tem dificuldade em trabalhar sem os

recursos sofisticados desse setor. Na assistência primária os recursos são escassos, há necessidade do aproveitamento dos existentes já na comunidade e do uso de simplificação. Alguns estudos já têm sido feitos para a descoberta de meios menos sofisticados de cuidado, mas que respeitem os princípios científicos. Um desses estudos, por exemplo, foi o realizado por Yoriko Kamiyama, em São Paulo, referente ao uso da panela de pressão como meio de esterilização do material de cuidado; essa técnica é hoje utilizada em todo o País, principalmente nos serviços de saúde pública.

Outras pesquisas foram realizadas na área de medicina popular, como por exemplo, em São Paulo e no Ceará, sobre plantas medicinais, para que posteriormente essas plantas sejam usadas pela enfermeira, no tratamento de afecções banais nos serviços de assistência primária.

4) *Capacitação da enfermeira para o novo papel*

Como a medicina, a enfermagem está em grande parte voltada para o atendimento da população doente e hospitalizada. O ensino, também, nessas profissões, tem a característica de ser voltado para essa clientela.

Para que a enfermeira possa atuar, eficientemente, na assistência primária, uma mudança radical necessita ser feita no ensino de enfermagem. Há necessidade de que os currículos de enfermagem não só englobem novos conhecimentos mas que os métodos de ensino proporcionem maior segurança nas habilidades e nas atitudes e que o profissional desenvolva juízo crítico e iniciativa bastante. O aluno de enfermagem não pode ser bem preparado apenas visitando serviços de saúde pública e observando o trabalho dos outros. Deve atuar neles, para poder adquirir segurança. Por outro lado, são necessários docentes capazes de demonstrar *o que e como* deve ser feito. As experiências dos alunos devem ser cuidadosamente *selecionadas por esses docentes, e sabedores das necessidades da comunidade e dos objetivos da assistência primária*. Não se pode deixar o estudante, sozinho, ao “Deus dará” como diz o povo, nos serviços de saúde. As experiências devem, ainda, proporcionar segurança em lidar com os problemas que mais ocorrem na comunidade e em saber diferenciar o sadio do patológico.

Há, pois, antes de tudo, necessidade de preparar os docentes para ensinar esse conteúdo, não só em cursos de pós-graduação “sensu lato” ou “strictu” como, principalmente, através da participação deles em serviços de saúde, como, por exemplo, por meio da integração docente-assistencial.

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no passado, ensinava seus alunos de Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública, em um tipo de serviço que fazia parte de um programa de integração docente-assistencial, situado em Osasco, na Grande São Paulo. Os docentes atuavam, também, na assistência e, por isso, tinham grande segurança para ensinar aos alunos o verdadeiro papel da enfermeira

comunitária. Hoje, infelizmente, devido a problemas vários que não vêm ao caso mencionar nesta palestra, isso já não é feito mas várias escolas de enfermagem do País estão adotando, com sucesso, metodologia de ensino semelhante.

Para avaliar o ensino de enfermagem comunitária no Estado de São Paulo, fizemos um estudo baseado nos Padrões de Assistência de Enfermagem elaborados pelo Ministério da Saúde. A tabela 3, a seguir, demonstra que aspectos de enfermagem comunitária não eram ensinados nas escolas de enfermagem do Estado de São Paulo; foi verificado que muitos destes aspectos referem-se diretamente ao conteúdo da atuação da enfermeira na assistência primária.

TABELA 3

Aspectos de assistência comunitária menos abordados por cinco docentes de enfermagem de saúde pública do Estado de São Paulo, 1979 (*).

Aspectos dos padrões menos abordados	Frequência		Total
	Teórica	Prática	
1. grupos de alto risco na comunidade e/ou região	1	1	2
2. trabalho em equipe	1	1	2
3. educação e participação da comunidade nos programas de saúde	—	1	1
4. política e programas de saúde da comunidade e da região	1	1	2
5. dados sócio-econômico-sanitários da comunidade e/ou região	—	2	2
6. assistência primária: política e objetivos	1	2	3
7. recursos da comunidade para desenvolvimento das ações de assistência primária	1	2	3
8. elaboração de manuais de normas técnicas, administrativas e de procedimentos para o pessoal de enfermagem e elementos da comunidade	4	3	7
9. supervisão e avaliação de pessoal auxiliar	2	2	4
10. articulação entre vários serviços em seus diversos níveis de complexidade	3	3	6
11. assistência primária de enfermagem a populações anteriormente desprovidas dessa assistência	2	2	4
12. atendimento das metas prioritárias dos programas de saúde	—	—	—
13. treinamento e supervisão de elementos da comunidade que prestam assistência primária	3	3	6
14. informação tecnológica e instrumentos de normalização	3	3	6
15. metodologia da vigilância epidemiológica	1	1	2
16. política do serviço de enfermagem regional ou local	3	3	6
17. estrutura dos órgãos de saúde e dos serviços de enfermagem da região	3	3	6

(continua)

(continuação)

Aspectos dos padrões menos abordados	Frequência		Total
	Teórica	Prática	
18. metodologia geral do planejamento de saúde	1	2	3
19. função da enfermeira no planejamento de saúde	1	2	3
20. política e programas de saúde para o País	2	3	5
21. objetivos e metas dos programas regionais	1	2	3
22. planejamento de assistência segundo nível de atuação do pessoal	2	3	5
23. planejamento, execução e avaliação de assistência à família	—	—	—
24. planejamento, execução e avaliação de assistência à comunidade	1	—	1
25. recursos de saúde da comunidade para encaminhamentos pela enfermagem	1	1	2
26. articulação, normas, controles, registros e avaliação dos encaminhamentos	3	3	6
27. educação em serviço	3	4	7
28. normas e procedimentos de enfermagem comunitária	1	1	2
29. política de pessoal de saúde e de enfermagem	3	3	6
30. registro de dados individuais, familiares e comunitários	—	—	—
31. recursos financeiros e de apoio da comunidade	2	4	6
32. funções, responsabilidades, qualificações, delegação da enfermeira nos diferentes níveis	—	1	1
33. dotação de pessoal: previsão em quantidade e tipo por serviço e programa: escalas de serviço	2	2	4
34. política de recursos humanos	3	3	6
35. necessidades de pessoal dos serviços de saúde da região	3	3	6
36. objetivos e metas dos programas de enfermagem	2	2	4
37. metodologia da avaliação em saúde pública	2	2	4
38. metodologia da avaliação em enfermagem comunitária	2	2	4
TOTAL	64	76	140

(*) Dados consolidados dos padrões resumidos. Inclui aspectos abordados na Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.

5) *Capacitação para uso dos métodos de comunicação de grupo, de massa e de desenvolvimento de comunidade*

A participação da comunidade, nos programas de assistência primária, é primordial para o sucesso. Existe, já há bastante tempo, metodologia desenvolvida em relação ao modo de lidar com as forças motivadoras da população, isto é, métodos de divulgar conhecimentos, de lidar com lideranças na comunidade, de reunir grupos, por exemplo. A enfermeira está saindo muito mal preparada das escolas de enferma-

gem e, das que atuaram em saúde pública, nem todas se acham capacitadas para trabalhar com grupos ou com a comunidade como um todo envolvendo-a na participação da assistência à saúde. Urge, portanto, desenvolvimento também neste setor, com utilização das mesmas estratégias de ensino mencionadas anteriormente.

6) *Aceitação da comunidade para esse papel*

A comunidade aceita bem os agentes da medicina tradicional que lhes dispensam assistência simplificada, dentro dos seus padrões de conduta e valores. Se a enfermeira respeitar esses aspectos, será, sem dúvida, muito bem aceita. Temos experiência em lidar com populações de zonas periféricas de São Paulo, na execução de atividades de visitas domiciliária e consulta de enfermagem, realizadas voluntariamente, ou quando da execução dos programas de ensino de enfermagem comunitária da Escola de Enfermagem. Observamos que a população aceita muito bem um tipo de atuação da enfermagem mais direta, mais de acordo com suas necessidades. Entretanto, não se dispensaria um preparo maior, mais sistemático, que partisse também dos órgãos públicos e não somente dos profissionais de enfermagem, para que essa aceitação seja mais rápida, mais profunda e perene.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ADAMI, N. P. Experiências sobre atuação da enfermagem na atenção primária de saúde. *Enf. Novas Dimens*, São Paulo, 4(4):212-21, 1978.
- Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 34:8-14, 1981.
- ARAUJO, J. G. & COELHO NETO, A. Programa de atenção primária de saúde. Fortaleza, UFCE, 1981. 109p.
- BATISTA FILHO, O. *População e desenvolvimento*. São Paulo, Pioneira.
- CUNHA, N. F. & SABOIA, S. M. N. Ervas, uma terapêutica no campo da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Fortaleza, 1981. (mimeografado).
- CUPERTINO, P. *População e saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976.
- EVANG, K. Direitos dos homens. Saúde para todos. *A Saúde do Mundo*, Genebra, 3-11, nov. 1973.
- HORWITZ, A. La salud y el bien estar economico. Washington, OPAS, 1960. (Publicaciones várias, 57).
- KAMIYAMA, Y. Experiências sobre a utilidade da panela de pressão como auto clave. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 4(1/2):55-79, 1970.
- MAHLER, H. Ação de reforma em enfermagem. *A Saúde do Mundo*, Genebra, 2-3, dez. 1978.
- NEVES, J. A. P. *Desenvolvimento e população*. São Paulo, Atlas, 1973.
- NOGUEIRA, M. J. de C. A enfermagem comunitária no currículo do curso de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 13(1):57-67 e 13(2):171-81, 1979.
- Ensino de Enfermagem comunitária em São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 15(1):95-117, 1981.
- Fitoterapia popular e enfermagem comunitária. São Paulo, 1983. 257p. (Tese de Livre Docência — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).
- OGUISSO, T. *Contribuição do enfermeiro para implantação da assistência primária de saúde nos serviços ambulatoriais do INAMPS em São Paulo e Rio de Janeiro*. São Paulo, Fa-

culdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Projeto de Pesquisa para exames gerais de qualificação do Doutorado), 1983. 27p. (mimeografado).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Enfermería y salud de la comunidad. Informe de um Comité de Expertos de la OMS.** Ginebra, OMS, 1974. 31p. (Série de Informes Técnicos, 558).

———— **Reunión Especial de Ministros de Salud de Americas, 4. Informe final à documento de referencia.** Washington, OPAS, 1978, 53p. (Documentos Oficiais, 155).

———— **Extension de cobertura baseada en las estrategias de atención primária y participación de la comunidad.** Washington, 1977. 69p. (Documentos Oficiais, 156).

———— **Alma-Ata 1978. Atención Primária de Salud. Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primária de Salud.** Ginebra, 1978. 91p. (Série Salud para todos, 1).

———— **Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y economico.** Ginebra, 1973. (Cuadernos de Salud Pública, 49).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE DA SALUD. **Antologia de experiencia en servicio y docencia en enfermería en America Latina.** Washington, 1980. 217p. (Publicación Científica, 393).

———— **El papel de la enfermera en la atención primária de salud.** Washington, 1977. 15p. (Publicación Científica, 348).

———— **Salud para todos en el año 2000. Estratégias.** Washington, 1980. 75p. (Documento Oficial, 173).

REID, J. J. A. A saúde para todos no ano 2000. **A Saúde do Mundo**, Genebra, 22-5, nov. 1979.

RIVERO, D. A. T. de. A enfermagem nos cuidados primários de saúde. **A Saúde do Mundo**, Genebra, 3-4, jul. 1982.