revista brasileira de enfermagem

ANO XXI OUTUBRO DE 1968 N.º 5

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ANO XXI OUTUBRO DE 1968 N.º 5

SUMÁRIO

TEMA 2 — QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

III Simpósio: A realidade sanitária do Nordeste

Informações gerais sôbre o Nordeste e a problemática de saúde da região. **Mozart Abreu de Lima** 285

Atuação da SUDENE — IV Plano Diretor — Setor Saúde — **Sidney Arcanjo de Oliveira** 315

Aspectos sanitários de Pernambuco — **Alcides Ferreira Lima** 332

A realidade sanitária do estado da Bahia — **José Duarte de Araújo** 343

Participação da enfermagem na satisfação da demanda nos serviços de saúde do Nordeste — **Isabel Santos** 351

IV Simpósio — Problemas de enfermagem hospitalar

Padrões mínimos para o campo de prática de estudantes de enfermagem — **Lourdes Torres Garcia** e **Circe de Melo Ribeiro** 368

A enfermagem de providência social e o Plano Nacional da Saúde — **Edla Dalva Moreira** 374

Responsabilidade do docente de enfermagem em relação ao campo clínico — **Nalva Pereira Caldas** 381

Responsabilidade do docente de enfermagem em relação ao campo clínico. **Maria Wanda Rodrigues de Oliveira** 388

Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental — **Celia Ferreira Santos** e **Maria Aparecida Minzoni** 395

Diretor Responsável: Circe de Melo Ribeiro
Coordenadora: Maria Rosa S. Pinheiro
Diretor Redator Chefe: Haydée Guanais Dourado
Rio de Janeiro - GB — Tel: 252-3998
Redação: Av. Franklin Roosevelt, 39 - sala 1304
Editor: Anayde Corrêa de Carvalho

Levantamento de atividades do pessoal auxiliar de enfermagem — **Aparecida M. Jesuino de Souza, Hilda Lozier** e **Judith Feitosa de Carvalho** 442

Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado — **Clarice Oliveira** e **Hyeda Maria Riguad** 457

berg Lima 470

A enfermagem e a sub-nutrição — **Comunicação Yolanda Lindenberg Lima** 470

Êste número contém a 2.ª parte do documentário do XX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM realizado em Recife, PE de 7 a 13 de julho de 1968

TEMA II QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

III SIMPÓSIO: A REALIDADE SANITÁRIA DO NORDESTE

INFORMAÇÕES GERAIS SÔBRE O NORDESTE E A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE DA REGIÃO

Mozart Abreu de Lima *

INFORMAÇÃO GERAL SÔBRE O NORDESTE

ASPECTOS GERAIS

É o Nordeste uma das regiões geográficas mais discutidas e menos conhecidas do país.

Conforme o aspecto abordado, o Nordeste ora é apontado como a área das sêcas, ora como área dos grandes canaviais, ora como área essencialmente subdesenvolvida, devido à baixa renda "per capita" dos seus habitantes.

A delimitação do Nordeste tem sido a grande dificuldade dos estudiosos; no entanto, visando à simplificação do problema, chamaremos Nordeste a tôda aquela área situada no campo da atuação da SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE (SUDENE), ou seja às áreas totais dos Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, o Território de Fernando de Noronha e cêrca de 40 municípios localizados no norte do Estado de Minas Gerais, parte integrante do chamado Polígono das Sêcas.

A superfície do Nordeste está calculada, em números redondos, em 1.500.000 Km2 e corresponde a 17,6% da superfície total do Brasil, compreendendo uma população em tôrno de 27.000.000 de habitantes, aproximadamente 31% da população total do país.

É a região mais extensa e mais populosa de todo o hemisfério ocidental onde a renda por habitante, em média, é inferior a 170 dólares anuais.

Caracteriza-se o Nordeste do Brasil pela influência de uma série de fatôres, entre os quais sobressaem: os domínios físicos — estrutura geológica, relêvo, clima e hidrografia; o meio biológico — ve-

* Técnico em Planejamento de Saúde, da Divisão de Recursos Humanos da SUDENE.

getação e fauna e a organização do espaço pelo homem, fatôres que se influenciam mùtuamente para dar origem às paisagens naturais e culturais. No entanto, parece que no Nordeste o elemento que marca mais sensìvelmente a paisagem e mais preocupa o homem é o clima, através do regime pluvial e exteriorizada pela vegetação natural. Daí distinguir-se, desde épocas coloniais, as seguintes regiões naturais: Zona da Mata, com seu clima quente e úmido e duas estações bem definidas — uma chuvosa e outra sêca; Sertão também quente, porém sêco e sujeito a sêcas periódicas que matam a vegetação, dizimam os animais e forçam os homens a migrações; e uma Zona de transição, com trechos quase tão úmidos como a Mata e outros tão sêcos como o Sertão, alternando-se constantemente, que é o Agreste. Dessa diversidade climática, segundo o eminente geógrafo brasileiro, Professor Manoel Correia de Andrade, surgiria a dualidade consagrada pelos nordestinos e expressa no período colonial em dois sistemas de exploração agrária diversos, que se complementam econômicamente, mas que, polìtica e socialmente, se contrapõem: o Nordeste da Cana de Açúcar e o Nordeste do Gado, observando-se entre um e outro, hoje, o Nordeste da pequena propriedade e da policultura.

A distribuição da população nas três regiões naturais em que costumamos dividir o Nordeste se processa desigualmente. A região natural, Sertão e litoral setentrional, apesar de ocupar nove décimos do território, abriga pouco mais de 55% da população, enquanto no Agreste vivem cêrca de 17% e na Mata e litoral oriental cêrca de 27%, apesar de reunirem ,estas duas últimas regiões apenas 10% da superfície regional.

Em qualquer das regiões geográficas do Nordeste a maioria da população vive no campo, dedicando-se às atividades agrárias.

Assim o Nordeste é uma região em que a população rural ainda é sensìvelmente superior à urbana.

Temos de salientar os grandes desníveis econômicos entre a população rural, uma vez que existe, ao lado de uma grande massa de

TABELA I — PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RURAL E URBANA DO NORDESTE E DO BRASIL. 1960

Regiões Geográficas do Brasil	% da população presente	
	Urbana	Rural
Nordeste	34,2	65,8
Brasil	45,1	54,9

trabalhadores rurais assalariados, um pequeno grupo de proprietários com elevado padrão de vida.

Dadas as pecaríssimas condições de vida, o que se observa é que a situação econômica do campo se torna repulsiva, criando condições para o deslocamento sistemático das populações em direção ao Centro-Sul, como também para as capitais do Nordeste, onde se estabelecem em mocambos e favelas, passando a formar a extensa massa de desempregados e sub-empregados que congestionam as grandes cidades do Nordeste.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, formado pela integração de áreas colonizadas em condições históricas diversas, desigualdades regionais em graus de desenvolvimento e níveis de vida teriam necessàriamente que existir.

As desigualdades regionais têm como causa primária a diversidade de recursos naturais, mas resultam, em realidade ,de um complexo de causas históricas. Em razão da escassa mobilidade de determinados fatôres produtivos e da tendência **acumulativa** de certos processos históricos, as desigualdades tendem a cristalizar-se.

As desigualdades regionais de níveis de vida, de mais difícil solução, são aquelas que decorrem do isolamento entre áreas econômicas ou de graus diversos de integração dessas áreas com os mercados externos.

No caso brasileiro, as desigualdades presentes são causadas pela combinação dêstes dois fatôres, em grau crescente, com efeitos indiretos da concentração dos investimentos industriais, e que podem ser observados pelos percentuais de participação na renda nacional e pela comparação da renda "per capita" das regiões Nordeste e Centro Sul com a média nacional.

A participação do Nordeste na renda nacional, graças à política de favorecimento das importações no período de após-guerra, declinou de 16,4% em 1950 para 13,9% em 1955. A modificação da política cambial permitiu que o Nordeste melhorasse a sua participação, até alcançar o processo de recuperação que se observa a partir de 1959, sobretudo pelos fortes investimentos realizados pelo Petróleo Brasileiro S/A (PETROBRÁS) e Companhia Hidroéletrica de São Francisco (CHEFS), assim como pela nova política de investimento da qual o Banco do Nordeste do Brasil S/A (BNB) é pioneiro e que se consolidou com a criação da SUDENE. Assim a participação do Nordeste na renda nacional atigiu em 1960 o percentual de 15,9%, que observada em comparação com o Centro-Sul — 79,4%, dá uma idéia do sub-desenvolvimento regional.

O Nordeste não acompanhou o ritmo de desenvolvimento da economia nacional, resultando num desequilíbrio regional crescente. Segundo estatísticas não oficiais, a participação do Nordeste no produto bruto da economia brasileira caiu, no período de 1948-1965, de 15,5%, para 13,4%, apesar dos sinais de recuperação apresentados a partir de 1959.

O comportamento dos setores produtivos na Região, computando-se dados da renda gerada, apresentou-se com as seguintes tendências: a) redução percentual do setor terciário ou de serviços; b) incremento percentual do setor secundário ou industrial; c) elevação do percentual referente ao setor primário ou de agricultura.

TABELA II — COMPORTAMENTO DOS SETORES PRODUTIVOS

ÁREAS	NORDESTE			BRASIL		
ANOS	Agric.	Ind.	Serv.	Agric.	Ind.	Serv.
1947	37,1	12,6	20,3	26,9	24,4	51,7
1955	40,7	13,5	45,8	29,7	24,6	45,7
1962	46,2	18,5	35,5	—	—	—

A produção agro-pecuária do Nordeste apresenta intenso ritmo de expansão. Considerado o período 1955 — 1962, a taxa média anual acumulativa é de cêrca de 4,7%. A produção industrial é ainda de baixa significação, sejo como geradora de renda, seja como de emprêgo no Nordeste. Entre 1956 e 1962 o incremento da produção industrial, em têrmos reais, foi de aproximadamente 7,5% anuais.

A distribuição da população economicamente ativa por setores de atividades econômicas apresenta-se com uma diminuição dos percentuais com referência ao setor primário, comparados os dados censitários de 1940 e 1950.

É importante observar o esfôrço desenvolvido no Nordeste visando a beneficiar o homem, diretamente tido como agente e beneficiário do desenvolvimento, através de melhor distribuição de bens e serviços de caráter social, pela adequação à realidade social do Nordeste, da distribuição de investimentos setoriais.

NÍVEIS E DISTRIBUIÇÃO DA RENDA

De acôrdo com as estimativas preliminares existentes no ano de 1963, cada nordestino obteve, em média, renda anual equivalente a sessenta cruzeiros novos, o que, para se ter uma idéia do poder de compra que representava na época, equivalia a três vêzes e meia o maior salário mínimo mensal fixado para a Região. Com uma população equivalente a 31% do total do Brasil, detém o Nordeste sòmente 19% da Renda Interna em relação à renda "per capita" do país, a do nordestino alcança 61%, apenas um pouco mais da metade.

TABELA III — NORDESTE E BRASIL: PERCENTUAIS DA RENDA INTERNA E POPULAÇÃO — 1962

Especificação	%		
	Internas	"Per Capita"	População
	Rendas	Renda	
Nordeste	19,1	61,1	31,2
Resto do país	80,9	113,9	68,8
Brasil	100,00	100,0	100,0

TABELA IV — DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA RENDA NACIONAL (em percentagem)

Regiões e Estados	1950	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Nordeste	**16,4**	**13,9**	**14,4**	**14,9**	**14,3**	**15,3**	**15,9**
Maranhão	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,2	1,2
Piauí	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ceará	2,4	1,7	1,9	2,0	1,4	2,0	2,1
R. G. Norte	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9	0,9
Paraíba	1,6	1,3	1,3	1,3	1,1	1,3	1,5
Pernambuco	3,9	3,3	3,4	3,6	3,7	3,6	3,5
Alagoas	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
Sergipe	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Bahia	4,4	4,2	4,2	4,2	4,4	4,3	4,7
Centro-Sul	**79,5**	**81,5**	**80,7**	**80,3**	**80,9**	**80,2**	**79,4**
Espírito Santo	1,3	1,3	1,2	1,3	1,1	1,1	1,0
Minas Gerais	10,8	11,1	11,2	11,3	10,3	10,3	9,7
Rio de Janeiro	4,4	4,2	4,6	4,5	4,6	4,5	4,5
Guanabara	14,8	13,9	14,8	14,2	15,0	14,5	13,5
São Paulo	32,3	32,9	31,4	31,5	32,3	32,0	32,2
Santa Catarina	2,5	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
Paraná	4,7	5,6	4,6	5,1	5,7	6,2	6,2
R. G. Sul	8,7	9,8	10,2	9,7	9,2	9,0	9,2
Outras Regiões	**4,1**	**4,6**	**4,9**	**4,8**	**4,8**	**4,5**	**4,7**
BRASIL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

É de tôda conveniência salientar que a renda "per capita" do nordestino está desigualmente distribuída entre os habitantes da Região, seja entre os habitantes das diferentes unidades administrativas que compõem o Nordeste, seja entre os grupos sócio-econômicos em que se divide a população.

A renda "per capita" do Estado do Piauí representa apenas 50% da renda estimada para Pernambuco e com relação à média do Nordeste representa apenas 61%. Com relação aos grupos sócio-econômicos, é de se esperar que seja mais desigual a distribuição da renda, principalmente quando se levam em conta, naqueles grupos de mais baixa renda, os amplos setores marginais das capitais nordestinas e os grupos rurais de população, ainda, parcialmente integrados na economia monetária, e, em outro extremo, reduzidos setores da população com uma faixa de consumo muito diversificado ,e na qual é considerável a participação de bens de luxo e gastos suntuários.

De acôrdo com estatísticas disponíveis de uma série (1950 — 1960) podemos comparar a renda "per capita" por Estado e da Região com a média nacional, caracterizando esta comparação, com absoluta clareza, um grau de subdesenvolvimento absolutamente nítido no Nordeste.

TABELA V — RENDA PER CAPITA NAS REGIÕES NORDESTE CENTRO-SUL E ESTADOS DA GUANABARA E SÃO PAULO

(por cento da média nacional)

Regiões e Estados	1950	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Nordeste	**48,5**	**42,9**	**44,7**	**46,1**	**44,7**	**48,4**	**50,6**
Maranhão	34,0	29,3	28,6	30,2	31,0	33,7	34,4
Piauí	28,7	24,9	27,1	28,2	26,5	29,0	28,8
Ceará	47,0	35,8	39,7	41,1	30,1	41,6	44,9
R. G. Norte	53,0	44,6	53,8	48,6	40,4	53,0	56,7
Paraíba	48,5	41,6	43,4	42,7	38,6	46,4	53,9
Pernambuco	61,1	53,9	56,7	61,4	61,9	61,4	60,4
Alagoas	43,8	39,0	43,9	48,6	50,7	49,9	50,5
Sergipe	48,9	46,3	51,7	54,1	55,9	57,1	54,7
Bahia	49,7	48,6	47,5	48,8	50,2	51,7	55,7
Centro-Sul	**140,3**	**141,1**	**138,5**	**137,4**	**137,4**	**135,4**	**135,5**
Guanabara	334,0	308,2	326,1	312,4	326,0	316,5	291,0
São Paulo	188,6	187,2	178,5	177,1	180,5	177,3	177,7

Comparada a renda "per capita" do Nordeste com a de outros países do continente, a renda por habitante do Nordeste não atinge a 50% da do conjunto da América Latina, e a níveis de países, supera apenas a dos residentes na Bolívia, Paraguai e Haiti.

Os investimentos substanciais do govêrno federal na Região, através das grandes emprêsas de economia mista, como a CHEFS, Petrobrás e COHEBE (Companhia Hidroelétrica da Boa Esperança) e a ordenação de uma política de incentivos financeiros, têm proporcionado uma elevação substancial dos investimentos nos diversos setores da economia, tendo como conseqüência a expansão da produção primária e industrial. Esta expansão tem-se dado mais de forma extensiva, principalmente no setor agro-pecuário, pelo crescimento da área de cultivo, sem que se tenha acompanhado de melhoria da produtividade. No caso do setor industrial, ainda no Nordeste um setor de pouca significação, seja como gerador de renda, seja como fonte de emprêgo, o seu intenso crescimento foi proporcionado por inversões maciças em infra-estrutura e pelos incentivos do setor público. Algumas transformações, no que diz respeito à estrutura dêste setor, estão ocorrendo, porém, sem grandes repercussões.

Esperam-se, com a implantação e funcionamento dos grandes projetos de indústria química e siderúrgica, transformações significativas na estrutura do setor industrial da Região.

INTEGRAÇÃO SETORIAL E ESPACIAL DA ECONOMIA

Apesar das iniciativas efetuadas, visando à integração setorial e espacial da economia nordestina, pouco se tem realmente realizado para consecução do objetivo, sobretudo pela inexperiência e até mesmo desconhecimento da profundidade do problema, que indiretamente impediram uma política mais agressiva tendente a romper o "statu-quo", principalmente a indiferença e a rotina em seus componentes mais significativos.

A abordagem, em têrmos de economia espacial, com ênfase nas vantagens locacionais, para dirigir a aplicação de recursos deverá no tempo substituir, em muitos setores e campos de atuação, a metodologia ainda utilizada no presente, na implantação dos programas e projetos tendo por base as disponibilidades existentes.

Visando aos objetivos da integração, quer setorial, quer espacial, torna-se necessária a identificação dos polos de crescimento da Região e de cada um dos Estados que a compõem, que serão considerados áreas prioritárias para a alocação de recursos e aproveitar as vantagens locacionais, particularmente ligadas aos recursos naturais,

implantando grandes projetos para aproveitá-los; com o que se criarão novos polos de dinamização da economia regional.

Objetivamente os projetos integrados de estudo e aproveitamento de bacias fluviais e a criação de grandes complexos industriais, a partir das disponibilidades de recursos naturais da região, deverão constituir os pontos básicos do desenvolvimento regional, participando todos os setores econômicos e sociais, integralmente, na melhoria da infra-estrutura e distribuição de economias externas.

PROBLEMA DE EMPRÊGO

Pràticamente, não existem estatísticas relacionadas com a oferta de emprêgo na Região. Partindo-se no entanto da estimativa de que existe um milhão de desempregados e que em média cresce entre 150 a 300 mil anualmente o número de pessoas em idade economicamente ativa, é evidente que se deveria desenvolver estímulos para absorção, pelo menos do crescimento vegetativo da população econômicamente ativa, a fim de se evitar o agravamento do excedente de mão-de-obra existente.

O crescimento extensivo da agricultura tem servido até certo ponto para manter ocupada grande parte da população rural, embora não tenha crescido a produtividade dos fatôres, condição necessária ao desenvolvimento. No entanto o crescimento extensivo só será possível enquanto houver terras disponíveis para expandir a área de cultivo.

A partir do momento em que fôr superada esta alternativa, maior será a demanda de desempregados à procura de colocação nos setores urbanos. O setor industrial, utilizando uma tecnologia de concentração de capital, sobretudo pela necessidade de competição com a indústria do Centro-Sul, tem sido pouco absorvedor de mão-de-obra. A indústria pré-existente à fase de expansão industrial começa a sentir a necessidade de modernizar-se para poder competir.

O desenvolvimento industrial do setor não tem sido suficiente para absorver o excedente de mão-de-obra, problema que tenderá a agravar-se nos próximos anos, tanto pela imigração rural-urbana, como pelo crescimento vegetativo das populações das grandes cidades.

Observa-se ainda, que o crescimento do setor industrial, originando maior concentração da renda, atenua seus efeitos positivos sôbre o alargamento do mercado interno da região.

É interessante afirmar a necessidade de se estabelecer um contrôle eficaz das disparidades do desenvolvimento regional, desenvolvendo. em setores, menos estratégicos e competitivos, tecnologias concentradoras de mão-de-obra, sobretudo não qualificada, ao mesmo

tempo que se eleva o esfôrço de qualificação para os setores mais competitivos, procedimentos êstes que propiciariam o desenvolvimento e melhor distribuição dos benefícios dêle advindos pela distribuição mais equitativa da renda e conseqüente ampliação do mercado regional, condição efetiva para continuidade do desenvolvimento iniciado.

OFERTA DE PRODUTOS PRIMÁRIOS

A análise de crescimento da produção agrícola revela que a produção de gêneros alimentícios teve maior crescimento que a produção de matérias primas para a indústria e a exportação. A produção agro-pecuária tem crescido a uma taxa de 4,7% acumulativa anual até o ano de 1962, período para o qual temos estatísticas satisfatórias. Em 1965 a quantidade de alimentos foi 25% maior que a produzida em 1955. Como o crescimento demográfico no mesmo período foi estimado em 17%, restaria uma ampla margem para fazer frente à demanda adicional gerada pela elevação da renda.

Conquanto as informações sôbre crescimento e distribuição da renda no Nordeste não possibilitem conclusões seguras, o ritmo de incremento da produção de alimentos não seria insatisfatório, se os excedentes pudessem fluir normalmente do setor rural para os centros urbanos da Região e ser armazenados para prover as necessidades de entresafra. Com base nas estatísticas disponíveis, se pode afirmar que o aumento dos preços dos alimentos ao consumidor não se deve inteiramente à escassez de produção, mas, em boa parte, à distribuição e a comercialização. As elevadas perdas de comercialização, os custos de transportes e o número de intermediários concorrem muito para o aumento de preço.

Apesar do estímulo dado pela elevação dos preços nos mercados, as inversões visando ao incremento maior da produção agro-pecuária, esbarram em vários fatôres desestimulantes, entre os quais citaremos a estrutura agrária e o sistema de comercialização e de distribuição.

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO DESENVOLVIMENTO

Analisando o problema da distribuição dos benefícios do desenvolvimento no Nordeste, podemos observar:

a) O crescimento da agricultura foi do tipo extensivo, tendo como fatôres a expansão da área ocupada pelas quinze principais culturas da Região; aumentou em 34%, entre 1955 e 1962, enquanto a produção agrícola total, no mesmo período cresceu em 37%.

Não houve modificações substanciais na produtividade, sobretudo pela falta de inversões tendentes a elevá-la. Outra condição importante foi o insuficiente desenvolvimento dos setores urbanos para absorver com a devida intensidade a mão-de-obra do setor primário.

b) A política de incentivos à industrialização, criada no Nordeste pelo BNB e desenvolvida pela SUDENE, encontrou uma base histórica na formação econômica do Nordeste, pela presença de uma indústria de produção alimentar de vulto, o açúcar, bem como a indústria têxtil, e confirma a hipótese de que a criação de incentivos e a sua correta administração permitem, através de investimentos privados, influir positivamente na elevação da renda e do emprêgo na Região.

O desenvolvimento industrial no Nordeste tem-se processado utilizando o modêlo de substituição de importações em têrmos de Centro-Sul e Exterior. O tempo decorrido desde a implantação de uma política agressiva de industrialização, não permitiu ainda a maturação de grande parte das inversões que possibilitasse um maior crescimento do produto industrial.

Utilizando estatísticas disponíveis, podemos afirmar que tem-se elevado a produtividade da mão-de-obra, pois enquanto o volume de emprêgo decresceu de 37% para 13%, sôbre o total do setor secundário, a participação no valor da produção se elevou de 28% para 30%.

Observa-se também que o crescimento industrial tem seguido uma orientação no sentido de poupar mão de obra, embora isto não tenha influido diretamente para uma maior dimensão dos estabelecimentos industriais.

Estatísticas relacionando os anos de 1956 e 1962, indicam que o valor bruto da produção cresceu em 45%, os estabeleciments em 30% e o volume de emprêgo em 5%.

Êste tipo de crescimento industrial, com poupança do volume de emprêgo, além de não distribuir progressivamente o produto gerado, não apresenta condições para absorver o excedente de mão-de-obra já existente no meio urbano.

c) A tendência de valorização do setor de recursos humanos no modelo de desenvolvimento do Nordeste admite a amplitude do conceito e visa a atingir o homem como agente e fator de produção e como beneficiário do processo produtivo, identificando com os setores de mão-de-obra e emprêgo, os fatôres que influem sôbre o tamanho, capacitação física, qualificação, grau de utilização e o aproveitamento do fator humano.

Conseqüentemente se desenvolvem esforços, visando não sòmente à programação da mão-de-obra e do emprêgo, como também à programação social, pela consideração da influência desta sôbre a fôrça

de trabalho e maior oferta de serviços gerais para elevar o nível de bem estar da comunidade regional.

d) A análise do comportamento dos setores básicos da economia do Nordeste e do Brasil, apresenta comparativamente:

— Em têrmos de taxas acumulativas anuais, enquanto a agropecuária do Nordeste, a partir de 1959, teve um crescimento em tôrno de 6%, o setor primário brasileiro apenas alcançou 4,5% ao ano, neste curto período (1959 — 1964).

— Como ressonância ainda do surto industrial iniciado no pós-guerra, a indústria brasileira continuava até 1961 se distanciando cada vez mais da produção industrial nordestina. A partir de 1962 observa-se a perda de dinamismo do processo de industrialização do país, sobretudo pelo esgotamento do modelo de substituição de importações adotado.

A partir de 1961, o crescimento da indústria nordestina começa a fazer-se com maior rapidez, devido principalmente à política de incentivos preferenciais adotada pelo Govêrno Federal através da SUDENE, utilizando-se o modelo de substituição de importações, agora não sòmente em relação ao Exterior (caso brasileiro), como também em relação ao próprio Centro-Sul do país. Em 1962, enquanto a produção industrial brasileira decresceu a uma taxa de 6% em relaçoã ao ano anterior, o Nordeste apresentou um crescimento de aproximadamente 6,5% no mesmo ano. Até 1964, o crescimento industrial brasileiro ainda não tinha recuperado os índices alcançados em 1961, continuando o Nordeste em ritmo crescente, especialmente considerado em relação aos índices médios nacionais.

— No tocante ao setor terciário apesar da insuficiência de estatística, pode-se afirmar que o crescimento real do setor acompanhou a evolução do custo de vida na Região, permanecendo pràticamente com o mesmo valor real e inclusive diminuindo sua participação relativa no produto regional.

Finalmente, podemos admitir que a participação da economia nordestina no sistema econômico a partir de 1963 tenha se elevado, inclusive superando a sua maior participação alcançada em 1956, por duas razões principais: redução do crescimento do país, que em têrmos "per capita" apresentou-se negativo já em 1963, e maior crescimento tenha sido superior ao obtido no período 1956/62, através de uma taxa acumulativa anual de 5,3%, e que proporcionou um crescimento real "per capita" 2,4% anuais observadas as taxas de crescimento vegetativo da população em tôrno de 2,9%.

Num país cuja população cresce a taxa elevadas, o esfôrço de capitalização se faz necessário, não apenas para manter o desenvolvimento, como também para criar novas oportunidades de emprêgo para a fôrça de trabalho em expansão.

Estimando em cêrca de 9 milhões a população economicamente ativa do Nordeste e supondo que ela cresça a uma taxa de 3% ao ano, aproximadamente 270 000 pessoas se somarão à fôrça de trabalho durante cada período anual, sem se levar em consideração o fenômeno migratório.

Uma política objetiva de desenvolvimento regional deveria procurar, pelo menos, criar um número de empregos suficientes ao aproveitamento do incremento da fôrça de trabalho anual. Observa-se, no entanto, que o modêlo de crescimento industrial em desenvolvimento, utilizando uma maior densidade de capital, é contraditório com a real conjuntura regional, sobretudo, levando-se em consideração a escassa área agricultável disponível na Região, e a situação de insuficiente desenvolvimento do setor serviços.

Embora se reconheçam as necessidades do emergente setor industrial regional, tornando imperiosa a utilização de tecnologias avançadas, também é importante observar as tensões sociais que poderiam surgir pela marginalização de ponderável parcela de fôrça de trabalho e que se tornaria no maior fator impediente a uma melhor distribuição dos benefícios do desenvolvimento na Região.

INFORMAÇÃO GERAL SÔBRE O SETOR SAÚDE ASPECTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRÒPRIAMENTE DITOS

Introdução

Apesar do esfôrço que organismos federais e estaduais de saúde, de há muito vêm dispensando à problemática de saúde da Região, a população nordestina continua a apresentar baixos padrões de higidez e elevadas taxas de morbi-letalidade, em concordância com a baixa renda **per capita.**

Indicadores do nível de saúde

Selecionamos alguns indicaores que dão bem a medida dos níveis de saúde da população do Nordeste, ao mesmo tempo que estabelecemos comparações com iguais indicadores de outros estados brasileiros e de países altamente desenvolvidos.

a) Mortalidade Infantil.

Estima-se que a taxa de mortalidade infantil em 1 000 nascidos vivos no Nordeste se aproxima atualmente de 176, cabendo salientar que as taxas elevadas que se registraram em nove capitais, onde há maior concentração de serviços médicos assistenciais, são constrangedoras em relação àquelas observadas em países altamente desenvolvidos e mesmo em outras capitais brasileiras, como se pode notar no quadro que segue. (Tabela VI)

TABELA VI — TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL, EM VÁRIAS CAPITAIS EM ANOS PRÓXIMOS DE 1964

Capitais	Óbitos de crianças de 0 ano por 1 000 — Nascidos vivos
Goiânia	51,6
São Paulo	64,4
Rio de Janeiro	70,3
Vitória	73,5
Niterói	90,1
Manaus	95,2
Belo Horizonte	99,8
Pôrto Alegre	100,8
Salvador	101,2
Curitiba	103,8
Cuiabá	105,4
BRASIL	112,0
Recife	125,6
Florianópolis	130,8
Belém	142,9
São Luiz	145,9
Fortaleza	201,6
Natal	208,1
Teresina	259,4
Maceió	266,9

Nota: Dados do Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada — E P E A.

Comparem-se os dados acima, tidos como subestimados em decorrência da omissão que se verifica nos serviços de registro de coleta, com as taxas observadas na Dinamarca (21,5), Estados Unidos (26,0), México (74,2) e a Região Sul do Brasil (73,0).

Em seguida, apresentamos outro quadro sôbre mortalidade infantil, cujos dados foram fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saú-

de e Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), onde é posta em evidência a precaridade do sistema de coleta e processamento de informações bio-estatísticas no Nordeste. (Tabela VII)

TABELA VII — TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL EM ANOS PRÓXIMOS A 1964

ESTADOS	CAPITAL	INTERIOR
Maranhão	127	211
Piauí	243	247
Ceará	167	—
R. G. do Norte	224	409
Paraíba	145	447
Pernambuco	124	317
Alagoas	123	177
Sergipe	102	195
Bahia	81	218

b) Vida Média

A vida média média no Nordeste foi estimada em 48 anos e 9 meses, sendo a menor entre as Regiões brasileiras, mostrando-se 12 anos inferior às cifras calculadas para o Estado de São Paulo.

Os valôres calculados para a vida média ao nascer no Brasil, Dinamarca e Estados Unidos são, respectivamente, 54,9, 72,0 e 70,9 anos.

Face ao exposto, conclui-se que a mortalidade de pesosas jovens é particularmente acentuada no Nordeste, estimando-se que 50% dos óbitos se verificam em menores de 5 anos de idade.

c) Mortalidade por doenças transmissíveis

As doenças transmissíveis foram responsáveis por cêrca de 40% do total de mortes calculado para o Brasil em 1964, sendo êsse percentual superior 13 e 11 vêzes, respectivamente, ao verificado na Dinamarca e nos Estados Unidos.

Dentro dêsse grupo de causa de morte, destacam-se as diarréias infecciosas, a gripe e a pneumonia, a tuberculose do aparelho respiratório, o sarampo e o tétano, que representam 90% do total.

As diarréias infecciosas são a causa mais importante no obituário geral, responsáveis pela elevada mortalidade infantil.

A relevância das doenças transmissíveis no quadro sanitário do Nordeste e o fato de serem elas evitáveis ou reduzíveis, graças aos

instrumentos de ação de que dispõe a tecnologia atual, fazem ainda mais injustificável o alto custo social que as comunidades mais desfavorecidas pagam em têrmo de saúde.

Outros problemas de magnitude

O nordeste se defronta com outros problemas de saúde de alta significação, seja porque acometem parcela considerável da população, subtraindo apreciável capacidade física humana, seja porque a escassez de recursos financeiros em disponibilidades se apresenta como fator limitante a mais ampla atuação.

A esquistossomose apresenta elevada incidência, existindo na faixa litorânea que vai de Touros (TN) ao sul do Recôncavo baiano, estimando-se que a prevalência se situe em tôrno de 90% onde há curso d'água. É de salientar-se a existência de focos isolados no Ceará e o problema ponderável que já se constitui a esquistossomose no Estado do Maranhão.

Calcula-se em quatro milhões as pessoas parasitadas por S. mansoni no Nordeste. Em virtude da extensão e profundidade do problema, pesquisas atinentes à profilaxia da esquistossomose estão sendo realizadas em quatro áreas-pilotos, duas das quais localizadas no Nordeste, respectivamente no Estado da Bahia (Caatinga do Mouro) e no Estado de Pernambuco (São Lourenço).

A doença de Chagas avulta como um dos principais problemas de saúde, encontrando-se disseminada em vários Estados do Nordeste, sendo a população da área de transmissão de cêrca de 12 milhões, calculando-se em 500 mil o número de pessoas na Região parasitadas pelo T. Cruzi.

O rurícula paga maior tributo, morando em palhoças de pau-a-pique, em casas mal conservadas, com paredes esburacadas, com frestas e fendas, que propiciam **habitat** adequado ao inseto vetor.

A tuberculose tem no Nordeste taxa de mortalidade em tôrno de 80 por 100 mil habitantes, estimando-se que existem cêrca de 100 mil tuberculosos na Região, aos quais se juntam, anualmente, cêrca de 30 mil novos doentes. Na grande maioria dos países desenvolvidos, essa taxa encontra-se abaixo de 20 por 100 mil.

A malária ainda se constitui problema ponderável no Nordeste, principalmente nos Estados do Maranhão, Piauí e Bahia. Cabe notar a dificuldade encontrada em manter-se áreas em fases de consolidação e de manutenção isentas de malária, em virtude das estradas e outras vias de acesso lhes propiciarem mais fácil comunicação. Atinge mais intensamente as zonas rurais e, nos períodos correspondentes aos ápices sazonais do ciclo endêmico anual, é comum encontrar-se 40% e mais de doentes dentre os habitantes de vastas áreas.

No quadro nosológico do Nordeste ainda destacam-se a lepra, o tracoma, a varíola ,a difteria, a coqueluche, a poliomielite e outras endemias.

OUTROS ASPECTOS DA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE

Estrutura Sanitária

a) Introdução

A estrutura sanitária executiva, em que se baseia a organização das atividades de saúde na Região, compõe-se de órgãos e entidades na sua maioria descoordenados o que leva a crer que as atividades de saúde, para apreciável parcela das populações, estejam a cargo de entidades sem condições mínimas recomendáveis, quanto à estrutura técnica e organização administrativa.

Não se compreende o desenvolvimento integrado das atividades de saúde, através do processo de planejamento, se a estrutura executiva não estiver técnica e administrativamente apta a incorporá-lo como forma de ação, e institucionalizá-lo de modo adequado. Para tanto, além da reestruturação administrativa e institucional, é necessário o aparelhamento técnico das novas estruturas e inclusive o fornecimento de pessoal habilitado.

Soma-se à deficiência da estrutura técnico-administrativa um sistema precário e parcial de coleta e processamento de dados bioestatísticos e uma insuficiente e inadequada oferta de produtos profiláticos e terapêuticos esssenciais, cujos preços estão além do poder aquisitivo das populações, invalidando grande parte do esfôrço de assistência médica.

b) Classificação dos serviços de saúde

Segundo as formas de financiamento vigentes no país e os beneficiários os serviços de saúde que existem no Nordeste podem ser assim classificados:

1.00 — Serviços oficiais
1.10 — Serviços governamentais destinados aos militares
11 — Serviços de Saúde do Exército
12 — Serviços de Saúde da Marinha
12 — Serviços de Saúde das Polícias Militares dos Estados
14 — Serviços de Saúde da Aeronáutica
1.20 — Serviços governamentais destinados ao público em geral
21 — Serviços para doentes mentais
22 — Serviços para tuberculose
23 — Serviços para doenças transmissíveis
24 — Serviços de Pronto Socorro
25 — Hospitais gerais e especializados
26 — Unidades sanitárias, Centros de Saúde, Postos de Higiene, Ambulatórios e Dispensários

1.30 — Serviços mantidos ou grandemente subvencionados pelos governos para clientela específica
31 — Serviço médico para presidiários
32 — " " " pescadores
33 — " " " ferroviários
34 — " " " rodoviários
1.40 — Serviços médicos criados pelo Poder Público e parcial ou eventualmente custeados com recursos governamentais
41 — Instituto Nacional de Previdência Social — (Secções estaduais)
42 — Instituições de regime especial de providência
1.50 — Serviços assistenciais mantidos com recursos orçamentários da União e administração transferida
51 — Legião Brasileira de Assistência
52 — Pioneiras Sociais
2.00 — Serviços não oficiais de assistência médica
2.10 — Organizações filantrópicas ou caritativas subvencionadas com recursos governamentais
11 — Santas Casas de Misericórdia
12 — Hospitais de caridade dos Evangelistas
13 — Associações de combate ao câncer
14 — Associações de combate à tuberculose
15 — Associações de proteção à maternidade e à infância
2.20 — Organizações mutuárias e beneficiente
21 — Beneficência Portuguêsa
22 — Beneficência Israelita
23 — Assistência Médica Social da Armada
24 — Ordens Terceiras
25 — Grupos cooperativos
2.30 — Serviços patronais e mixtos (cooperativos e patronal)
31 — S E S C
32 — S E S I
33 — Serviços mantidos por grandes indústrias (Petrobrás etc.)
34 — Serviços financiados conjuntamente por empregadores e empregados — Banco do Brasil, grandes organizações comerciais e industriais
2.40 — Organizações comerciais
41 — Casas de Saúde particulares
42 — Serviços particulares de socorro urgente
43 — Policlínicas particulares
44 — Organizações assistenciais de pré-pagamento

c) Capacidade Instalada

No que concerne à capacidade instalada, mencionaremos o número de estabelecimentos existentes, segundo a entidade mantenedora e a finalidade, bem como as cifras referentes a leitos, constando também, à guisa de comparação, dados sôbre o Estado de São Paulo. (Tabela VIII)

TABELA VIII — NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E LEITOS HOSPITALARES NO NORDESTE E NO ESTADO DE SÃO PAULO EM 31-12 1964.

Especificação	Total	Segundo entidade mantenedora		Segundo a finalidade					
				Hospitais Gerais				Hospitais especializados	Hospitais de ensino
		Oficial	Particular	Total	Adultos e crianças	Crianças	Unidade Integral		
Nordeste									
N.º de leitos	32 032	—	—	16 555	14 784	1 233	538	14 342	1 135
N.º de estabelecimentos	481	146	335	330	264	19	17	174	7
São Paulo									
N.º de leitos	53 127	—	—	30 319	29 190	1 079	50	20 059	2 749
N.º de estabelecimentos	543	43	500	410	400	—	1	129	4

NOTA Os dados constantes nos quadros acima são dados preliminares do Censo Hospitalar, realizado em 1965, pela Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde. Simultâneamente, hospitais gerais e especializados.

TABELA IX — PESSOAL DISPONÍVEL NO NORDESTE POR ESTADO, ENTIDADE E CATEGORIA PROFISSIONAL

Estados e Entidades	PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31/12/1966								
	Médicos	Dentistas	Técn. de Labor.	Técn. de Raios X	Enfermeira	Aux. de Enf.	Atend. de Enf.	Plan. de Saúde	Visitadora Sanitária
MARANHÃO	**265**	**55**	**15**	**1**	**35**	**59**	**140**	**6**	**5**
Secretaria de Saúde	102	38	—	1	26	37	91	6	—
Ministério da Saúde	10	2	13	—	6	2	35	—	5
Previdência Social	153	15	2	—	3	20	14	—	—
PIAUÍ	**316**	**58**	**13**	**—**	**85**	**123**	**344**	**3**	**25**
Secretaria de Saúde	114	38	6	—	76	90	262	3	10
Ministério da Saúde	27	4	7	—	9	17	69	—	15
Previdência Social	175	16	—	—	—	16	16	—	—
CEARÁ	**630**	**157**	**25**	**11**	**51**	**102**	**670**	**8**	**162**
Secretaria de Saúde	249	137	—	10	21	59	245	7	119
Ministério da Saúde	55	2	20	1	29	32	390	1	43
Previdência Social	326	18	5	—	1	11	35	—	—
R. G. DO NORTE	**266**	**36**	**8**	**4**	**5**	**21**	**204**	**5**	**11**
Secretaria de Saúde	67	18	4	4	1	12	145	5	6
Ministério da Saúde	21	1	3	—	4	6	43	—	5
Previdência Social	178	17	1	—	—	3	16	—	—

PARAÍBA	**560**	**154**	**20**	**4**	**43**	**115**	**360**	**3**	**35**
Secretaria de Saúde	247	118	—	2	27	85	220	3	33
Ministério da Saúde	33	4	17	1	10	21	111	—	2
Previdência Social	280	32	3	1	6	9	29	—	—
PERNAMBUCO	**1 431**	**280**	**48**	**28**	**53**	**723**	**1 172**	**13**	**96**
Secretaria de Saúde	652	202	—	27	33	700	996	10	84
Ministério da Saúde	71	—	47	—	15	1	110	2	12
Previdência Social	708	78	1	1	5	22	66	1	—
ALAGOAS	**246**	**25**	**10**	**4**	**5**	**14**	**171**	**5**	**73**
Secretaria de Saúde	54	13	—	1	—	—	114	5	70
Ministério da Saúde	26	2	10	—	5	6	45	—	3
Previdência Social	116	10	—	3	—	8	12	—	—
SERGIPE	**166**	**23**	**12**	**—**	**9**	**32**	**147**	**2**	**21**
Secretaria de Saúde	17	10	—	—	2	20	54	2	6
Ministério da Saúde	10	2	10	—	5	6	69	—	15
Previdência Social	130	11	2	—	2	6	24	—	—
BÃHIA	**1 259**	**231**	**41**	**13**	**84**	**260**	**741**	**5**	**164**
Secretaria de Saúde	712	187	5	12	57	208	538	5	136
Ministério da Saúde	22	6	30	—	23	16	147	—	28
Previdência Social	565	38	6	1	4	36	56	—	—
MINAS GERAIS	**25**	**4**	**—**	**—**	**—**	**—**	**13**	**—**	**—**
Secretaria de Saúde	25	4	—	—	—	—	13	—	—
Ministério da Saúde	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Previdência Social	—	—	—	—	—	—	—	—	—

NOTA Dados da Pesquisa sôbre nível e estrutura de saúde no Nordeste. Fonte: SUDENE/DRH — Dados de junho de 1967.

d) Disponibilidade de Pesosal

Pode-se verificar na Tabela IX o pessoal disponível em Saúde Pública no Nordeste, por Estado, entidade e categoria profissional (Tabela IX).

e) Disponibilidade de recursos financeiros

A importância dispensada ao setor saúde pode ser buscada nos gastos que as administrações federal, estadual e municipal têm dedicado à Saúde Pública, a partir de 1958, observando-se que em relação ao Produto Bruto Nacional, o total de gastos representa um percentual da ordem de 1,4% (Tabela X).

TABELA X — PERCENTAGEM DOS GASTOS EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO PRODUTO NACIONAL BRUTO DO BRASIL (Preços de 1962)

Discriminação	1958		1959		1960	
	NCr$ Milhões	%	NCr$ Milhões	%	NCr$ Milhões	%
Total dos gastos pub. em saúde	16,9	1,3	24,0	1,4	34,1	1,4
Produto Nacional Bruto	1 300,0	100,0	1 774,3	100,0	2 363,6	100,0

NOTA — Os dados citados constam do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico-Social — 1963 — 1965.

Evidentemente os gastos com saúde devem buscar-se na etapa de desenvolvimento econômico em que se encontra o país. Deve-se assinalar que os gastos com o setor em tela, efetuados no Brasil, não se distanciam muito daqueles observados em países com nível de renda aproximados, onde o percentual em relação do PBN situa-se em tôrno de 1% a 2%, verificando-se maores dispêndios em países como o Chile.

No triênio 1963/1965 se observou que os gastos **per capita** do setor federal com saúde se elevaram de NCr$ 973,00 em 1963, para NCr$ 1.170,00 em 1965. (Tabela XI)

TABELA XI — DESPESAS FEDERAIS EM SAÚDE PÚBLICA

Especificação	Total do triênio	1963	1964	1965
População (milhões de habitantes)	—	75	77	79
Gastos com saúde NCr$ milhões	248	73	82	92
Gastos com saúde per capita NCr$	—	973	1 070	1 170

NOTA — Os dados citados constam do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico-Social. 1963 — 1965.

Nos quadros que seguem podem ser observados os recursos financeiros destinados ao Setor Saúde no Nordeste nos anos 1965 e 1966, bem como sua procedência e destinação. (Tabelas XII, XIII, XIV e XV — Dados da SUDENE/DRM — Pesquisa sôbre o nível e estrutura sanitária do Nordeste).

TABELA XII — PERCENTUAIS DE RECURSOS FINANCEIROS UTILIZADOS NO NORDESTE

Origem	1965	1966
TOTAL NACIONAL	100,0	100,0
Estadual	26,7	28,4
Federal	57,4	60,8
Outros	15,8	10,8
ESTRANGEIRO	0,0	0,0

TABELA XIII — RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE PÚBLICA E SUA DISTRIBUIÇÃO PER CAPITA, POR ESTADOS DO NORDESTE, NOS ANOS DE 1965/1966.

Estados do Nordeste	1965			1966		
	Recursos aplicados (NCr$)	População estimada (em 1 000)	Recursos aplicados per capita (NCr$)	Recursos aplicados (NCr$)	População estimada (em 1 000)	Recursos aplicados per capita (NCr$)
Maranhão	3 407 765	3 097	1,10	4 748 865	3 234	1,46
Piauí	2 245 898	1 374	1,63	5 600 010	1 397	4,00
Ceará	5 889 588	3 682	1,59	7 694 854	3 755	2,04
Rio Grande do Norte	4 342 898	1 254	3,46	5 110 610	1 274	4,01
Paraíba	5 219 885	2 177	2,39	5 001 259	2 211	2,26
Pernambuco	15 297 311	4 536	3,37	15 564 119	4 620	3,36
Alagoas	4 159 248	1 362	3,05	3 511 977	1 380	2,54
Sergipe	2 616 393	821	3,18	2 765 905	834	3,31
Bahia	21 330 974	6 617	3,22	21 177 865	6 750	3,13
Minas Gerais	——	——	——	——	——	——

TABELA XIV — RECURSOS FINANCEIROS, PREVISTOS E APLICADOS NOS ANOS DE 1965 E 1966 NOS ESTADOS DO NORDESTE, PELAS SECRETARIAS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.

Especificação	RECURSOS FINANCEIROS — NCR$			
	1965		1966	
	Previsto	Aplicado	Previsto	Aplicado
MARANHÃO	**2 683 978**	**3 407 765**	**5 664 972**	**4 748 865**
Sec. de Saúde	755 160	722 229	1 541 281	1 398 834
Min. da Saúde	1 300 935	1 346 935	3 310 636	1 855 671
Prev. Social	627 883	1 338 601	813 055	1 494 360
PIAUÍ	**2 064 629**	**2 245 898**	**5 911 539**	**5 600 010**
Sec. de Saúde	——	172 000	2 574 100	3 003 600
Min. da Saúde	1 272 099	893 799	1 873 407	1 501 765
Prev. Social	792 530	1 180 099	1 464 032	1 094 645
CEARÁ	**6 162 818**	**5 889 588**	**11 387 109**	**7 694 854**
Sec. de Saúde	1 704 754	833 475	4 318 993	2 618 546
Min. da Saúde	1 756 288	1 598 133	2 748 218	2 382 056
Prev. Social	2 701 776	3 457 980	4 319 898	2 694 252
R. G. DO NORTE	**2 520 060**	**4 342 898**	**3 566 377**	**5 110 610**
Sec. de Saúde	551 033	856 427	658 920	527 274
Min. da Saúde	1 146 780	939 671	1 767 817	1 543 803
Prev. Social	822 247	2 546 800	1 139 636	3 039 533
PARAÍBA	**4 553 825**	**5 219 885**	**9 077 060**	**5 001 259**
Sec. de Saúde	2 243 361	1 976 865	4 925 089	1 618 222
Min. da Saúde	1 165 071	1 052 429	2 234 149	1 972 221
Prev. Social	1 145 393	2 190 591	1 917 822	1 410 816
PERNAMBUCO	**11 723 069**	**15 297 311**	**19 500 420**	**15 564 118**
Sec. de Saúde	4 254 593	3 244 543	4 148 725	4 274 504
Min. da Saúde	2 191 202	2 094 448	3 890 428	3 294 414
Prev. Social	5 382 274	9 958 320	11 420 971	7 995 200
ALAGOAS	**4 511 715**	**4 159 248**	**6 553 274**	**3 511 977**
Sec. de Saúde	2 914 165	1 408 467	2 190 931	——
Min. da Saúde	704 298	665 366	1 608 331	1 110 568
Prev. Social	893 252	2 035 413	2 754 012	2 401 409
SERGIPE	**2 312 503**	**2 616 393**	**3 810 408**	**2 765 905**
Sec. de Saúde	439 260	348 634	669 805	——
Min. da Saúde	1 088 500	709 061	1 641 678	1 307 572
Prev. Social	784 743	1 558 698	1 498 925	1 458 333
BAHIA	**17 359 815**	**21 330 974**	**33 522 714**	**21 177 865**
Sec. de Saúde	8 658 079	8 016 704	17 438 465	7 464 730
Min. da Saúde	3 604 050	3 211 646	8 179 852	5 074 378
Prev. Social	5 097 686	10 102 624	7 904 397	8 638 757
MINAS GERAIS	——	**95 544**	——	**167 465**
Sec. de Saúde	——	95 544	——	167 465
Min. da Saúde	——	——	——	——
Prev. Social	——	——	——	——
TOTAL GERAL	**53 892 412**	**65 605 504**	**98 993 869**	**71 342 928**

TABELA XV — ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS RECEBIDOS PELAS SECRETARIAS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL.

Estados do Nordeste	Total Geral	ORIGEM DOS RECURSOS (NCr$ 1 000)									
		1965					1966				
		NACIONAL				Estrang.	NACIONAL				Estrang.
		Total	Estadual	Federal	Outros	Convênios	Total	Estadual	Federal	Outros	Convênios
TOTAL GERAL	136 948,4	64 605,5	18 266,1	37 095,4	10 233,9	10,0	71 324,9	20 269,1	43 367,0	7 691,0	15,7
Maranhão	8 156,6	3 407,7	734,1	1 996,6	667,0	10,0	4 748,8	1 298,5	2 561,9	885,4	2,9
Piauí	7 845,9	2 245,8	—	2 014,7	231,1	—	5 600,0	2 626,2	2 635,0	338,7	—
Ceará	13 584,4	5 889,5	811,4	4 356,9	721,1	—	7 694,8	2 516,2	3 840,0	1 335,1	3,4
R. G. do Norte	9 453,5	4 342,8	917,2	3 108,7	316,9	—	5 110,6	427,6	4 231,9	450,9	—
Paraíba	10 221,1	5 219,8	1 976,8	2 901,6	341,3	—	5 001,2	1 554,3	2 980,6	466,2	—
Pernambuco	30 861,4	15 297,3	2 957,0	6 496,1	5 844,1	—	15 564,1	4 125,9	9 842,1	1,591,8	4,2
Alagoas	7 671,2	4 159,2	1 348,5	2 588,5	222,5	—	3 511,9	—	3 254,5	257,3	—
Sergipe	5 382,2	2 616,3	403,8	1 910,2	302,2	—	2 765,9	105,2	2 329,8	330,9	—
Bahia	42 508,8	21 330,9	8 021,8	11 721,9	1 587,1	—	21 177,8	7 464,7	11 673,6	2 034,2	5,2
Minas Gerais	263,0	95,5	95,5	—	—	—	167,4	150,2	17,2	—	—

OBSERVAÇÕES: Em Minas só foram computados os dados da Secretaria de Saúde, desde que os outros eram referentes ao Estado como um todo.

FONTE: SUDENE/DRB — Pesquisa sôbre o nível e estrutura de Saúde no Nordeste.

f) Forma de atuação

DNERu — É de sua competência organizar e executar os serviços de investigações e promover o combate da Leishmaniose, Doença de Chagas, Peste, Bouba, Burcelose, Febre Amarela, Esqristossomose, Filariose, Ancilostomose Bócio Endêmico, Tracoma e outras endemias de menor transcendência. Tem ainda a responsabilidade do preparo dos produtos profiláticos necessários ao combate a vetores, hospedeiros ou agentes etiológicos, bem como a de executar trabalho de saneamento.

CEM — É de sua competência desenvolver a campanha de erradicação da Malária, compreendida neste conceito a eliminação da sua transmissão e das fontes de infecção em uma campanha limitada no tempo.

Serviço Nacionais de Tuberculose, Doenças Mentais, Lepra e Câncer — São órgãos de orientação técnica, coordenação e contrôle de atividades públicas e privadas daquelas doenças.

Delegacias Federais de Saúde — Constituem um centro auxiliar de administração das atividades federais, cabendo-lhes especialmente a realização de inquéritos e estudos sôbre os problemas locais de saúde e coleta de dados de estatística e têm ainda o encargo especial de articulação estreita com as organizações estaduais, oficiais e particulares.

Campanha Nacional contra a Varíola — É de sua competência a erradicação da varíola.

Delegacias Federais da Criança — É de sua competência, orientação e fiscalização dos órgãos locais de proteção à Maternidade, à Adolescência e à Infância, ou execução aos Estados dos serviços que visem êsses fins.

Instituto Nacional de Previdência Social — Compete-lhe a assistência direta à saúde dos previdenciários.

Fundação Serviço Especial de Saúde Pública — É de sua competência organizar e operar serviços de saúde pública, estudar, projetar e executar empreendimentos relativos à construção, ampliação e melhoria de serviços de abastecimento d'água e sistemas de esgotos. Constitui também atribuição sua a coordenação, organização e administração, nos Estados, cujos governos o solicitaram, de serviços destinados ao desenvolvimento de suas estruturas sanitárias básicas.

Secretarias Estaduais de Saúde — São suas atribuições: Implantar e operar serviços de natureza médico-sanitária.

Divisões de Saúde e Saneamento Básico (SUDENE) — Atribuições: Ação executiva indireta, através da estrutura sanitária existente e responsabilidade direta de coordenação e planejamento, a nível regional, de acôrdo com as diretrizes da política sanitária nacional.

Ligas de Combate ao Câncer — Visam o combate ao câncer, e abrangem os aspectos profiláticos e curativos.

Santa Casa de Misericórdia — Objetiva exclusivamente assistência hospitalar às comunidades.

Ligas Contra a Tuberculose — Atividades de caráter assistencial no campo específico.

Legião Brasileira de Assistência — Objetiva a assistência à maternidade e à infância.

Pelo exposto, pode-se observar a multiplicidade de órgãos, muitos dêles com finalidades similares, alguns com atribuições múltiplas, outros desvinculados dos seus objetivos.

g) Análise sôbre o funcionamento

A multiplicidade de órgãos, até certo ponto descoordenados, e muitas vêzes com finalidades similares, condicionou o paradoxo de recursos escassos e de alto custo apresentarem elevado grau de ociosidade, pela irracionalidade de instalação e funcionamento ou pela inadequação às características e às necessidades das áreas a que servem. Observa-se, em conseqüência da falta de uma responsabilidade efetiva e bem definida, em têrmos de atribuições ou mesmo de objetivos, distribuição e aplicação de recursos de modo descoordenados, o que retrata com finalidade a quase totalidade das entidades que detém o encargo das atividades de saúde para grande parte das populações do Nordeste.

Com relação aos procedimentos técnicos na administração e organização dos recursos, pode-se informar que não existe no âmbito da estrutura executiva de Saúde no Nordeste orientação na utilização dos recursos disponíveis, o que certamente vem acarretando desperdícios e obtenção de níveis mínimos de benefícios por unidade de recurso empregado. Isto é particularmente importante com relação ao equipamento hospitalar existente, sobretudo quando da localização e também do estudo da viabilidade técnica e financeira do empreendimento.

Evidentemente carece ainda o Nordeste brasileiro de uma estrutura de planejamento com mais profundo conhecimento da realidade, apta a indicar os principais objetivos, estabelecer metas e projetar temporal e espacialmente as prioridades a serem atendidas; como corolário dêsse conhecimento, fixar as linhas de coordenação, interligando o Setor como um todo no cumprimento das viabilidades que a estrutura apresenta.

h) Relação recursos financeiros-necesidades

Analisando-se o montante dos recursos financeiros em relação às necessidades, pode-se concluir pela insuficiência. No entanto, após o conhecimento da estrutura técnica e administrativa de que dispõe a Região, em têrmos de saúde, onde recursos normalmente escassos são abundantemente desperdiçados pela ausência de procedimentos

técnicos adequados, pela normal duplicidade e mesmo conflito de objetivos e de entidades, não parece conveniente a canalização de maiores quantidades de recursos financeiros para o setor saúde, além dos limites ditados pelo próprio contexto econômico-cultural em que está inserido.

Argumentando-se com o fato de que a saúde se caracteriza como indicador do desenvolvimento econômico do conjunto, pode-se admitir que a participação do setor saúde na utilização dos recursos financeiros disponíveis está determinada pela magnitude da renda **per capita,** que em têrmos do Nordeste não se tem apresentado em desenvolvimento, principalmente se comparada com a média nacional, indicando um grau de subdesenvolvimento que equipara a Região àqueles países mais pobres do hemisfério ocidental.

i) Análise da formação de pessoal especializado — Aspectos quantitativo e qualificativo

Um dos impecilhos ao desenvolvimento dos programas de saúde no Nordeste se relaciona com a insuficiente oferta de pessoal técnico especializado, além da inadequada formação de profissionais para as tarefas impostas pela adoção de novas técnicas e de novos métodos na administração pública.

No que concerne ao pessoal para médico em atividades, poucos têm sido os esforços no sentido de criar organismos destinados a promover a chamada formação profissional (capacitação com vistas a adaptar ou readaptar pessoas, normalmente de forma intensiva e a curto prazo).

Cabe destacar, no que se refere aos recursos humanos de nível superior, que as Universidades, até há pouco tempo mostraram-se adstritas à formação de técnicos devotados com exclusividade ao aspecto da medicina curativa, relegando, dêsse modo, a plano secundário, o aperfeiçoamento de profissionais para aspectos preventivos, além de dissociá-los de mais amplos conhecimentos do homem nas suas relações com o meio ambiente.

As universidades atualmente, face ao novo enfoque dado aos problemas de saúde, como parte indissociável do desenvolvimento, estão esboçando interêsse em introduzir em seu currículos matérias relacionadas com as Ciências Sociais, visando capacitar profissionais para a prática de uma medicina integrada, onde se objetiva o homem como um todo, uma unidade biológica social.

SANEAMENTO

As obras de saneamento básico são fundamentais para a obtenção de melhores níveis de saúde e, em conseqüência, os investimentos

para êste tipo de obras devem ter indiscutível prioridade até o limite em que não atrasem o processo econômico e social. Entre as obras de saneamento básico, o abastecimento d'água e o destino adequado das águas residuais, considerando em ambos seus múltiplos usos, assumem posição preponderante.

Um política de saúde não pode considerar-se completa se não aborda os problemas do saneamento básico e especialmente os aspectos do abastecimento d'água e o destino adequado das águas residuais. Dadas as características de uso multissetorial dêstes aspectos, um único setor, isoladamente, não estaria em condições de definir políticas e estabelecer prioridades; nada obstante, cabe a cada setor apresentar seus pontos de vista sôbre o problema, dentro dêste enfoque global para ser compatibilizado com os demais setores. Por outro lado, o problema não deve ser desvinculado de uma política geral de aproveitamento da água como recurso natural. Tôda a política de aproveitamento da água deve ter presente, entre outras, as seguintes considerações sôbre os usos integrais da água de Bacias Hidrográficas e os grandes centros urbanos.

Na maioria dos centros metropolitanos dos quais o Nordeste tem vários exemplos, a competição para o aproveitamento da água de certas Bacias Hidrográficas, já é evidente, apresentando-se, conseqüentemente, o problema de como adjudicar a água disponível para os diversos usos. O problema oferece dificuldades enormes, mesmo quando se conhece a quantidade de água efestivamente disponível, informação essa que significa já um grande esfôrço de levantamento de dados básicos.

A tendência atual é a de reduzir o problema a têrmos econômicos, considerando-se tôdas as alternativas possíveis e elegendo como solução ótima aquela que ofereça a melhor relação de custo, benefícios, dentro dos objetivos e critérios selecionados pelo nível político.

Em alguns casos, a determinação dos custos e benefícios está ao alcance dos meios e conhecimentos atuais. Com o desenvolvimento tecnológico de computadores de alta capacidade e a evolução das técnicas de análises de dados e condições é possível observar hoje em dia, econômicamente, sistemas de múltiplas variáveis, considerando inclusive restrições ao livre jôgo de fatôres físicos e econômicos.

No entanto, existem dois fatôres que alteram essa concepção simplista: a existência de benefícios intangíveis (dificilmente redutíveis a valôres monetários) que escapam a uma comparação quantitativa, e o fato de que certos usos da água produzem conseqüências desfavoráveis sôbre outros usos, as quais não são computadas nos custos da fonte causadora, produzindo alterações econômicas que geralmente não são consideradas no livre jôgo da oferta e da procura. Como exemplos do primeiro fator podem ser citados as elevações dos níveis de saúde que resultam de certos melhoramentos na quantidade e/ou na qualidade da água em diversas zonas de uma bacia hidrográfica, bem como nos aspectos estéticos que influem no

uso recreativo do recurso. Como exemplo do segundo fator tem-se o caso de uma descarga industrial que produz, a jusante de sua localização ,alterações em certos parâmetros da água, que obrigam a custosos tratamentos ou mesmo a impedir certos usos, sem qualquer prejuízo para o causador do dano.

Do exposto cabe concluir da necessidade da existência de algum nível de autoridade que avalie, adjudique os danos e benefícios dêstes últimos fatôres considerados, para a eleição da solução ótima.

É natural, portanto, que, estabelecidos os objetivos de caráter nacional e macro-regional, os critérios econômicos e técnicos para uso da água devem fixar-se em uma dimensão regional correspondente às bacias hidrográficas, para que as metas sejam economicamente comparáveis e se definam as entidades responsáveis pelo contrôle do recurso natural.

Prioridades para Núcleos Populacionais Menores

Apesar de serem aplicáveis em alguns casos as considerações anteriores, em geral a fixação de prioridades no snúcleos populacionais menores depende de razões de caráter mais específico.

Assim, a determinação de condições que indiquem a magnitude da demanda de serviços e o tipo dêstes assume um papel relevante, da mesma forma que a capacidade da localidade para pagá-los, seja com recursos próprios ou de outras fontes.

Conseqüentemente parece indispensável que exista um nível de coordenação que defina as prioridades no uso dos recursos (financeiros, técnicos, de mão-de-obra, materiais, equipamentos etc) e a adjudicação dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. SUDENE. DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS — Divisão de Saúde — Informações gerais sôbre o Nordeste e a problemática de saúde da região. Recife, Div. Documentação, 1968.

ATUAÇÃO DA SUDENTE — IV PLANO DIRETOR — SETOR SAÚDE

Sydney Arcanjo de Oliveira *

INTRODUÇÃO

Até o II Plano Diretor, a SUDENE restringiu seus investimentos, no campo da saúde, ao setor do saneamento básico, em decorrência mesma do modêlo de desenvolvimento adotado para o Nordeste, no período.

No III Plano Diretor, foi ampliada sua atuação, com a inclusão de atividades sanitárias específicas de combate às enfermidades, ao mesmo tempo em que se dava início à implantação e ao desenvolvimento de medidas de racionalização técnico-administrativas da estrutura sanitária da região. A ação da SUDENE no campo da saúde constituiu-se, dessa maneira, em um avanço no sentido de alcançar a integração do homem no processo de desenvolvimento econômico e social, considerando-o em seu duplo aspecto de promotor e único beneficiário da produção, valorizando-o como recurso estratégico e proporcionando-lhe melhores condições para a elevação dos níveis de vida. Êste enfoque fundamenta-se na premissa de que o planejamento deve conformar-se com as necessidades, os valôres e as aspirações das populações beneficiadas.

Em virtude da ação de revigoramento das estruturas sanitárias executivas da região, proporcionadas pela SUDENE na execução do III Plano Diretor, se obteve uma definição mais precisa da política de saúde para a regiã,o bem como, uma indicação objetiva dos programas prioritários a serem desenvolvidos no IV Plano Diretor.

DIAGNÓSTICO DO SETOR

Análise da oferta disponível

Apesar dos esforços desenvolvidos nos últimos anos por órgãos federais e estaduais da saúde, com referência à solução dos estrangulamentos críticos da problemática de saúde da região, a população do Nordeste ainda apresenta baixos padrões de higidez e elevadas

* Planejador da Divisão de Saúde do Departamento de Recursos Humanos da Sudene.

taxas de morbi-letalidade, em absoluta conformidade com a baixa renda **per capita** e com as desigualdades na distribuição da renda gerada. Ressalte-se ainda que ,apesar das mudanças desencadeadas pela ação da SUDENE nos últimos anos, a estrutura executiva em que se baseia a organização das atividades de saúde na região compõe-se de órgãos e entidades na sua maioria descoordenados, ainda sem condições adequadas para operar eficazmente. A integração das atividades sanitárias se impõe, como fator decisivo para o aumento da produtividade do setor. Para tanto, torna-se urgente e imprescindível implantação e instituicionalização do processo de planejamento, o que evidentemente só poderá ocorrer se a estrutura e organização técnico-administrativa do setor estiver apta a incorporá-lo, adequadamente, como forma de ação.

A análise dos fatôres de produção utilizados pelo setor, na criação do bens e serviços demandados pela comunidade, revela a existência de recursos normalmente escassos, abundantemente desperdiçados pela ausência de procedimentos técnicos adequados e pela multiplicidade e conflito de objetivos e de entidades. A insuficiente combinação de fatôres está diretamente condicionada pelo grau de inadequação e insuficiência ainda presente na estrutura técnica-administrativa do setor, na região. Além dos aspectos administrativos, já mencionados, temos a referir uma completa ausência de definições institucionais, em têrmos de funções, atribuições, objetivos e cobertura populacional, determinando assim uma excessiva concentração de recursos em determinadas áreas, enquanto que uma substancial parcela da população continua desassistida.

Com relação aos procedimenots técnicos para a administração e organização dos recursos não existe uma orientação definida para a sua utilização racional, daí os baixos níveis de benefícios por unidade de recursos empregados. A oferta disponível de serviços de saúde, portanto está longe de representar a magnitude de recursos utilizados na sua produção, mesmo considerando-se o contexto em que está inserida. Isto é perfeitamente visível com relação ao equipamento hospitalar existente, sobretudo pela ausência de análises dos aspectos locacionais e de estudos das viabilidades técnica e financeira do empreendimento.

Nos últimos anos vem-se tornando consenso geral, a necessidade de evitar desperdícios de recursos, freqüentemente escassos. Para consecução dêsse objetivo dispõe o Nordste de uma estrutura de planejamento a nível estadual, com algum conhecimento da realidade do setor e que precisará ainda de conhecimentos com maior profundidade da realidade e sobretudo de acumular maiores conhecimentos para aplicação adequados dos modelos de planejamento já desenvolvidos pelo Setor, daí possibilitando a indicar com segurança os principais objetivos, estabelecer as metas e projetar temporal e especialmente as prioridades a serem atendidas. Como corolário dêsse

conhecimento, fixar as linhas de coordenação, possibilitando o cumprimento de funções que sejam mais compatíveis com a estrutura executiva de cada órgão ou instituição.

Prosseguindo na análise da função de produção utilizada no setor, observa-se uma combinação de fatôres em proporções inadequadas qualificativa e quantitativamente, daí o elevado grau de ociosidade de uns e a baixa produtividade de outros. A simples utilização de metas de normalização, baseadas em critérios técnicos, permitirá o crescimento substancial de volume potencial de serviços e a conseqüente ampliação da cobertura populacional.

No entanto, para que se alcance as metas da normalização, será necessário alterar as proporções na atual combinação dos fatôres, o que implicará necessàriamente, em um aumento na disponibilidade de recursos financeiros para incremento dos custos variáveis. A normalização das atividades dos instrumentos implicará, ainda, na necessidade de modificações estruturais e institucionais de certo vulto, que não poderão ser concretizadas a curto prazo.

Análise Quantitativa e Qualitativa da Demanda Satisfeita

A demanda da população nordestina para os serviços de proteção e recuperação da saúde vem sendo satisfeita em proporções que deixam muito a desejar. Cêrca de 50% dessa população ainda está localizada nas áreas rurais, onde o suprimento de serviços de água potável e de eliminação adequada dos dejetos não atingem o percentual de 3% de casas saneadas. Quanto às medidas de imunização, visando a proteção da população susceptível a uma variada gama de agentes etiológicos existentes em nosso meio, ainda vêm sendo levadas a efeito através de campanhas de penetração, as quais sofrem na maioria das vêzes, solução de continuidade, não se realizando dêsse modo o contrôle e a vigilância adequadas.

No que diz respeito às medidas de recuperação da saúde, observa-se uma grande concentração de recursos nos grandes centros urbanos, onde estão localizados os serviços de assistência médico-hospitalar que atendem à demanda proveniente dêsses centros.

Na zona rural, a atual estrutura de serviços de assistência médica de caráter permanente é precária e sua distribuição especial, não obedece a critérios de prioridades, o que determina, na maioria das vêzes, a localização dos serviços em áreas, cujo volume e densidade populacionais são insuficientes para absorver a oferta disponível. De modo geral, a cobertura populacional dos serviços de saúde, sejam êles estritamente de natureza preventiva, curativa ou ambas, não ultrapassam o percentual de 10% da população accessível. A inacessibilidade das populações rurais aos centros urbanos, onde geralmente estão localizados os serviços de saúde, decorre, ainda, de outros fatôres exógenos ao sistema de oferta, destacando-se, dentre êstes, a insuficiência dos sistemas de comunicações e transporte existentes na região.

Outros fatôres, além daqueles de ordem locacionais, concorrem para a existência de uma demanda efetiva incipiente. Dentre êles, vale ressaltar a baixa qualidade dos serviços ofertados pelo setor.

Outro aspecto a considerar refere-se à existência de uma demanda não justificada, sobretudo com referência ao Setor Público, e que vem sendo estimulada pela criação de serviços especializados em flagrante paradoxo com o "status" econômico e social do Nordeste. Em certas áreas rurais e urbanas, notadamente nestas últimas, encontram-se serviços de assistência médica produzindo ações de saúde, de custos elevados, orientadas para a satisfação de necessidade de magnitude inexpressiva na coletividade. A ampliação dêsses serviços contraria o princípio da justiça distribuitiva que deve orientar as ações do setor público, na consecução dos objetivos sociais do desenvolvimento.

O estabelecimento de metas de normalização, visando corrigir as deficiências e distorções na oferta, e como conseqüência promover a expansão da demanda satisfeita, pelo menos em têrmos de uma maior cobertura populacional, constitui de fato atividade prioritária no desenvolvimento do setor saúde da região.

Análise das Necessidades

A análise dos coeficientes de probabilidades de adoecer com e sem medidas de proteção e dos coeficientes de probabilidades de morrer com e sem assistência adequada de recuperação, estimados para o Nordeste, confirma o consenso geral de opiniões autorizadas, de que as necessidades de melhoria dos níveis de saúde atuais são, prioritàriamente, aquelas dependentes da oferta de ações de natureza preventiva, muito embora não seja recomendável a redução na quantidade de ações que vêm sendo produzidas, orientadas para a recuperação da saude. A manutenção da atual cobertura populacional em têrmos de ações de recuperação encontra justificativa em duas ordens de fatôres: em primeiro lugar, deve-se considerar que o quadro nosológico do Nordeste apresenta uma variada gama de doenças de magnitude relativamente elevadas e para as quais ainda não foram criadas técnicas preventivas capazes de reduzir as probabilidades de adoecer; em segundo lugar é preciso atentar para a existência de elevados coeficientes da probabilidade de morrer sem assistência de recuperação que apresentam estas enfermidades.

Dentre as doenças para as quais está comprovada a existência de técnicas eficientes, e capazes de reduzir a morbidade e mortalidade atuais, em nosso meio, está o grupo formado pelas doenças infecciosas e parasitárias de modo geral, destacando-se porém aquelas de localização gastro-intestinais. Para a redução da prevalência dêste subgrupo, a medida de prevenção mais eficiente seria a ampliação da atual rêde de esgotos sanitários e do suprimento de água potável, pelo menos nas áreas mais densamente povoadas. Para as demais

doenças incluídas neste grupo, tais como a varíola, a tuberculose, a malária e outras, existem medidas de prevenção e recuperação que apresentam custos de oportunidade que justifica a ampliação da atual cobertura populacional.

Deverão ser destacadas também, pela magnitude com que se apresentam, as avitaminoses e outras doenças nutricionais. Os fatôres que condicionam o aparecimento dêste grupo de enfermidade são, na maioria dos casos, de natureza econômica, muito embora haja um condicionamento cultural de menor relevância para o problema. A única medida capaz de reduzir eficazmente o seu aparecimento no quadro nosológico da região, seria a ampliação da oferta de alimentos, principalmente aquêles mais ricos em proteínas de origem animal.

Outros grupos de enfermidades, embora de menor importância, em têrmos de justiça distribuitiva e custos de oportunidade, deverão ser contemplados com recursos necessários à execução de ações de reparação da saúde, a fim de, pelo menos, manter a atual cobertura populacional, uma vez que existe na região, uma estrutura de serviços de assistência médico-hospitalar em funcionamento, embora necessitando medidas de racionalização, capazes de propiciar a melhoria qualitativa e quantitativa das atividades produzidas.

Política de atuação

A Política da SUDENE no setor saúde deverá ser compatível e parte integrante da Política Nacional de Saúde e da Política de Desenvolvimento Global da Região.

Dentro dos marcos de referência citadas deverá uma política de saúde para a Região, atender os problemas de saúde segundo sua ordem de prioridade, definindo-se dois campos gerais de atuação e obedecendo-se dentro dos mesmos as seguintes orientações:

a) Para a definição dos programas gerais de saude:

1 — deverá ser utilizada a mais eficiente combinação de ações preventivas e curativas;

2 — deverá ser dada ênfase à prestação de serviços elementares de saúde;

3 — deverão se utilizar duas ordens de medidas: para solução dos problemas de saúde de âmbito regional: umas uniformes e comuns, e outras ajustadas às peculiaridades de cada Estado;

4 — deverão ser consolidados os serviços adequados às condições econômico-sociais das comunidades, antes que se promova a ampliaçãi da rêde de serviços de saúde;

5 — deverá ser dada ênfase ao preparo e atualização do pessoal existente, condicionando-se a quantidade e qualidade às necessidades dos programas.

b) Para racionalização administrativa, visando a assegurar, a

eficiência operacional das Instituições de saúde na execução dos programas gerais:

1 — deverá se promover a melhoria administrativa em todos os níveis;

2 — deverá se promover a coordenação funcional entre os órgãos executivos e normativos;

3 — deverão ser fortalecidas as funções normativas e de assessoria com base na capacidade técnica;

4 — deverá ser fortalecido o sistema de informações estatísticas, em função das variáveis mais significativas da problemática de saúde e que orientarão as decisões que devam ser tomadas;

5 — deverão ser estabelecidos mecanismos formais de descentralização das decisões;

6 — deverão ser estimuladas as oportunidades e estabelecidos os mecanismos para delegação de autoridade;

7 — deverá ser estabelecida a coordenação de atividades, dentro de cada órgão e entre as diversas entidades de saúde, em todos os níveis, através fundamentalmente de uma unidade de doutrina administrativa e de uma definição funcional de responsabilidade;

8 — deverã ser promovidos mecanismos eficientes de supervisão;

9 — deverão ser estabelecidos, preferentemente, as sistemas indiretos de contrôle técnico;

10 — deverão ser estabelecidos sistemas permanentes de avaliação, como componentes indispensáveis dos processos de administração e de planejamento.

Diretrizes gerais:

A ação da SUDENE no setor saúde, face às orientações da sua política, se farão de acôrdo com as seguintes diretrizes:

a) a SUDENE terá uma ação executiva indireta, através da estrutura sanitária existente e uma responsabilidade direta de dirigir e coordenar o planejamento, a nível regional, de acôrdo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

b) os programas serão executados através do setor público, prioritàriamente as Secretarias Estaduais de Saúde, sem prejuízo de esfôrço destas na mobilização das comunidades para levá-las a uma adequada participação nas responsabilidades de manutenção e direção dos serviços locais de saúde;

c) para o estabelecimento da ordem de prioridades na formulação dos programas gerais de saúde serão utilizadas os seguintes criterios:

1 — magnitude em têrmos de morbidade e mortalidade;

2 — importância econômica-social dos problemas;

3 — vulnerabilidade dos problemas às técnicas disponiveis;

4 — capacidade administrativa para execução dos programas;

5 — custos de oportunidade;

6 — existência de problema de saúde em mais de um Estado e cujas prioridades estejam definidas na Política Nacional de Saúde;

7 — compromissos internacionais;

d) Para os programas de dimensão macro-regional deve considerar-se como critério de prioridade a existência de programas multisseteriais em polos de desenvolvimento, principalmente aquêles vinculados às atividades da SUDENE, aplicando-se em seguida critérios mencionados no ítem c;

e) a formulação dos programas de saneamento, deverá obedecer as linhas gerais do Plano Nacional de Saneamento, parte integrante da Política Nacional de Saúde;

f) dar-se-á ênfase no desenvolvimento de programas destinados a resolução dos estrangulamentos críticos:

1 — racionalização administrativa, adequado as organizações sanitárias existentes às exigências do desenvolvimento planejado;

2 — formação e aperfeiçoamento de pessoal;

3 — estudos e pesquisas operacionais e aplicadas;

4 — ampliação da oferta de produtos profiláticos, dentro da própria organização sanitária regional.

g) dar-se-á ênfase, na ampliação da rêde sanitária, a aquêles serviços que combinem ações preventivas e curativas;

h) os recursos da SUDENE ou por ela coordenados terão, necessàriamente, caráter complementar e catalítico em relação aos recursos dos órgãos executivos de saúde.

Programas previstos

Definição e justificativa do campo programático

A política definida para a SUDENE no Setor Saúde e suas deretrizes gerais condicionaram para o desenvolvimento das atividades do Setor a necessidade de duas formas de programas gerais que, embora simultâneamente, estão perfeitamente identificadas como etapas programáticas no desenvolvimento de sistema de produção de serviços de saúde. A primeira forma, os programas prioritários de criação de pré-condições, estão mais diretamente relacionados com a capacidade operacional do sistema e, conseqüentemente, com os aspectos programáticos inerentes aos processos de planejamento, administração e produção de insumos críticos. A segundo formem os programas gerais de saúde pròpriamente ditos, estão diretamente relacionados com a prestação de serviços de saúde as populações.

A SUDENE, ao promover o "Seminário sôbre a Problemática de Saúde no Nordeste", estava consciente da realidade nordestina neste setor, que se caracteriza sobretudo pela dispersão de ações, à falta de uma conduta uniforme que se apoia numa visão global dos problemas. As atribuições reconhecidas neste Seminário com referência à SUDENE de "dirigir e coordenar o processo de planejamento a nível regional", pràticamente fixaram as responsabilidades da SUDENE,

de forma direta, no campo dos programas prioritários de criação de pré-condições, e de forma indireta, através da indicação de prioridade e coordenação das assistências técnicas e financeira de origens nacionais, internacionais e bilaterais no campo dos programas gerais de saúde. Esta coordenação se fará prioritàriamente através da formulação e desenvolvimento de Plano Estaduais de Saúde.

PROGRAMA 01: Criação de Pré-Condições para o Desenvolvimento dos Programas Gerais de Saúde

Justificativa:

As análises da oferta disponível e da demanda satisfeita indicam a necessidade de programas de racionalização técnica-administrativa, dentro dos quais serão desenvolvidas atividades específicas, onde a SUDENE, além da assistência financeira, deverá proporcionar adequada e permanente assistência técnica nos variados aspectos requeridos para seus desenvolvimentos.

Além dos programas de racionalização técnico administrativa deverão ser desenvolvidos programas de produção de insumos críticos e de apoio à continuação das pesquisas que se iniciarem na vigência do III Plano Diretor da SUDENE. Numa 2.ª etapa, desde que atingidas as metas de racionalização do setor, dar-se-á o apoio direto à ampliação da infra-estrutura sanitária de serviços locais de saúde, complementando dêsse modo o processo de regionalização dos serviços.

1 — Reestruturar técnica e administrativamente e reaparelhar os órgãos de saúde, visando assegurar a melhoria da eficiência operacional nos níveis central, intermediário e local nas Secretarias Estaduais de Saúde, através da institucionalização das Unidades Setoriais de Planejamento e da criação e funcionamento de Centros Executivos Regionais.

2 — Desenvolver sistemas adequados de estatística, possibilitando a obtenção de informações necessárias ao conhecimento do setor e à orientação das decisões a serem tomadas, com base na coleta, processamento e avaliação das estatísticas vitais, de produção e de custos.

3 — Estabelecer uma adequada política de formação e aperfeiçoamento de pessoal, visando o melhor aproveitamento dos recursos humanos no setor, através de:

a) promoção de utilização racional das instituições de ensino na preparação de pessoal auxiliar de nível médio;

b) fortalecimento de centro de formação e aperfeiçoamento a nível regional, nos níveis profissional, pós-graduação e auxiliar médio;

c) promoção de atividades de treinamentos em serviço, de pessoal auxiliar de nível elementar, nas Secretarias Estaduais de Saúde;

d) promoção de treinamento de pessoal administrativo em todos os níveis;

Nota : Os objetivos indicados deverão ser parte das responsabilidades das Divisões de Educação e Treinamento da SUDENE.

4 — Desenvolver estudos e pesquisas de natureza operacional e aplicada, visando melhorar a eficiência dos programas gerais prioritários, através de melhor conhecimento da nosologia e das formas de organização e desenvolvimento das atividades de saúde.

Metas:

a) Institucionalizar e possibilitar o funcionamento integral de 9 Unidades de Planejamento de Saúde.

b) Instalar e possibilitar o funcionamento de 68 Centros Executivos Regionais, incluindo-se no conceito a instalação e funcionamento dos Escritórios Regionais — Sedes Regionais — e o reaparelhamento das unidades prioritárias de prestação de serviços de saúde, consolidando-se o serviços adequados.

c) Implantar e possibilitar o funcionamento de 27 áreas de registro no âmbito de ação das Secretarias Estaduais de Saúde.

d) Desenvolver 9 serviços centrais de estatística nas Secretarias Estaduais de Saúde.

e) Desenvolver o Centro Regional de Estatística de Saúde.

f) Implementar 9 serviços de contabilidade nas Secretarias Estaduais de Saúde.

g) Desenvolver o Centro Regional de Investigação e Ensino em Higiene e Saúde Pública; oferecer 3 000 oportunidades de treinamento nas categorias de pessoal de nível auxiliar-médio, elementar e profissional pós-graduação.

h) Promover a realização de 5 pesquisas relacionadas à nosologia e formas de organização do setor de saúde.

i) Promover a ampliação e o funcionamento de laboratórios de produção de vacinas.

Custos

Por êste Programa, estima-se um custo total no qüinqüênio de NCr$ 61.000 milhões. A participação da SUDENE será de 50%

PROGRAMA 02: Desenvolvimento de Programas Gerais de Saúde

Justificativa:

A análise das necessidades é indicativa dos problemas prioritários de saúde que afetam as populações, para os quais deverão ser desenvolvidos programas específicos. Cabe à SUDENE nas suas formulações determinar as prioridades de coordenar a assistência técnica-financeira dos organismos nacionais, internacionais e bilaterais que direta ou indiretamente atuam na região.

Os programas Gerais deverão conter medidas que contemplem

os setôres de assistência médico-sanitária e hospitalar, campanhas profiláticas e saneamento básico, fundamentados nos critérios estabelecidos na política e diretrizes definidos para o IV Plano Diretor.

Objetivos:

Desenvolver atividades prioritárias de prevenção e recuperação da saúde, visando diminuir a significativa predominância das doenças transmissíveis, infecciosas ou parasitárias no quadro nosológico da Região, atendendo dêsse modo aos critérios de justiça distributiva e custos de oportunidade que deverão orientar as necessidades a serem satisfeitas temporal e espacialmente.

Metas:

a) Elevação média regional em 5% acumulativos anuais, dos percentuais de cobertura da população accessível da região, com as atividades de assistência médico-sanitária e hospitalar, melhorando a eficiência desta cobertura.

b) Cobertura integral dos trabalhos de erradicação da malária e criação de condições para sua erradicação em 1971.

c) Cobertura e/ou contrôle da população susceptível às tarefas de vacinação: anti-variólica (atividades de contrôle em 20% da população total); anti-pólio (80% do grupo etário entre 4 meses e 10 anos, da população urbana em localidade de mais de 5.000 habitantes); tríplice (60% de grupo etário entre 3 meses e 4 anos da população urbana em cidades de mais de 20 mil habitantes) e anti-tetânica (80% da população em idade escolar e escolarizada nas localidades de 20 mil habitantes e mais, e tôdas as gestantes atendidas em serviços de saúde).

d) Promoção do combate à tuberculose, visando o contrôle mais efetivo de doença em conjugação com os serviços médico-hospitalares, com a utilização de técnicas de massa, sobretudo dentro das atividades dispensárias.

e) Atividades de contrôle da esquistossomose em apoio às tarefas de saneamento e de educação sanitária, e, da Doença de Chagas pelo expurgo sistemático de tôdas as residências localizadas em área endêmicas.

f) Promoção do combate a outras endemias

NOTA: As metas referentes ao Saneamento Básico deverão ser fixadas pelo Departamento de Saneamento Básico da SUDENE, obedecidas as diretrizes do Plano Nacional de Saneamento.

Recursos Globais Previstos:

Os programas de saúde estão orçados para o triênio em NCr$ 366 milhões, sendo a participação da SUDENE de 30,5 milhões (8,33%) conforme o quadro resumo anexo.

ANEXO I — SAÚDE — IV PLANO DIRETOR — PREVISÃO DE RECURSOS POR PROGRAMAS EM MIL CRUZEIROS NOVOS (1968)

Programas	ANOS E FONTES DE FINANCIAMENTO									Triênio		
	1969			1970			1971					
	Sudene	Outras	Total	Sudene	Outras	Total	Sudene	Outras	Total	Sudene	Outras	Total
1. Criação de precondições para desenvolvimento dos programas gerais de saúde	7 000	7 000	14 000	9 800	9 800	19 600	13 700	13 700	27 400	30 500	30 500	61 000
2. Programas gerais prioritários de saúde.	—	70 000	70 000	—	98 000	98 000	—	137 000	137 000	—	305 000	305 000
TOTAIS	7 000	77 000	84 000	9 800	107 800	117 600	13 700	150 700	164 400	30 500	335 500	336 000

ANEXO 2

METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTRÔLE PARA O IV PLANO DIRETOR

SETOR SAÚDE

A) — METODOLOGIA

I) — Parte Introdutória

Constante de um breve histórico sôbre a evolução dos objetivos fixamos I, II e III Planos Diretores e resumo da orientação definida para o IV Plano Diretor.

II — Análise dos Sistemas da oferta disponível, de demanda satisfeita e das necessidades

1 — Análise do sistema da Oferta Disponível

a) aspecto institucionais, estruturais e administrativos do sistema e sua influência na organização e composição técnica dos fatôres de produção de bens e serviços finais;

b) análise dos fatôres de produção disponíveis e sua combinação;

c) medidas necessárias à melhoria dos aspectos estruturais, técnicos e administrativos dos sistema

2 — Análise do sistema da Demanda

a) demanda satisfeita de bens e serviços destinados à prevenção da saúde;

b) demanda satisfeita de bens e serviços destinados à recuperação da saúde;

c) demanda não justificada: fatôres causais;

d) medidas necessárias para a ampliação da oferta e para correção das distorções da demanda satisfeita.

3 — Análise das Necessidades

a) Determinação e hierarquização das necessidades.

A determinação e hierarquização das necessidades de melhoria dos níveis de saúde da população do Nordeste, foi feita com base na estimativa das probabilidades de adoecer e morrer com e sem proteção e com e sem técnica de recuperação, respectivamente.

Os coeficientes estimados, possibilitaram o conhecimento da estrutura nosológica e da eficiência das técnicas utilizadas no combate às doenças;

b) Critérios para o atendimento das necessidades.

Para o estabelecimento de prioridades das necessidades a serem satisfeitas, no tempo e no espaço, foram utilizados os seguintes critérios:

a) justiça distribuitiva

b) custos de oportunidade.

Observação: A estimativa dos coeficientes de probabilidade, por grupos de doenças, foram feitos com base na análise dos seguintes fatôres:

a) grupos etários mais susceptíveis;

b) magnitude das doenças no meio rural e urbano;

c) vulnerabilidade às técnicas.

III — Definições de política, diretrizes e programas

Nas definições, foram consideradas as análises diagnósticas realizadas a partir de dados da Pesquisa sôbre o nível e estrutura sanitária do Nordeste — 1966, dos levantamentos programáticos dos Cursos de Planejamento de Saúde — 1965 e 1966, e da Avaliação da Execução do III Plano Diretor — 1966, que vieram confirmar as conclusões do "Seminário sôbre a Problemática de Saúde no Nordeste", patrocinado pela SUDENE em 1967.

Mecanismo de Contrôle e Avaliação

Para contrôle e avaliação da execução do IV Plano Diretor, no Setor Saúde, deverá sr criado e desenvolvido um sistema, que além de informar sôbre o desenvolvimento dos programas financiados com recursos da SUDENE, possibilite também avaliar o desenvolvimento da problemática geral do Setor. Para tanto, além do sistemas de supervisão, utilizado através de visitas técnicas periódicas, do contrôle financeiro dos recursos empregados pela SUDENE e de acompanhamento da execução técnica, através de relatórios das entidades, serão amplamente utilizados os instrumentos de planejamento, supervisão e contrôle, a nível estadual a serem desenvolvidos como decorrência da própria atividade da SUDENE, no desenvolvimento de programas prioritários de Criação de Pré-Condições. O modelo a ser elaborado, possibilitará, além do contrôle de execução física, a identificação de nível de saúde e da eficiência da política e das técnicas utilizadas, através da seleção das variáveis mais significativas, sôbre as estatísticas vitais, de recursos e de produção.

A ação da SUDENE e o desenvolvimento de Planos Estaduais de Saúde serão os meios capazes de possibilitar o funcionamento do sistema.

ANEXO 3 — SAÚDE — IV PLANO DIRETOR — PREVISÃO DE RECURSOS FINANCEIROS POR PROGRAMAS E SUBPROGRAMAS EM MIL CRUZEIROS NOVOS (1968)

PROGRAMAS	Sudene	Outras	Triênio Tota
1. Criação de pré-condições para o desenvolvimento dos programas gerais de saúde	30 500	30 500	61 000
1.1 Reestruturação e reaparelhamento técnico administrativo	24 245	24 245	48 490
1.2 Aperfeiçoamento e extensão do sistema de Estatística	1 872	1 872	3 744
1.3 Formação e aperfeiçoamento de pessoal	3 730	3 730	7 460
1.4 Estudos e pesquisas operacionais e aplicadas	435	435	870
1.5 Produção de Agentes Profiláticos essenciais	218	218	436
2. Programas gerais de saúde	—	305 000	305 000
TOTAIS	30 500	335 500	366 000

ANEXO 4 — RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS E CAPACIDADE INSTALADA DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO NORDESTE, SEGUNDO A ENTIDADE A QUE PERTENCEM (1966)

Entidade	Recursos Financeiros		Recursos Humanos				Capacidade Instalada					
			Pessoal nível Superior		Pessoal Auxiliar		Estabelecimento existentes					
							Total Geral		Hospitais		Outros	
	Valor em NCr$	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	71 342 928	100,0	7 046	100,0	27 446	100,0	1 400	100,0	79	100,0	1 321	100,0
Ministério da Saúde ...	20 042 448	28,1	499	7,0	11 805	34,0	348	24,8	2	2,5	346	26,2
Secretaria de Saúde	21 073 175	29,5	3 450	44,0	11 865	43,2	960	68,6	73	92,4	887	67,1
Previdência Social	30 227 305	42,4	3 097	49,0	3 776	13,8	92	6,6	4	5,1	88	6,7

Entidade	Profissional Superior	Pessoal Auxiliar	Proporção de Auxiliares por profissional
Total	7 046	27 446	4
Ministério da Saúde ..	499	11 805	24
Secretaria de Saúde	3 450	11 865	3
Previdência Social ...	3 097	3 776	1

ANEXO 5 — NÚMERO DE PESSOAL DAS ENTIDADES, SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL E NÍVEL DE CONCENTRAÇÃO DE SALÁRIO (1966)

Categoria Profissional	Total de pessoas	Maior concentração de salário		Pessoas por Entidades					
				M. Saúde		S. Saúde		P. Social	
		NCr$ 1,00	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	34 482	50 — 499	100,0	12 304	100,0	15 315	100,0	6 863	100,0
Pessoal de Nível Sup.	7 046	250 — 499	20,4	499	4,0	3 450	22,5	3 097	45,0
Pessoal auxiliar	27 436	50 — 149	79,7	11 805	96,0	11 865	77,5	3 776	55,0

ANEXO 6 — COMPOSIÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DAS ATIVIDADES DO SETOR SAÚDE NO NORDESTE

ATIVIDADES	COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO							COMPOSIÇÃO DA ATIVIDADE			
	NÚMERO DISPONÍVEL	REND. OBSERVADO U. MEDIDA.	REND. OBSERVADO QUANT.	NÚMERO DE ATIVIDADES PRODUZIDAS (Observado)	REND. NORMALIZADO. U. MEDIDA	REND. NORMALIZADO. QUANT.	NÚMERO DE ATIVIDADES PRODUZIDAS (Normaliz.)	CONCENTRAÇÃO OBSERVADA	NÚMERO OBSERVADO	CONCENTRAÇÃO NORMALIZADA	NÚMERO NORMALIZADO
HOSPITALIZAÇÃO	15.667.452	LEITO/DIA	0,60	9.400.471 +	LEITO/DIA	0,80	12.533.961	16,0	587.529 ++	10	1.253.396
CONSULTA MÉDICA	867.925	HS/CONS MÉDICA	4,22	3.662.643	HS/CONS. MÉDICA	5,00	4.339.625	6,0	610.440	2	2.169.812
CONSULTA ODONTOLÓGICA	867.925	HS/CONS ODONT.	0,77	668.302	HS.CONS ODONT.	6,00	5.207.550	2,0	334.151	3	1.735.850
VISITA DOMICILIAR	867.925	HS/VISITADORA	0,14	121.509	HS/VISITADORA	2,00	1.735.850	1,8	6.740	2	867.925
IMUNIZAÇÃO	2.061.320	HS/VACINADOR	3,77	7.776.176	HS/VACINADOR.	8.00	16.490.560	2,5	3.110.470	2	8.245.280

FONTE — Área programática dos Cursos de Planejamento de Saúde: **OBSERVAÇÕES:**

Atividade de Hospitalização: Normas para Hospitais Gerais
+ N.º de Leitos utilizados
++ N.º de Altas Hospitalares

Conceitos utilizados:
Concentração: N.º médio de atividades produzidas. N.º de pessoas atendidas no período de um ano.
Rendimento: Relação média entre o n.º de atividades e o n.º de instrumentos disponíveis.

ANEXO 7 — CLASSIFICAÇÃO POR GRUPOS DAS PROBABILIDADES MÉDIAS DE ADOECER E MORRER NO NORDESTE

Doenças	PROBABILIDADE			
	ADOECER		MORRER	
	Com Proteção	Sem Proteção	Com Técnica	Sem Técnica
I — Infecciosas e parasitárias				
a) Tub. em tôda as formas	0,005	0,01	0,10	0,50
b) Gastro intestinais	0,40	0,90	0,05	0,60
c) Malária	0,001	0,20	0,002	0,02
d) Outras doenças infecciosas e parasitárias	0,03	0,46	0,003	0,04
e) Sífilis e suas sequelas e infecção gonocócias e outras doenças venéreas	——	0,60	0,0005	0,005
f) Difteria, tétano e coqueluche	0,004	0,10	0,36	0,60
g) Outras doenças bacterianas	——	0,0004	0,20	0,60
h) Bouba e outras	——	0,01	0,0001	0,0005
i) Doenças atribuidas a virus	0,00001	0,05	0,01	0,05
i - 2 Poliomielite, sarampo e raiva	0,04	0,09	0,001	0,5
i - 3 Varicela, hepatite e tracoma	0,005	0,09	0,0001	0,001
II — Neoplasmas (tumores)				
a) Benígnos	——	0,005	0,001	0,005
b) Malígnos	——	0,00005	0,90	1,00
III — Atividades e doenças nutricionais	0,05	0,50	0,17	0,50
IV — Doenças do aparelho circulatório	——	0,05	0,025	0,04
V — Doenças respiratórias agudas	0,60	0,80	0,001	0,05
VI — Complicações de gravidez, parto e puerpério	——	0,01	0,0005	0,02

ASPECTOS SANITÁRIOS DE PERNAMBUCO

Dr. Alcides Ferreira Lima *

O propósito de colaborar de algum modo na realização do XX Congresso Brasileiro de Enfermagem anima-nos a trazer êstes rápidos comentários à consideração de uma pleiade de técnicos que aqui oferecem os seus dotes de saber, sua dedicação e alto exemplo de trabalho, exatamente numa fase em que o País e, particularmente, o Nordeste reclamam o melhor dos esforços de quantos possam integrar a arrancada inadiável para o desenvolvimento da Região.

A Secretaria de Saúde, atingida por êste entusiasmo, procurou reunir elementos que pudessem configurar a nossa realidade Sanitária ,e trazer à dedicada classe das enfermeiras os "Aspectos Sanitários do Nordeste", título, em verdade, audacioso para um trabalho realizado em prazo relativamente curto.

Abordagem superficial, reconhecemos, oferecendo apenas visão global da problemática sanitária da Região, enfoca, entretanto, com maior profundidade as características do Estado de Pernambuco.

A escassez do tempo foi responsável pelo aparente desprêzo de ângulos ponderáveis na apreciação das deficiências sanitárias da Região, e que gostaríamos de trazer à aguda apreciação de técnicos tão experimentados. Enfatizamos contudo, certos pontos que reputamos de interêsse para quantos se predispuzeram a um conclave desta magnitude.

O tópico relacionado com a oferta e a demanda de mão-de-obra especializada é objeto de análise mais detida, e em correlação mais estreita com o principal tema dêste Congresso: "A Enfermagem numa Sociedade em Desenvolvimento".

Neste particular, as estatísticas coligidas e apresentadas oferecem conclusões irretorquíveis: a urgente necessidade de se encaminhar aos cursos de Enfermagem e de Auxiliares de Enfermagem, a cada ano, um maior número de jovens candidatas à árdua profissão iniciada e dignificada pelo desprendimento de Anna Nery. As previsões das necessidades a curto prazo — ousamos dizer — são mesmo alarmantes ante o desafio de uma Região, optimisticamente, consciente do seu próprio destino, e torrentes de jovens devem ser estimulados ao ingresso nos cursos de Enfermagem.

---

* Secretário de Saúde de Pernambuco.

Senhores congressistas ,eis aqui a nossa modesta contribuição ao vosso trabalho. Compete a vós mesmos, ao vosso elevado nível técnico, à comunhão de princípios que fundamenta êste certame, ao sentido nobilitante e patriótico dêste Congresso, promovido e prestigiado pela Associação Brasileira de Enfermagem, estabelecer um programa de ação capaz de oferecer às autoridades competentes, as sugestões mais acertadas para o estabelecimento racional de um plano ousado destinado a remover os estrangulamentos gerados pela carência de enfermeiras numa sociedade subdesenvolvida.

Area e População

A localização do Estado lhe confere características diversas já que o seu território se estende por duas zonas fisiográficas distintas (Litoral-Mata e Sertão), separadas por zona de transição — o Agreste.

Sua área é de 98,3 mil quilômetros quadrados para uma população de 4,7 milhões de habitantes, ou seja, 48 habitantes por quilômetros quadrados, segundo estatística de 1967.

Esta área está dividida em nove regiões de saúde situadas, com exceção da primeira, no interior; esta estrutura administrativa permite maior eficiência e melhor contrôle operacional dos serviços de saúde.

Em cada Região funciona um Centro Executivo Regional, denominado Escritório Regional de Saúde, aonde se dispõe de 1 médico-chefe com curso de saúde pública, uma enfermeira qualificada, e uma visitadora sanitária, além de um inspetor de saneamento, entre outros profissionais.

Já se encontram instalados os Escritrios das 2.a, 4a., 5a. e 7a. regiões devendo ser inaugurados, ainda êste ano, os da 3a. 8a., e possìvelmente, 9a. regiões.

Pernambuco: Área da população segundo as Regiões de Saúde: 1967

Regiões e Sedes	Área (Km2)	População 1 000 hab.	Densidade demográfica hab/km2
1.ª Recife	209	1 056,0	5 053
2.ª Olinda	6 176	948,2	154
3.ª Palmares	4 273	371,6	87
4.ª Limoeiro	4 575	563,8	123
5.ª Caruaru	8 891	584,7	66
6.ª Garanhuns	7 753	434,3	56
7.ª Arcoverde	23 875	425,1	18
8.ª Salgueiro	20 565	225,2	11
9.ª Petrolina	21 994	115,2	5
ESTADO	98 281	4 724,3	48

Fonte: Secretaria de Saúde.

Nível de Saúde

O nível de Saúde do Estado como de regra do Nordeste, de um modo geral é baixo.

Os desníveis entre as diversas regiões são, entretanto, merecedores da mais alta preocupação da atual administração que busca, através da interiorização da saúde e do desenvolvimento, integrados, senão a estabilização completa, pelo menos a diminuição dos estravagantes constrastes.

Não sòmente nas taxas de mortalidade geral e infantil, nos índices endêmicos e outros indicadores as diferenças entre a capital e o interior se fazem sentir. Também nos recursos financeiros e humanos, na capacidade instalada e outros elementos abordados em outros ítens, as disponibilidades se encontram mal distribuídas.

Embora, na capital, o nível de saúde ainda seja baixo, as tendências representadas pelas curvas de mortalidades, a inversão em marcha do índice de Gabaldon, entre outros, demonstram uma perspectiva favorável no Recife. No estado atual o mesmo não se pode dizer do interior.

a) Mortalidade Geral

As taxas referentes à mortalidade geral no Recife vêm declinando sensìvelmente. Em 1965 assinalou-se o coeficiente de 10,2 óbitos/mil habitantes havendo sido registrada em 1967 a taxa de 8,7 óbitos/mil.

RECIFE: Mortalidade Geral — 1963/1967

Anos	Óbitos/mil habitantes
1963	11,5
1964	11,2
1965	10,9
1966	9,8
1967	8,7

FONTE: Divisão de Estatística — SENS

Êste registro é animador já que a eficiência do Serviço de Verificação de Óbitos garante um perfeito contrôle quantitativo do nú-

mero de mortes na capital; qualitativamente, apenas 0,5% dos óbitos assinalados não possuem declaração de causas.

O mesmo não se pode dizer do interior já que o conhecimento da situação, estàticamente, é falho quantitativa e/ou qualitativamente.

Estimam-se em mais de 20 óbitos por mil habitantes as taxas de obituário geral no interior. Entretanto, é preciso que se saliente as precárias condições econômicas destas áreas, aonde o índice agrobiológico de Hicks é igual a 0,36 (dados de 1960), a renda per-capita é bem inferior à da capital e, enfim, as disponibilidades gerais são bem mais reduzidas.

b) **Mortalidade Infantil**

Não obstante as taxas referentes ao Recife serem altas, a mortalidade infantil vem descrescendo na capital embora com oscilação anuais.

RECIFE: Mortalidade Infantil 1963/1967

Anos	Óbitos/mil nascidos vivos
1963	124,1
1964	115,5
1965	128,7
1966	124,2
1967	121,6

FONTE: Divisão de Estatística — SENS

A mortalidade infantil no interior é estimada em, no mínimo, duas vêzes as taxas registradas para a capital. Sua característica mais grave deposita-se no fato de 45% dos óbitos se efetuarem entre crianças menores de um ano de idade; no Recife, êste percentual foi de 36%.

c) **Mortalidade Por Causas**

As doenças transmissíveis e as diarréias constituem as principais causas de óbitos. Há uma tendência ao decréscimo nestes dois grupos, responsáveis por mais de 30% das mortes assinaladas no Recife, em 1967, com uma correspondente ascenção das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias.

RECIFE: Óbitos segundo as causas — 1966/1967

Causas	1966		1967	
	Número	%	Número	%
Doenças transmissíveis	2 021	20,4	1 914	20,8
Diarréia	1 790	18,1	1 362	11,8
Aparelho circulatório	1 747	17,6	1 582	17,2
Neoplasias malígnas	492	5,0	547	5,9
Diabetes mellitus	163	1,6	129	1,4
Acidentes	315	3,2	282	3,1
Homicídios	48	0,5	59	0,6
Suicídios	36	0,4	44	0,5
Outras causas	3 303	33,2	3 737	38,7
TOTAL	9 915	100,0	9 656	100,0

FONTE: Divisão de Estatística — SENS

Das doenças transmissíveis a pneumonia, a tuberculose, a gripe, a sífilis, o tétano, e as disenterias ocupam lugar de destaque já que apresentam os maiores coeficientes.

No interior embora os quantitativos sejam mais elevados, relativamente, a situação é idêntica.

RECIFE: Principais Doenças Transmissíveis — Registro de Óbitos — 1966/67

Doenças transmissíveis	Coef./100 000 hab.	
	1966	1967
Pneumonia	53,9	52,8
Tuberculose	42,1	41,4
Gripe	30,1	19,9
Sífilis	15,5	11,6
Tétano	10,9	9,5
Disenterias	10,3	11,7

FONTE: Divisão de Estatística — SENS

Várias campanhas no sentido de diminuir a incidência de várias doenças transmissíveis têm sido responsáveis pela redução que vêm sofrendo seus índices nos últimos anos. Para que se tenha uma idéia da afirmativa veja-se, po rexemplo, a redução expressiva que sofreu a mortalidade por tuberculose no decênio 1958/67:

RECIFE: Mortalidade por Tuberculose — 1958/1967

Anos	Coef. de mortalidade
1958	85,43
1959	90,68
1960	96,74
1961	76,72
1962	61,38
1963	59,50
1964	51,42
1965	54,18
1966	42,13
1967	41,38

FONTE: Divisão de Estatística — SENS

INFRAESTRUTURA DE SAÚDE

Estabelecimentos de Saúde

Acredita-se que em têrmos de estabelecimentos de saúde o Govêrno do Estado de Pernambuco, dentre os Governos dos demais Estados da Região, mantém, efetivamente, o maior número de unidades, já que a Secretaria de Saúde do Estado mantinha 64% dos estabelecimentos subvencionados pelo setor público.

Pernambuco: Estabelecimentos mantidos pelo Setor Público — 1964

Entidade mantenedora	Unidades de Saúde	%
Estado	189	64
União	72	24
Municípios	35	12
Setor Público	296	100

FONTE: Censo de Assistência Médico-Sanitária — 1964

O setor público era responsável por 54% das unidades de saúde existentes o que possibilita, no que concerne ao número de estabelecimentos, a afirmação da existência de equilíbrio entre os setôres público e privado.

O que foi exposto baseia-se na existência de 546 unidades de Saúde em 1964 entre as de caráter governamental e particular.

É importante salientar que as unidades de saúde mantidas pelo setor privado concentram-se na capital, sendo a assistência sob sua responsabilidade, predominantemente, de caráter curativo; esta concentração no Recife é justificada no tipo de assistência prestada, possuindo estas unidades finalidades lucrativas.

Estatísticas subestimadas e, ainda, não confirmadas estimam um total de 371 unidades de saúde mantidas pela Secretaria de Saúde, em 1967, como no quadro abaixo:

PERNAMBUCO: Unidades de Saúde — 1967

Discriminação	Número
Centros de Saúde	6
Postos de Higiene	129
Sub-postos de Higiene	15
Postos de Puericultura	45
Centros de Reidratação	4
Ambulatórios Infantis	2
Serv. Pré-Natal	1
Hospitais	25
Maternidades	44
Casas de Parto	55
Unidades Mistas	33
Manicômio Judiciário	1
Dispensários	2
Dispensário de tuberculose	9
TOTAL	371

FONTE: Unidade de Planejamento — SENS
Nota: Dados sujeitos à revisão

Em 1967, foram inauguradas 15 casas de parto de um total de 47 que se pretende colocar em funcionamento ainda nesta administração.

Além dêstes 47 estabelecimentos, mais 15 unidades de Saúde entre hospitais, maternidades e unidades mistas deverão ser colocadas à disposição da população o que elevará a disponibilidade de leitos em mais de 1,4 mil.

Até a presente os recursos investidos somaram 370 milhões de cruzeiros novos, sendo muito auspicioso declarar que a grande parcela desta soma foi destinada à melhor distribuição geográfica dos estabelecimentos, dando-se, evidentemente, prioridade à interiorização destas unidades.

Leitos existentes

O número de leitos vem crescendo anualmente no Estado em correspondência com o incremento da rêde de unidades sanitárias.

Informações da Organização Mundial de Saúde estimam em 200 habitantes para um leito a relação mínima recomendável. Já em 1964 esta relação era de 420 no Estado. O número de leitos vem crescendo como a população, isto é, à taxa de 2,3% ao ano, o que permite se calcular ainda em 1967 uma necessidade de leitos duas vêzes superior ao que existe atualmente.

Dos 11 mil leitos em funcionamento em 1967 mais de 8 mil são mantidos por esta Secretaria de Saúde, ou sej: mais de 70%.

O incremento que se verificará no número de unidades de saúde até dezembro do ano em curso, proporcionará um aumento de mais de mil e quatrocentos leitos sob responsabilidade do Estado que passará a manter quase 10 mil.

A alta concentração na capital tem impôsto uma programa que contemple maior parcela dos novos investimentos no interior,, rígida diretriz da Secretaria sem se descuidar dos problemas do Recife.

Pernambuco: Distribuição dos leitos hospitalares — 1 000 leitos, 1967

Localização	Leitos		
	Quantidade	%	Relação leitos/1 000 habitantes
Capital	4,7	56,3	4,4
Interior	3,6	43,7	0,9
Estado	8,3	100,0	1,7

Fonte: Divisão de Estatística — SENS

Disponibilidade de Pessoal

Contavam-se, segundo a SUDENE, em 31/12/66, mais de 1,4 mil médicos, 0,3 mil dentistas, quase 50 técnicos de laboratórios, mais de 50 enfermeiras entre outros profissionais.

PERNAMBUCO: Pessoal disponível — 1966

Discriminação	Médicos	Dentistas	Enfermeiras	Aux. Enf.	Atendente	Visit. Sanit.
Sec. Saúde	652	202	33	700	996	84
Min. Saúde	71	—	15	1	110	12
Prev. Social	708	78	5	22	66	—
TOTAL	1 431	280	53	723	1 172	96

Fonte: SUDENE/DRH

Dados referentes ao número de médicos fornecidos pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional revelam um número maior dêstes profissionais que os verificados na tabela acima. Nesta última fnote foi possível identificar o percentual de médicos em atividades na capital e no interior apurando-se que 89% dos facultativos trabalham no Recife.

O conhecimento desta realidade longe de desanimar a atual administração, animou-a à execução de um plano arrojado e sem similar na Região: a fixação do médico no interior. As inversões financeiras do projeto elevaram-se à soma de NCr$ 1.988 a preços de 1967; os resultados são, todavia, confortadores: dois milhões de pessoas já começam a se beneficiar dêste plano de interiorização do médico.

Oferta e Demanda de Enfermeiras

Das 6,5 mil enfermeiras em atividade no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, menos de 10% se localizam no Nordeste.

Em Pernambuco concentram-se 14,3% das enfermeiras, da Região. Entretanto considerando-se a necessidade mínima de uma enfermeira em nível de supervisão para cada grupo de 50 mil pessoas e de 1 enfermeira para prestação de cuidados diretos em cada subgrupo de 10 mil, a demanda atual do Estado estaria em tôrno de 564 profissionais.

Ora, constam-se atualmente com 1 enfermeira para 88,7 mil habitantes ou sejam 53, o que equivale a afirmar ser o nosso deficit de mais de 500.

Atentando-se para a oferta anual das duas Escolas de Enfermagem do Estado, onde estão matriculadas nas 3 primeiras séries 89 alunas, sòmente se pode contar com o acréscimo anual de 30 novas enfermeiras. Desta forma, admitindo-se que a população se mantivesse a mesma ao longo dos anos, seriam necessários quase 17 anos para que a oferta se equiparasse à procura.

PERNAMBUCO: Matrícula nas Escolas de Enfermagem

ESCOLAS	SÉRIES			
	1.ª	2.ª	3.ª	Total
N. S. das Graças	29	9	6	44
Escola Federal	18	13	14	45
TOTAL	47	22	20	89

Fonte: Secretaria das Escolas discriminadas

A não consideração de duas importantes variáveis tais como o crescimento populacional e a evasão escolar demonstram quão otimistas sãos os cálculos do tempo necessários ao preenchimento das necessidades de enfermeiras.

Sabe-se ,ainda, que para cada enfermeira são necessárias quatro auxiliares de enfermagem. Dispondo de 723 auxiliares pode-se concluir que há uma diplomada para mais de 13 auxiliares. Daí estarem as auxiliares de enfermagem prestando serviços diretos aos pacientes juntamente com atendentes e visitadoras sanitárias.

Mas o que foi dito a respeito das auxiliares de enfermagem não implica em que não haja um deficit dêste pesosal. Se as deficiências de enfermeiras diplomadas chegam à casa das 500 profissionais, o deficit de auxiliares está em tôrno de 1,3 mil.

PERNAMBUCO: Cursos de Auxiliares de Enfermagem

ESCOLAS	SÉRIES		
	1.ª	2.ª	Total
N. S. das Graças	34	26	60
Escola Federal	52	20	72
TOTAL	86	46	132

Fonte: Secretaria das Escolas

A oferta anual é portanto calculada em tôrno de 66 auxiliares de enfermagem em média. Desta forma forma seriam necessários quase 20 anos para se atingir o deficit atual de mil e trezentas auxiliares.

A REALIDADE SANITÁRIA DO ESTADO DA BAHIA

Dr. Jorge Duarte de Araújo *

Para uma apreciação das atividades da Secretaria da Saúde Pública do Estado da Bahia na atual administração é indispensável uma análise preliminar da situação sanitária do nosso Estado.

Alguns indicadores da Saúde, fornecidos pelo Serviço de Bioestatística (Tabela I), mostram um elevado índice de mortalidade infantil e uma elevada taxa de mortalidade abaixo dos 50 anos. O estudo das principais causas de mortalidade no ano de 1967 mostra ainda a predominância das gastroenterites e a importância da tuberculose (Tabela II) e de outras doenças infecciosas.

TABELA I — INDICADORES DE SAÚDE — CIDADE DO SALVADOR — (1967)

Mortalidade Geral	10,4
Mortalidade Infantil	83,9
Razão de mortalidade proporcional .. (**Óbitos de 50 anos e mais**)	32,2

FONTE: Dados do Serviço de Bioestatística da SESAP

TABELA II — PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE EM SALVADOR (1967)
(Taxas por 100 000 habitantes)

1 — Gastrite, Enterite	108,1
2 — Doenças do coração	88,1
3 — Imaturidade e outras doenças da 1.ª infância	82,0
4 — Acidentes, envenenamentos e violências	71,0
5 — Neoplasmas malignos	68,0
6 — Tuberculose	67,3
7 — Pneumonia	64,0
8 — Doenças das artérias	56,0
9 — Infecção dos recém-nascidos ..	48,4
10 — Lesões vasculares do SNC	48,0

FONTE: Serviço de Bioestatística da SESAP.

* Secretário de Saúde da Bahia.

Embora não haja inquéritos de morbidade de amplitude estadual, os dados fornecidos pelo DNERu mostram ser bastante sério o problema das endemias rurais (Tabela III). Embora careçamos de dados exatos de prevalência, é notória a existência de altos índices de doenças de Chagas e Esquistossomose.

TABELA III — ENDEMIAS RURAIS NO ESTADO DA BAHIA

ENDEMIAS	Municípios atingidos
Tracoma	106
Malária	74
Bouba	50
Varíola	38

FONTE: DENERu., 1967

Em relação ao Saneamento Básico, apenas 23,1% da população do Estado está atendida por serviços de abastecimento de água. A rêde de esgotamento sanitário é deficiente na Capital e pràticamente inexistente no interior do Estado. Fica assim caracterizada a realidade sanitária do nosso Estado como sendo comparável à do restante da Região Nordeste. Esta situação é comum nas regiões em desenvolvimento, de baixa renda per capita.

RECURSOS PARA SAÚDE NO ESTADO

Analisaremos separadamente os recursos humanos, a capacidade instalada e os recursos financeiros.

Recursos Humanos

A distribuição do pessoal servindo à Secretaria da Saúde Pública (Tabela IV) apresenta duas características principais:

a) Concentração de mais de 2/3 do pessoal na Capital, onde reside apenas 12,9% da população. Esta má distribuição é particularmente acentuada em relação às Enfermeiras de nível universitário.

b) Má distribuição qualitativa, sendo de se notar a falta de determinados profissionais, como Engenheiros Sanitaristas. No caso particular da enfermagem a deficiência é bem acentuada, havendo nos Serviços de Saúde do Estado apenas uma enfermeira para cada 15 médicos. Esta situação é ainda mais séria pelo fato de estar a maioria das enfermeiras (60%) servindo na rêde hospitalar; apenas

21 enfermeiras encontram-se nos serviços de Saúde Pública. É também importante assinalar a falta de pessoal auxiliar.

TABELA IV — Distribuição do pessoal da Secretaria da Saúde Pública — 1967

Pessoal	Capital	%	Interior	%	Total
PROFISSIONAIS					
Médicos	434	61,7	269	38,3	703
Dentistas	118	62,7	70	37,3	188
Enfermeiras	47	88,6	6	11,4	53
AUXILIARES					
Enfermagem	729	74,0	256	26,0	985
Saneamento	49	37,9	80	62,1	129
Administração	296	88,4	43	11,6	338
Serviçais	624	84,2	106	15,8	741
POPULAÇÃO	898 000	12,9	6 017 000	87,1	6 915 000

Fonte: S. A. G. da SESAP.

Capacidade Instalada

Rêde Hospitalar: a rêde hospitalar do Estado está submetida ao regime de administração descentralizada, sendo dirigida pela Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, vinculada porém não diretamente subordinada à Secretaria da Saúde. A distribuição dos leitos hospitalares é apresentada na Tabela V. Dêsses leitos 2 510 pertencem a unidades da Fundação Hospitalar e os restantes a outras entidades públicas ou privadas.

TABELA V — Distribuição dos leitos hospitalares (1967)

Localização	N.º de leitos	Leitos por 1 000 hab
Capital	6 659	7,4
Interior	3 327	0,5
TOTAL	9 986	1,4

Fonte: D. M. H. da SESAP

Unidades Sanitárias: A rêde Sanitária da Secretaria (Centros de Saúde, Postos de Higiene, Posto de Puericultura e Conjuntos Assistenciais) consta de 229 unidades das quais 30 em Salvador e as demais no interior do Estado. Em 17 municípios há unidades da Fundação SESP.

Recursos financeiros

As verbas destinadas para a Secretaria da Saúde no orçamento de 1968, incluindo a Fundação Hospitalar (Tabela VI), correspondem a 7% da renda do Estado (Tabela VII), porém são insuficientes para a expansão que se faz necessária nos nossos serviços de Saúde.

TABELA VI — Despesa classificada por categoria econômica (1968)

Elemento	Gasto NCr$	$ %
Pessoal	11 631 000	41,5
Material		
Consumo	3 634 873	13,0
Permanente	258 627	0,9
Serviços de Terceiros	735 397	2,6
Instalações e Equipamentos	472 066	1,7
Obras Públicas	350 000	1,3
Subvenções Sociais	9 736 612	34,8
Outros Gastos	1 181 425	4,2
T O T A L	28 000 000	100,00

FONTE: ASPO DA SESAP.

TABELA VII — Despesa total fixada em relação às despesas com a Secretaria da Saúde Pública. (BA)

Anos	Total	Saúde	%
1963	20 369 910	2 529 339	12,41
1964	46 598 671	4 734 042	10,15
1965	105 039 188	8 572 444	8,17
1966	170 869 491	17 276 889	10,11
1967	371 368 785	24 556 976	6,61
1968	400 000 000	28 000 000	7,0

Fonte: ASPO — SESAP.

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Após a reforma administrativa de 11 de abril de 1966 (Lei n.º 2321), passou a ser a seguinte a estrutura da Secretaria de Saúde:

a) Órgãos administrativos
- Gabinete do Secretário
- Assessoria Setorial de Programação e Orçamento
- Serviço de Administração Geral
- Serviço de Bioestatística
- Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional

b) Órgãos normativos:
- Departamento de Assistência
  - Divisão Médico Hospitalar
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Seção de Normas e Contrôle
    - Seção de Enfermagem
  - Divisão Materno Infantil
    - Seção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôles
  - Divisão de Odontologia
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôles
  - Divisão de Combate à Tuberculose
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôle
  - Divisão de Enfermidades Degenerativas
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôle
  - Divisão de Saúde Mental
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôle
- Departamento de Higiene
  - Divisão de Epidemiologia
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôle
  - Divisão de Saneamento do Meio
    - Secção de Estudos e Levantamentos
    - Secção de Normas e Contrôle
    - Secção de Assistência Técnica
  - Divisão de Educação Sanitária
    - Secção de Estudos e Pesquisas
    - Secção de Assistência Técnica

e) Órgãos executivos:
- 8 Centros Executivos Regionais, abrangendo 21 Regiões Adnistrativas

d) Órgãos Descentralizados
Fundação Hospitalar do Estado da Bahia
Fundação Gonçalo Moniz
Fundação Hospitalar Otávio Mangabeira

A implantação dos Centros Regionais tem sido o principal instrumento de ação da Secretaria no interior do Estado.

PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES

Capacidade Instalada

A recuperação física e o reequipamento das Unidades Sanitárias constituiu preocupação inicial da Secretaria, dentro do critério de só criar novos serviços após obter o rendimento máximo dos Serviços já existentes.

No momento iniciamos a construção de um nôvo Centro de Saúde para atender a uma população de 100 000 habitantes na Capital. A partir do próximo ano será iniciada a etapa da construção de novos postos de Saúde no interior, visando a reduzir e eventualmente eliminar o grande número de municípios sem Unidades Sanitárias.

Pessoal

A formação de pessoal em todos os níveis é considerada prioritária dentro dos programas da Secretaria. Inicialmente a preocupação maior foi com a renovação dos quadros diretivos, tendo para tanto sido convocados elementos da Universidade, e enviados vários profissionais para cursos de Saúde Pública e Planejamento de Saúde junto à SUDENE ou à Escola Nacional de Saúde Pública.

No corrente ano iniciamos a admissão de pesosal, sendo que dentro de 60 dias será realizado concurso para médicos do Estado.

Centros de formação de pesosal auxiliar foram criados na Capital e no interior a fim de dar preparação adequada à mão-de-obra a ser absorvida pela expansão dos Serviços da Secretaria.

No particular da Enfermagem de Saúde Pública já foram tomadas as providências para ampliar o quadro, acrescentando ao mesmo, inicialmente, mais 46 enfermeiras, das quais 30 se destinam ao interior do Estado. Nôvo aumento poderá vir a ser necessário em futuro próximo.

No que tange à política salarial a Secretaria, reconhecendo não ser suficiente o atual salário de nível Universitário, nem recomendável o regime de trabalho de tempo parcial, está buscando junto ao Govêrno e outras fontes, meios de assegurar remuneração adequada, preferentemente em regime de tempo integral.

Racionalização Administrativa

Certas medidas de caráter administrativo se nos afiguraram indispensáveis como pré-condições para o funcionamento da Secretaria.

A descentralização dos Serviços, mediante a criação de 8 Centros Executivos Regionais, um na Capital e 7 no interior, permitiu conhecimento mais objetivo e soluções mais diretas para os problemas de saúde do interior. Os Centros Executivos têm hoje até mesmo dotação orçamentária própria, o que lhes assegura a autonomia indispensável ao êxito do sistema.

A falta de informações estatísticas fidedignas que possam servir de base aos programas de medicina preventiva é um óbice contra o qual continuamos a lutar. Ao lado da formação de pessoal especializado indispensável à implantação de um sistema dinâmico de coleta e procesamento de dados estatísticos, temos buscado o assessoramento de especialistas da Associação Panamericana de Saúde e do Conselho Britânico. Já temos montado agora um sistema satisfatório na Capital e estamos em vias de expandí-lo para o interior, iniciando pelas sedes dos Centros Executivos Regionais.

O estabelecimento das Normas e Rotinas de Serviço para as Unidades Sanitárias foi uma das medidas iniciais das várias Divisões dos Departamentos de Assistência e Higiene, como condição indispensável à elevação do nível dos Serviços.

Temos ainda buscado a integração com todos os Órgãos que atuam no setor Saúde, visando obter o maior rendimento dos recursos disponíveis e evitar duplicação de atividades. Convênios foram firmados com a CEPLAC e a SUDENE para a realização de programas específicos, principalmente nos Centros Executivos Regionais do interior.

Procuramos ainda estreitar os laços entre os Serviços de Saúde Pública e a Universidade, de modo a oferecer aos estudantes das profissões relacionadas à Saúde, campo de treinamento que lhes permita ter alguma vivência dos problemas de saúde comunitária. Neste sentido foi firmado recentemente convênio entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e a Secretaria.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Tôdas as medidas já aludidas objetivam em última análise a prestação de serviços adequados de Saúde Pública às populações.

A Secretaria da Saúde Pública, dentro das normas em vigor, vem prestando os seguintes serviços em suas Unidades Sanitárias:

a) Assistência Pré-Natal
b) Puericultura
c) Combate à Tuberculose

d) Assistência Odontológica
e) Saúde Mental
f) Assistência Clínica Geral
g) Contrôle de Doenças Transmissíveis
) Saneamento
i) Educação Sanitária

Os tipos de serviços prestados variam de acôrdo com a natureza da Unidade e com a população atendida. As Unidades Sanitárias estão classificadas agora em 4 tipos, de A a D, em função do número de habitantes a que devam atender. Em tôdas as Unidades vem sendo dada prioridade a: assistência materno-infantil, imunizações e combate à tuberculose.

PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SATISFAÇÃO DA DEMANDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Isabel Santos *

Considerações sôbre Planejamento de Saúde

A Organização Mundial de Saúde em sua declaração de princípios aponta a saúde como sendo um dos direitos fundamentais do homem. Entretanto, as estatísticas vitais nos levam a constatar que uma grande parcela dos sêres humanos que vivem em diferentes partes do mundo, ainda não conseguiu lograr êsse direito, sobretudo aquêles que vivem nos países em desenvolvimento, hoje formando o grupo do chamado Terceiro Mundo.

Estudiosos da matéria, procurando explicar o fenômeno, afirmam a existência de um paralelismo entre saúde de um povo e seu desenvolvimento econômico. WINSLOW, ao analisar o informe de CHARDWIK, intitulado "Condições Sanitárias da População Operária da Grã-Bretanha", com muita propriedade, assim expressa: "Pobreza e enfermidade formam um ciclo vicioso. As pessoas adoecem porque são pobres, tornam-se mais pobres porque estavam doentes e mais doentes porque eram pobres". Aramis Atayde também, ao se referir sôbre o assunto, afirma: "Saúde é um bem que se compra".

Definido para a saúde o parâmetro econômico é óbvio reconhecer que, só poderão adquirí-la aquêles cuja renda seja suficiente para alimentar-se de maneira adequada, ter uma habitação que atenda não só às suas necessidades do ponto de vista psicológico, mas também fisiológico e sanitário, que lhes permita instruir-se para reconhecê-lo como um patrimônio valioso e que lhes possibilite restaurá-la quando a perdem.

Assim sendo, é um êrro encarar a saúde desvinculada do contexto geral, uma vez que ela constitui apenas um dos componentes do nível de vida de um povo. Portanto, os planos para serviços de saúde devem respeitar e estar condicionados às diretrizes gerais da política econômica global.

Para os países desenvolvidos a elaboração de planos para serviços de saúde não constitui grande problema, uma vez que dispõem

* Professôra de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da U.F.P.

não só de pessoal altamente qualificado, mas também de recursos financeiros, que possibilitam uma real ajustamento dêsses às necessidades do setor saúde.

Todavia, nos países em desenvolvimento, onde os recursos são escassos e as necessidades inúmeras, a tarefa torna-se muito mais complexa. Impõem-se planejamentos cuidadosos, de modo a racionalizar os recursos, a ponto de obter com o mínimo dêles, o máximo de rendimento.

É um processo que envolve várias etapas a saber: diagnóstico da situação a ser programada, elaboração de planos ou programação pròpriamente dita, discussão das alternativas de ações apresentadas, decisão quanto às que devem ser executadas e, finalmente, a execução, a avaliação e revisão dos planos.

2. Qualidade e quantidade do serviço de enfermagem

2. 1. Categorias profissionais

A enfermagem é uma das poucas profissões, cujo exercício profissional está a cargo de uma variada gama de pessoas, com preparo em diferentes níveis e enfoques.

Assim, fazendo um apanhado geral da situação, temos como parte integrante da equipe de enfermagem, os seguintes elementos:

Enfermeira — profissional preparado em escolas de nível superior, com currículo e duração estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação. Sua formação é caracterizada, não só pelo domínio das técnicas, mas sobretudo pelos princípios científicos que as regem. É, portanto, o elemento pensante e líder natural da equipe, sôbre quem recai a responsabilidade da execução das tarefas de enfermagem de maior complexidade.

Técnico de Enfermagem — deixamos de incluí-lo pelo fato do mesmo, ainda, não fazer parte da equipe de saúde nesta região.

Auxiliar de Enfermagem — profissional de nível médio, preparado em escolas ou cursos auxiliares de enfermagem. Os requisitos exigidos para a sua formação estão oficialmente enquadrados no sistema educacional brasileiro, à tônica do seu preparo é orientada, sobretudo, para o domínio das técnicas, podendo atuar tanto em serviços preventivos, como curativos.

Visitadora sanitária — é um profissional também de nível médio, cujo preparo, ainda não está enquadrado no sistema educacional brasileiro, variando, assim, os programas e duração dos cursos, de acôrdo com os objetivos dos serviços que as preparam. A tônica da sua formação é dirigida para aquisição de técnicas que lhes permitem, não só a prestação de cuidados de enfermagem em domicílio, mas também participar da educação da comunidade em assuntos de saúde.

Atendente — é um elemento da equipe, cuja categoria profissio-

nal foi extinta pelo decreto-lei n.º 299, de 28/02/67. A sua qualificação em enfermagem tem sido feita de maneira ocasional e não sistemática, devido à deficiências na estrutura dos Serviços de Enfermagem das instituições.

É óbvio reconhecer que o padrão de assistência de enfermagem prestado a uma comunidade, guarda uma relação direta com a categoria profissional utilizada pela mesma. Admite-se que as diferentes variáveis existentes poderiam ser agrupadas em três grandes níveis:

assistência de enfermagem de nível superior que é privativo da enfermeira;

assistência de enfermagem em padrão médio, correspondendo às atividades de enfermagem executadas por auxiliares de enfermagem e visitadoras sanitárias;

assistência de enfermagem em padrão elementar, corerspondente àquelas atividades executadas por elementos de menor qualificação, em têrmos de conhecimentos gerais e técnicos.

2. 2. Recursos de pessoal de enfermagem no Nordeste

Em fins de 1966 o Nordeste, no setor público, contava com os seguintes recursos humanos em enfermagem:

Categoria Profissional	N.º	%	Rel/habitantes
Enfermeira	370	5,8	1: 73 244
Aux. de Enfermagem	1 449	22,7	1: 18 634
Visitad. Sanitária	592	9,3	1: 45 608
Atendente	3 962	62,2	1: 6 766
TOTAL GERAL	6 373	100,0	

Enquanto as enfermeiras constituiam apenas 5,8% do total de pessoal de enfermagem, o grupo integrado pelas auxiliares de enfermagem, visitadoras sanitárias e atendentes, representavam 94,2% dêsse total.

O grupo de atendentes, cujo nível de instrução é o primário, nem sempre completo, e para o qual não se exige nenhum preparo em enfermagem ao ser admitido no serviço de saúde, constitui 62,2% do pessoal de enfermagem.

Se levarmos, ainda, em consideração que as poucas enfermeiras existentes na sua grande maioria estão concentradas nos centros de maior desenvolvimento, concluiremos que a assistência de enfermagem no interior dos Estados, na sua quase totalidade está a cargo do grupo de atendentes.

Reconhecemos que essa problemática aqui ràpidamente esboçada, para nossa satisfação, já foi objeto de debates, tanto no "Seminário sôbre Problemática de Saúde do Nordeste", realizado em Garanhuns em julho de 1967, como da IV Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade do Rio de Janeiro, no mesmo ano.

Todavia, acreditamos que a solução dessa problemática demandará algum tempo e exigirá das enfermeiras, tanto para aquelas que estão em função docente, como para as que estão à frente de serviços, um esfôrço conjunto na busca de soluções exequíveis que venham modificar o que acabamos de descrever.

Não está em discussão a conveniência ou não da utilização da ex-categoria "atendente", como membro da equipe de enfermagem, pois isso já foi objeto de estudo de uma comissão especial constituída pela Associação Brasileira de Enfermagem em 1966, em cujo relatório apresentado se lê:

"... a extensão da assistência de enfermagem, só poderá ser feita pela delegação de tarefas a outros elementos e, no caso, o atendente estaria incluído, pois constitui o maior potencial humano que no momento participa das atividades de enfermagem na maioria dos serviços de saúde".

Entretanto deve ser objeto de debate a adoção de uma política de enfermagem que venha elevar o padrão profissional dêsses atendentes, de modo a garantir uma melhor qualidade da assistência de enfermagem.

Demanda de Serviços de Enfermagem

Sabemos que, em tese, a demanda dos Serviços de Enfermagem tende a crescer com o aumento da população. Contudo, tal ocorrência não se verifica no Brasil, de um momento geral, e particularmente no Nordeste. Vários fatôres se interpõem entre os jovens e a profissão de enfermagem, reduzindo consideràvelmente o afluxo de candidatos às Escolas e conseqüentemente o de profissionais na comunidade. Focalizaremos, em primeiro lugar, os fatôres sócio culturais e em seguida os econômicos.

Do ponto de vista sócio cultural, estudos já realizados comprovam que a divisão de trabalho é condicionada não só pelo processo inconsciente e impessoal de competição na luta pela sobrevivência, mas também pelo processo consciente e pessoal do conflito na luta por uma posição social.

Ao analisarmos a posição, ou seja, o "status" social da enfermeira na sociedade nordestina, consideramos que:

— o trabalho manual no Brasil ainda tem um "status" social inferior,, porque ordinàriamente foi função exclusiva dos escravos;

— o grande público nordestino tem pouco ou nenhum conhecimento das funções da enfermeira como membro da equipe de saúde;

— como há carência dêsse profissional, se costuma rotular de "enfermeira", pessoas apenas alfabetizadas;

— em conseqüência dos considerandos anteriores, o público tem dificuldade em distinguir a enfermeira dos demais elementos de equipe da enfermagem, para poder exigir os seus serviços.

Concluiremos, portanto, que o "status" social da enfermeira no Nordeste devido a êsses fatôres não conquistou, ainda, uma posição de destaque capaz de atrair jovens de nível social adequado e sim da camada social menos preparada, que normalmente está incapacitada de atingir o ciclo completo de formação da Enfermeira, como comprova o aumento contínuo de matrícula nos Cursos de Auxiliar de Enfermagem.

É óbvio que não sòmente os fatôres sócio culturais influem nesta problemática. Merecem igual consideração os fatôres econômicos. O salário de profissionais universitários é sempre oneroso e a maioria dos hospitais e serviços de saúde, públicos ou privados, preferem, como medida de economia, reduzir ao mínimo a contratação de enfermeiras, uma vez que o público não está bastante esclarecido para exigir os cuidados dêsse profissional. Segundo Gentile, "a enfermagem só pode encontrar clima adequado para o pleno exercício de sua profissão na medida em que a sociedade tem condições para manter essa categoria profissional".

Acreditamos que, concomitantemente ao desenvolvimento econômico da região nordestina ,o nosso povo tornar-se-á consciente para exigir e manter o profissional de enfermagem.

3. Utilização do tempo gasto pela enfermagem, segundo os programas de assistência

Há dois tipos de demanda a considerar. A espontânea, que é condicionada pela estrutura de morbidade da coletividade, e a provocada, que é resultante do nível de educação em assuntos de saúde. De um modo geral, enquanto a demanda espontânea é quase na sua totalidade constituída por doentes em busca de ações curativas, a provocada, com exceções, o é por pessoas sadias em busca de ações preventivas.

O atendimento do "quantum" dessa demanda dependerá das prioridades estabelecidas, que por sua vez são analisadas à luz de estudos comparativos das alternativas de ações, apresentadas conforme preconisa a metodologia de planejamento já abordada anteriormente. Todavia, os planos de saúde tendem a equilibrar as ações curativas com as preventivas, estabelecendo, de um modo geral, problemas de assistência médico sanitária a grupos de gestantes, crianças e adultos, e combate às doenças transmissíveis com ênfase na tuberculose.

As ações de enfermagem se fazem presentes na quasi totalidade das atividades desenvolvidas no cumprimento dêsses programas. Co-

mo demonstração dessa assertiva apresentamos, a seguir, os resultados de um estudo realizado pelo Instituto de Planejamento da Fundação SESP, em colaboração com a Divisão de Saúde da Comunidade da mesma Fundação.

Vale mencionar que a delegação de tarefas ocorre não sòmente entre os elementos de uma mesma profissão, mas, também entre profissões diferentes. No estudo citado a seguir, observa-se, por exemplo, que as tarefas referentes ao atendimento de crianças sadias foram totalmente delegadas pelo médico aos elementos de enfermagem. Cumpre-nos, assim, ressaltar que, salvaguardados os princípios éticos e científicos que regem as ações profissionais, as funções dos elementos de uma equipe de enfermagem podem assumir, de região para região e de serviço para serviço, conotações diferentes daquelas tradicionalmente conhecidas.

Cálculo do tempo médio gasto no atendimento por pessoa, segundo o tipo de assistência dada nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP

Grupo AMSG

Tipo de Assistência dada	Freqüência	Tempo de atendimento em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço médico				
Consulta médica	2	12	24	13,3
Serviço enfermagem				
Atendimento pelo S. E.	2	12	24	
Anatox tetânico	3 d.	5	15	
Visita no puerpério pelo S. E.	1	30	30	
Atendimento no A. C. 1.ª vez	1	5	5	
Atendimento subsequente	4	3	12	
Preparo p/consulta (verificação de pêso, TPR, PA)	4	5	20	
Distribuição de medicamentos	2	3	6	
Orientação pós-clínica	2	5	10	
Tratamento anti-sifilítico (aplicação penicilina)	1	5	5	
Laboratório			30	16,6
Sôro-reações para sífilis	1	15	15	
Exames de urina (glicose e albumina)	3	5	15	
TOTAL			181	100,0

Cálculo do tempo médio gasto no atendimento por pessoa, segundo o tipo de assistência dada nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP

Grupo AMSCR — 0 a 4 anos

Tipo de assistência dada	Freqüência	Tempo de atendimento em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço de enfermagem			278	100,0
Atendimento pelo S. E.	5	12	60	
Visitas pelo S. E.	3	30	90	
BCG	1	5	5	
DPT (primo+revacinação)	4 d.	5	20	
VAV	1	4	4	
Atendimento no AC (1.ª vez)	1	5	5	
Atendimento subsequente	4	3	12	
Sabin	3	3	9	
Preparo para atendimento (pêso, medida e temperatura)	5	6	30	
PPD aplicação	1	2	2	
PPD leitura	1	2	2	
Demonstração de preparo de leite	1	15	15	
Distribuição de leite	12	2	24	
TOTAL	—	—	278	100,0

Cálculo do tempo médio gasto no atendimento por pessoa, segundo o tipo de assistência dada nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP

Grupo AMSCR — Doente

Tipo de assistência dada	Freqüência	Tempo de atendimento	Total de tempo	%
Serviço médico			25	13,4
Consulta médica + pegar a veia (toxicose)	1	25		
Serviço de enfermagem			126	67,8
Atendimento no A. C.	1	3	3	
Preparo para consulta	1	5	5	
Distribuição de medicamentos	1	3	3	
Orientação pós-consulta	1	15	15	
Reidratação oral no C. R.	1	30	30	
Reidratação venosa: preparo do material e vigilância	1	40	40	
Visita domiciliar pelo S. E.	1	30	30	
Laboratório			35	18,8
Determinação de grupo sanguíneo e fator RH	1	5	5	
Colheita de sangue de doador	1	20	20	18,8
Preparo de material para colheita de sangue	1	10	10	
TOTAL	—	—	186	100,0

Tempo gasto pelo médico e outros técnicos, no diagnóstico e tratamento por um ano de um caso de tuberculose, nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP

I — Diagnóstico e Planejamento do Tratamento

Atividade	Freqüência	Tempo por unid. trab. em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço médico			20,5	17,0
Consulta médica	1	20	20	11,1
Leitura da chapa	1	0,5	0,5	
Serviço de enfermagem			100,2	83,0
Recepção e registro de dados	1	5	5	
Exame radiológico	1	1,2	1,2	
Prova tuberculínica:				
aplicação	1	2	2	
leitura	1	2	2	
Exame de escarro	3	20	60	
Entrevista c/enfermeira	1	30	30	
TOTAL	——	——	120,7	100,0

II — Tratamento

Atividade	Freqüência	Tempo por unid. trab. em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço médico			133,5	17,1
Consulta médica	11	12	132	17,1
Leitura de abreugrafia	3	0,5	1,5	
Serviço de enfermagem			648,6	82,9
Recepção	12	5	60	
Administração de injeções	90	3	270	
Entrega de medicamentos	12	5	60	
Entrevista c/enfermeira	11	15	165	82,9
Exame de escarro	5	12	60	
Exame radiológico	3	1,2	3,6	
Visita domiciliar	2	15	130	
TOTAL	——	——	782,1	100,0

Incluindo administração e percentual do tempo gasto pelo pessoal de diferentes categorias no tratamento de um doente tuberculoso V.T. passa a ser o seguinte:

Médico	6,3
Laboratório e RX	9,2
Enfermagem	59,1
Administração	25.4

Em administração está incluída a parte de administração pròpriamente dita, estatística e supervisão.

4. Utilização de Pessoal de enfermagem segundo os níveis de atividades

4. 1. Em trabalho de rotina

A desproporção numérica entre o grupo de enfermeiras e o de auxiliares e a necessidade de se fazer o uso econômico dos poucos recursos humanos existentes conduzem em nível operacional a uma delegação de funções da enfermeira para os elementos auxiliares, obedecendo, aos seguintes critérios: as tarefas mais simples, para os elementos de menor preparo profissional e, òbviamente, as mais complexas para os de maior qualificação.

Ermengarda Alvim e Colaboradores, através de uma pesquisa operacional realizada em algumas unidades da Fundação SESP, constataram o seguinte: no setor hospitalar, nas duas unidades observadas, denominadas pelos autores de A e B, o tempo do pessoal integrante de grupo auxiliar (atendentes e auxiliares de enfermagem) foi utilizada quasi que exclusivamente em atividade relacionadas diretamente com o paciente: 86 (1%) e 97 (5%) respectivamente. Entretanto, com referência à utilização do tempo das enfermeiras, o estudo revelou que o mesmo sofrera variações não só dentro da própria unidade, com referência aos horários da manhã e da tarde, mas também de uma unidade para outra.

Assim, na unidade B, o tempo da enfermeira era utilizado da seguinte maneira:

No período da manhã

1 — 64,2% em atividades relacionadas ao paciente, dos quais, 17,9% na prestação de cuidados diretos ao mesmo;

2 — 25,3% em atividades de cunho administrativo;

3 — 8,4% em atividades referentes ao desenvolvimento de pessoal;
4 — 2,1% em outros tipos de atividades.

No período da tarde:

1 — 25,0% em atividades relacionadas com o paciente;
2 — 64,3% em atividades de cunho administrativo;
3 — 7,1% em atividades referentes ao desenvolvimento de pessoal;
4 — 3;6% em outros tipos de atividades.

Com referência à unidade A, o estudo revelou uma situação bastante diversa da anteriormente citada. Nessa, o tempo da enfermeira foi assim utilizado:

No período da manhã:

1 — 57,1% em atividades relacionadas com o paciente, dos quais 3,4% na prestação de cuidados diretos ao paciente;
2 — 15,3% em atividades de cunho administrativo;
3 — 24,2% em atividades relacionadas ao desenvolvimento do pessoal;
4 — 3,4% em outros tipos de atividades.

No período da tarde:

1 — 29,3% em atividades relacionadas ao paciente;
2 — 33,3% em atividades relacionadas ao desenvolvimento do pessoal.

No setor de Saúde Pública

Nas duas unidades estudadas, observou-se uma variação na utilização do tempo de pessoal auxiliar. Enquanto as visitadoras, em serviço interno, tinham 81,4 e 86,9% de seu tempo gasto em cuidados indiretos ao paciente, as atendentes empregavam 81,0% a 69,7% de seu tempo em cuidados diretos ao mesmo.

Quanto às enfermeiras, a utilização de seu tempo de trabalho guardou uma certa relação com as enfermeiras do setor hospital, destacando apenas maior enfoque destas no ensino ao paciente.

Vários fatôres podem atuar na dinâmica de uma equipe de enfermagem, de modo a favorecer ou dificultar a atuação das diferentes categorias profissionais em seu próprios níveis. Como exemplo, citaríamos:

1 — inadequação funcional das estruturas administrativas sôbre as quais repousam a execução dos serviços de saúde, e que é manifestada;

a) pela ausência de planos cujas metas estejam claramente definidas;

b) previsões inadequadas de recursos materiais e humanos;

c) ausência de metas de normalização que possibilite a adoção de uma política de trabalho;

d) ausência de uma política de pessoal de modo a valorizar as diferentes categorias profissionais, mediante a adoção de um sistema de treinamento e/ou atualização de conhecimentos, nem como de supervisão como um processo contínuo;

2 — chefia do Serviço de Enfermagem sob a responsabilidade de enfermeiras com pouca ou sem nenhuma experiência em administração.

4. 2. Em Programas Especiais

Existem problemas que, uma vez considerados prioritários, requerem para a sua solução um tratamento técnico administrativo diferenciado daquele que se prestaria aos problemas, cujo equacionamento exigiria apenas atividades de execução rotineiras; são chamados programas especiais.

Como experiência nossa citamos as campanhas de vacinação anti-tetânica, anti-diftéria-pertussis e o contrôle de curiosas, realizados pelo Centro de Saúde Amaury de Medeiros, uma das unidades de treinamento do Estado de Pernambuco. Nesta apresentação nos cingimos apenas à maneira como os elementos da equipe de enfermagem participaram dos programas.

4. 2. 1. Programa: Contrôle de Curiosas

Finalidades: descobrir, treinar e controlar as curiosas da cidade do Recife.

Características:

Como todo trabalho educativo, é um processo que envolve várias etapas, destacando-se como principais a do treinamento e do contrôle. O tempo de duração do programa é indeterminado, justificado não só pela natureza do educando em lide, como também pela descoberta e inclusão de elementos novos, no decorrer do programa.

Cálculo do tempo médio gasto no atendimento, por pessoa, segundo o tipo de assistência dada nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP. — Grupo AMSCR 0 a 4 anos — Grupo Doente

Tipo de Assistência	Freqüência	Tempo de atendimento em min.	Total de tempo em minutos	%
Serviço de Enfermagem			278	100
Atendimentos	5	12	60	
Visitas	3	30	90	
BCG	1	5	5	
DPT (primo+revacinação)	4 d	5	20	
VAV	1	4	4	
Atendimento no CA 1.ª vez	1	5	5	
Atendimento subseq. Sabin	4	3	12	
Preparo para atendimento (pêso, medida, temperatura)	3	3	9	
PPD — aplicação	5	6	30	
PPD — leitura	1	2	2	
Demonstração de preparo de leite	1	2	2	
Distribuição de leite	1	15	15	
TOTAL	12	2	24	
			278	100
Serviço Médico			25	13,4
Consulta médica+pegar a veia (toxicose)	1	25		
Serviço de Enfermagem			126	67,8
Atendimento no A.C.	1	3	3	
Preparo p/ consulta	1	5	5	
Distribuição de medicamentos	1	3	3	
Orientação pós-consulta	1	15	15	
Reidratação oral no C. R.	1	30	30	
Reidratação venosa: preparo do material e vigilância	1	40	40	
Visita domiciliar pelo S. E.	1	30	30	
Laboratório			35	18,8
Determinação de grupo sanguíneo e fator RH	1	5	5	
Colheita de sangue de doador	1	20	20	
Preparo de material para colheita de sangue	1	10	10	
TOTAL			186	100

Tempo gasto pelo médico e outros técnicos, no diagnóstico e tratamento por um ano em um caso de tuberculose, nas Unidades Sanitárias da Fundação SESP..

I — DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO

Atividade	Freqüência	Tempo por unid. trab. em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço Médico			20,5	17,0
Consulta médica	1	20	20	
Leitura da chapa	1	0,5	0,5	
Serviço de Enfermagem			100,2	83,0
Recepção e registro de dados	1	5	5	
Exame radiológico	1	1,2	1,2	
Prova tuberculínica:				
Aplicação	1	2	2	
Leitura	1	2	2	
Exame de escarro	3	20	60	
Entrevista com a Enfermeira	1	30	30	
TOTAL			120,7	100,0

II — TRATAMENTO

Atividade	Freqüência	Tempo por unid. trab. em minutos	Total de tempo em minutos	%
Serviço Médico			133,5	17,1
Consulta médica	11	12	132	
Leitura da abreugrafia	3	0,5	1,5	
Serviço de Enfermagem			648,6	82,9
Recepção	12	5	60	
Administração de injeção	90	3	270	
Entrega de medic.	12	5	60	
Entrevista com a enfermeira	11	15	165	82,9
Exame de escarro	5	12	60	
Exame radiológico	3	1,2	3,6	
Visita domiciliar	2	15	30	
TOTAL	—	—	782,1	100,0

Horas semanais e anuais do pessoal utilizado, segundo a categoria

Categoria profissional	Horas semanais	Horas anuais	%
Médico obstetra	2 *	92	1,6
Médico sanitarista	2 *	92	1,6
Enfermeira obstétrica	30 *	1 380	22,7
Visitadoras	60	2 760	44,6
Atendentes	40 *	1 840	29,5
TOTAL	134	6 184	100

* Valor médio.

Utilização dos Recursos: Funções
Categoria Profissional
Enfermeira obstétrica

a) **na fase de treinamento pròpriamente dito:** ministração das aulas teórico-práticas e supervisão das atividades das curiosas nas clínicas de Assistência à Maternidade e à Criança.

b) **na fase de contrôle** — supervisão do trabalho realizado pelas curiosas nos domicílios e promoção de atividades de educação em serviço de acôrdo com as necessidades observadas.

Médicos — Assessorias

Visitadoras — Supervisão-domiciliar dos partos ocorridos.

Atendentes — Cooperação nas atividades relacionadas com o treinamento e contrôle.

4.2.2. Campanha de vacinação anti-tetânica e anti-diftérica-pertussis

Finalidades:

1 — Vacinar com Anatox tetânico 185.267 crianças do grupo etário de 3 a 14 anos.

2 — Vacinar com DPT 69.995 crianças do grupo etário de 3 a 13 anos.

3 — Vacinar com Anatox tetânico 24.568 gestantes residentes na cidade do Recife.

Duração da campanha: 15 meses:

Recursos de Pessoal Utilizados

Categoria profissional	N.º de horas em 15 meses	%
Médicos	862	1
Enfermeiras	4 600	4,8
Pessoal auxiliar de enfermagem	79 350	82,8
Outros	10 924	11,4
TOTAL GERAL	95 736	100

As 4.600 horas das enfermeiras foram utilizadas, 100% em **atividades-meio** isto é, 12,5% com atividades de coordenação e avaliação; 75% com supervisão de trabalho de campo; 12,5% com supervisão de preparo de material.

Com referência ao pessoal auxiliar ocorreu o seguinte: do total de 79.350 horas, 10.350, ou seja, 13% horas (atendentes), foram utilizadas em atividades meio, isto é, no preparo de material, enquanto que as 69.000 (horas visitadoras) ou seja 87% foram utilizadas em atividades fim, isto é vacinação.

4. 3 Participação da Enfermeira no Planejamento de Saúde

Sabe-se que o sucesso dos programas de saúde em nível operacional depende, incondicionalmente, de um planejamento racional e factível das atividades de saúde propostas.

Outrossim, é verdadeiro que o serviço de enfermagem por fôrça da sua própria natureza, se faz presente de maneira bastante significativa na composição técnica da maioria das atividades consideradas ao desenvolvimento dos referidos programas.

Assim, embora a enfermeira planejadora atue segundo uma linha na qual os problemas do setor saúde são abordados no seu aspecto global, ela desenvolve atividades específicas no tocante a:

a) estabelecimento de normas e procedimentos técnicos e específicos da enfermagem no processo do planejamento.

b) atividades relacionadas ao treinamento de pessoal.

c) assessoria técnica em relação aos programas de enfermagem.

Reconhecendo que a atuação da enfermeira no planejamento de saúde envolve grandes responsabilidades, é necessário que ela possua os seguintes requisitos:

1) ser graduada em enfermagem geral
2) ser graduada em enfermagem em saúde pública
3) ter curso de planejamento de saúde
4) ter experiência nas duas áreas de enfermagem hospitalar e saúde pública por um período que a capacite para uma melhor compreensão dos problemas.
5) conhecer as características e a situação do serviço de saúde da região que vai atuar.

Finalizando, resta-nos salientar que a oportunidade que se oferece à enfermeira de trabalhar em equipes interprofissionais é valiosíssimas contudo, o seu sucesso dependerá de um esfôrço contínuo no sentido de que se capacite cada vez mais.

BIBLIOGRAFIA

AHUMADA, Jorge e colab-Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud. Washington, Organizacion Panamericana de la salud, 1965. 77 p.

ALVIM, Ermengarda de Faria e colab-Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP-**Revista do Serviço Especial de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 12 (2): (277)-331, 1966,

ATAHAYDE, Aramis — Conferências pronunciadas em 1966, Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Serviço de Documentação, 1957, 116 p.

BORGES, Maria Valderez — Relatório da Comissão especial de estudo da situação do atendente. (s.n.t.) 17 f. mimeogr.

BRASIL, Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste. Departamento de Recursos Humanos, Divisão de Saúde-Documento final do Seminário sôbre a problemática de Saúde do Nordeste-RECIFE; 1967. 80 p.

Di LASCIO, Arnaldo; Di LASCIO, Cecília Sanioto — Das relações entre pais e filhos: um estudo sôbre a escolha das profissões .s.n.t.).

GONÇALVES, Elyane — Vacinação anti-tetânica e anti-diftérica: relatório da 1.ª parte da campanha realizada na cidade do Recife-Recife, (s.ed.) 1967 11 p.

MEELO — Carlos Gentile de — A enfermagem como profissão na atual conjuntura social — Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 17 (1/2) 56-61, fev. abr. 1964.

PLANEJAMENTO NACIONAL DA SAÚDE EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, Rio de Janeiro, Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, 1967. 17 f. mimeogr.

SOUZA, Aparecida M. Jesuino de, e colab. — Estudo preliminar sôbre atividades de pessoal auxiliar de enfermagem (s.n.t. 17 f. mimeogr.

WINSLOW, C.E.A. Lo que cuesta la enfermidad y lo vale la salud. WASHINGTON, Oficina Sanitária Panamericana, 1955, 126 p.

IV SIMPÓSIO

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

PADRÖES MÍNIMOS PARA CAMPO DE PRÁTICA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Lourdes Tôrres Garcia *
Circe de Mello Ribeiro **

É indiscutível o fato de que a qualidade dos enfermeiros formados pelas escolas de enfermagem tem relações diretas com a qualidade do serviço de enfermagem existente no hospital que é utilizado para campo de prática.

Tanto é assim, que uma das preocupações das professôras de enfermagem é a de preparo das unidades que freqüentam com seus alunos. E por preparo queremos dizer "tudo", desde as práticas de organização e administração dessas unidades, naqueles hospitais que não oferecem tal condição, até a simples visita prévia para planejamento de estágio, daqueles que afortunadamente contam com bons Hospitais de Ensino.

Atualmente, quais são os padrões mínimos exigidos para os Hospitais de ensino que servem como campo de prática?

O III Congresso Nacional de Hospitais, realizado em São Paulo de 2 a 9 de julho de 1961, recomendou: "Para que um hospital possa servir de campo de aprendizado para alunos de enfermagem, o número de seus leitos ocupados deve ser sempre superior a 100, e o hospital oferecer estágio em medicina geral, cirurgia geral, pediatria e obstetricia, pelo menos".

O Relatório do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem, da ABEn, realizado em 1959, recomendava que, por constituirem a enfermagem médica e a enfermagem cirúrgica estágios básicos de grande importância, número de leitos em cada um dêsses serviços, não fôsse inferior a 25.

---

* Assistente do Diretor de Subdivisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Instrutora da cadeira de Administração aplicada à Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O American College of Surgeons, cuja preocupação com os padrões mínimos hospitalares é bastante antiga, após 22 anos de levantamentos realizados (de 1918 a 1930) publicou o seu Manual of Hospital Standardization, onde encontramos na parte referente à Enfermagem, as recomendações que seguem:

Padrões mínimos para enfermagem em hospitais

1. **Organização** — Deve existir no hospital um departamento de enfermagem bem organizado, sob competente direção e supervisão, para uma eficiente administrapão e prestação de serviços de enfermagem e para a educação de alunas de enfermagem, quando mantêm uma Escola de Enfermagem.

2. **Pessoal** — Deve contar com número adequado de pessoal competentemente treinado para a supervisão do serviço de enfermagem e para um cuidado de enfermagem eficiente de seus pacientes.

3. **Facilidades** — Deve ter modernas facilidades convenientemente colocadas e adequadas, com equipamento e material fàcilmente obtidos, para o fornecimento de rápido e eficiente serviço de enfermagem.

4. **Educação** — Quando uma escola de enfermagem é mantida em conexão com o Hospital, deve atender aos requisitos educacionais em conformidade com as exigências nacionais, adequado padrão de pessoal e facilidade para ensino, e completo sistema de secretaria escolar.

5. **Prontuários** — Deve manter amplo sistema de anotações clínicas de enfermagem, incluindo tôdas as informações pertinentes ao cuidado de enfermagem, observações de sinais e sintomas, execução das ordens médicas, prestação de serviço de enfermagem, e outras informações que mostrem a condição do paciente e sua resposta ao tratamento.

6. **Reuniões** — Reuniões semanais do corpo de enfermeiros devem ser realizadas para revisão e análise do serviço de enfermagem, determinação da qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos pacientes e melhoria de eficiência do serviço de enfermagem, quando indicada

7. **Em relação aos pacientes** — Cuidado completo deve ser prestado durante todo o tempo para assegurar um eficiente e seguro cuidado de enfermagem ao paciente, por meio de escalas adequadas, supervisão competente das estudantes de enfermagem quando em atividades dos cuidados ao paciente, bem como uma adequada proporção do número de pacientes e número de enfermeiros.

Não nos preocuparemos em detalhar os padrões mínimos americanos para todos os departamentos ou serviços que constituem o hospital, se bem que sejam extremamente importantes para a avaliação do hospital campo de prática. Quando tal avaliação seja necessidade sentida por alguém ou algum grupo, recomendamos sejam seguidas, como orientação, as recomendações para padrões mínimos, aprova-

das no já citado III Congresso Nacional de Hospitais, pois estão ajustadas às possibilidades brasileiras.

Dentro da área específica do serviço de enfermagem uma tomada de consciência nos leva à pergunta: estaremos muito longe dos padrões americanos?

Quando da publicação do Relatório do Levantamento, em 1959, êste serviu como motivação, entre tantas, para que alguns se preocupassem com o assunto, e que surgissem recomendações para o serviço de enfermagem em hospitais de ensino, como as seguintes:

1. Manter Serviço de Enfermagem bem organizado, dirigido por enfermeira, e que ofereça boa assistência técnica aos doentes, com um serviço de enfermagem eficiente;

2. Ter na direção do Serviço de Enfermagem, enfermeiro, preferivelmente com curso de pós graduação, e que possua autonomia e autoridade na resolução de problemas técnicos de enfermagem e na seleção e preparo de pessoal;

3. manter número adequado de pessoal de enfermagem, assegurando-se não sejam as estudantes de enfermagem levadas a suprir o serviço de enfermagem do hospital, contrariando o objetivo primário da escola, que é a educação;

4. ter, pelo menos em hospital campo de estágio ,uma enfermeira chefe, em cada um dos serviços básicos: medicina, cirurgia, centro cirúrgico, pediatria e obstetrícia ;

5. manter um programa de educação em serviço, a cargo do Serviço de Enfermagem, para a orientação e treinamento de pessoal recém admitido e para o desenvolvimento de pessoal antigo, a fim de melhorar o padrão de cuidados prestados ao paciente;

6. ter Regulamento e um sistema de anotações adequadas, contando o Serviço de Enfermagem com manual de rotinas e técnicas, impressos próprios para o prontuário do paciente, normas e instruções escritas;

7 manter clima propício para a observância do Código de Ética Profissional e para a colaboração dos enfermeiros do hospital no desenvolvimento dos alunos de enfermagem, facilitando seu aprendizado por meio do bom exemplo e de orientação e assistência quando necessária;

8. oferecer boas condições de trabalho, contando as unidades de enfermagem com as dependências essenciais e o equipamento e material indispensáveis ao cuidado do paciente, em quantidade suficiente e em bom estado de conservação, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e para a aplicação prática efetiva do aprendizado dos estudantes de enfermagem.

Como vemos, estão contidas nessas recomendações pràticamente tôdas aquelas encontradas nos padrões mínimos americanos, sentindo-se a ausência do ítem 6, que trata de reuniões do corpo de enfermeiros.

Uma observação dos serviços de enfermagem dos hospitais de ensino mostra que êstes procuram atender às recomendações feitas e que nos grandes centros de ensino, a própria estruturação e organização do Serviço de Enfermagem têm levado à aplicação até da recomendação não feita, ou seja a de reuniões periódicas do corpo de enfermeiras para a análise do serviço de enfermagem e determinação da qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

O desenvolvimento dos cursos de pós graduação nos últimos anos, muito contribuiu para que um número cada vez maior de enfermeiros em cargos de chefia possuam preparo a êsse nível.

Sentimos porém, ao analisar a procedência dos enfermeiros que se inscrevem nos cursos de pós graduação, que existe muito maior preocupação das escolas de enfermagem no sentido de preparar melhor seu corpo docente, do que dos Serviços de Enfermagem dos hospitais, de ensino ou não, de preparar seu corpo de enfermeiros

Muitos são ainda os hospitais que não exigem pós graduação para pessoal do Serviço de Enfermagem, que não seja a chefe, se bem que possuam quadro de supervisoras e enfermeiros chefes.

Há um grande número de enfermeiros não professores de Escolas de Enfermagem, com curso de pós graduação; são aquêles que recebem, para estágio nas unidades que dirigem, alunos dos cursos de pós-graduação. Por que procuraram êstes enfermeiros razer o curso de pós graduação? Porque tiveram como motivação o princípio da hierarquia. Dificilmente êstes enfermeiros sentir-se-iam ajustados em seus cargos de enfermeiros chefes ou mesmo de supervisores, quando recebem colegas para estágio, com preparo acadêmico profissional superior ao seu.

A elevação da enfermagem ao nível técnico científico representou um grande passo em direção à melhoria do status social da classe. A esta melhoria, tão ansiosamente aguardada por todos, houve a natural correspondência do aumento de responsabilidade. A carga de exigência passou a ser muito maior e as pressões se fazem sentir de fora para dentro do grupo e criadas dentro do próprio grupo. Os Serviços de Enfermagem são constantemente questionados e pressionados no sentido de que se faça uma definição mais ampla de suas atividades.

Já não se pode contar com a satisfação tranqüila e quase plena de administradores, educadores ou de próprios serviços, quando estão sendo cumpridos, ainda que mais ou menos, os sete ou oito ítens dos padrões mínimos para os serviços de enfermagem; propõem análises qualitativas das anotações que fazemos nos prontuários; cobram-nos as reuniões de avaliação do serviço prestado; vão mais longe — questionam o curriculum vitae, não apenas da chefe do serviço de enfermagem, mas também o de suas enfermeiras.

As escolas, em seus cursos de pós graduação e mesmo de graduação, estão criando na mente de seus alunos, a preocupação pela pesquisa. Muito natural esta atitude, pois a pesquisa é o grande

indicador de status real de uma profissão. Se somos profissionais de nível superior temos que nos comportar como tal.

E nós perguntamos: onde realizar essas pesquisas?

É evidente que a resposta seria: nos campos de prática, nos hospitais de ensino.

Estão êsses hospitais preparados, ou em fase de preparação para atender à solicitação?

Se cabe ao Serviço de Enfermagem do hospital de ensino, a responsabilidade de colaborar com as escolas de enfermagem, ensinando pelo exemplo, e se os enfermeiros que estão em atividade nas áreas do campo de prática, não fazem pesquisas, ou não se interessam pela pesquisa ou mesmo desconhecem a metodologia de pesquisa, como esperar que os alunos, futuros profissionais, acreditem na real necessidade da pesquisa?

Muitas são as atividades de enfermagem que estão aguardando uma resposta pesquisada.

Quem nos dá rma informação sôbre a aplicação do plano de cuidados de enfermagem? Quantos hospitais já fizeram estudos de atividades?

Êsses estudos teriam enorme importância se pudéssemos comparar os resultados obtidos em mais de um hospital de ensino.

Seria muito difícil organizar um diário de enfermagem, onde fôssem anotados números de pacientes internados, número e qualificação do pessoal em serviço, número de pacientes graves e de acamados?

Um diário dêstes, tarefa simples para qualquer enfermeiro chefe organizar e executar ,ao fim de seis meses ou um ano, seria fonte inestimável de valor para a realização de estudos sôbre média de horas de cuidado de enfermagem e outros. Outros dados acrescidos ao diário, como: data de admissão e data de alta, e poderíamos relacionar tempo de permanência com número de pessoal.

Os alunos veriam a aplicação prática de seu interêsse por pesquisa. O hospital estaria aumentando sua possibilidade de avaliação de cuidados. O enfermeiro estaria enriquecendo seu currículo e sua experiência.

Considerados êsses aspectos dos padrões mínimos para o campo de prática, recomendamos:

— sejam referendados como padrões mínimos para o Serviço de Enfermagem dos hospitais de ensino, — campo de prática para escolas de enfermagem, os oitos ítens recomendados em 1961 por Amalia Corrêa de Carvalho e representados neste trabalho;

— seja acrescentado nôvo ítem a êstes padrões, que trate da realização de reuniões periódicas do corpo de enfermeiros. para a análise do serviço de enfermagem e determinação da qualidade do cuidado de enefrmagem prestado;

— seja alertado o Serviço de Enfermagem dos hospitais de ensino — campo de prática, da necessidade de programarem o envio

de enfermeiros ,em cargos de chefia e supervisão, para cursos de pós graduação em enfermagem;

— sejam êsses mesmos Serviços motivados para a realização de estudos e pesquisas de enfermagem, principalmente nas unidades frequentadas por alunos de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS — Manual of hospitals standardization. Chicago, Ilinois, s.d. p. 60-66.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. É a enfermagem profissão liberal? Rio de Janeiro, Ass. Brasil. de Enf. 1954.

CARVALHO, Amália C. — Campos de estágio para escolas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (6): 535-539, dez. 1961

CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS, 3.º SÃO PAULO, 1961 **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (6): 593-598, dez 1961

MENEZES, A.L. — Problemas que afetam uma boa administração do serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (5): 478-484, out. 1961.

A ENFERMAGEM DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Edla Dalva Moreira *

Introdução

O Instituto Nacional da Previdência Social, resultante da fusão dos órgãos previdenciários federais, continua o seu processo evolutivo sem haver ainda alcançado a estrutura definitiva.

Enrtetanto já foram aprovadas as normas básicas para a sua estruturação, o que nos leva a acreditar que dentro em breve chegaremos a uma situação estável para que possamos trabalhar sem incertezas.

A estrutura vigente é constituída por uma Presidência e 6 Secretarias, dentre elas a Secretaria de Assistência Médica, órgão responsável pelas atividades médicas e paramédicas da assistência aos beneficiários.

Situação da Enfermagem

Contamos no momento com um Programa de Enfermagem na Secretaria de Assistência Médica, ao qual compete:

a) coordenar, supervisionar e orientar as atividades administrativas e técnicas dos Serviços de Enfermagem em âmbito nacional;

b) elaborar as normas técnicas de enfermagem e orientar a sua implantação;

c) participar junto à chefia superior do estudo e solução dos problemas de enfermagem;

d) inspecionar os serviços de enfermagem dos ambulatórios, hospitais próprios e contratados;

e) colaborar no estudo, planejamento e reorganização dos serviços de enfermagem das unidades assistenciais próprias;

f) controlar a atuação de enfermagem pela análise dos relatórios dos órgãos executivos;

g) opinar na locação dos serviços profissionais de enfermeiros;

h) colaborar com o órgão de Treinamento na elaboração dos programas de treinamento para o pessoal de enfermagem;

---

* Assessora de Enfermagem, responsável pelo Programa de Enfermagem do Instituto Nacional de Previdência Social.

Êsse Programa vem desenvolvendo as suas atividades segundo um plano de trabalho que podemos resumir nos seguintes tópicos:

a) interpretação da Enfermagem para todos aquêles que de alguma forma podem influenciar nos destinos dos seus serviços;

b) atuação junto à Chefia Superior para a criação de Assessorias de Enfermagem nas Coordenações de Assistência Médica — órgãos coordenadores das atividades médicas e para médicas em âmbito estadual;

c) providências juntos aos órgãos competentes para que sejam atendidas as reinvindicações da Enfermagem;

d) elaboração de normas visando orientar a execução das atividades de enfermagem;

e) orientação às Assessoras nos seus problemas específicos, através de expedientes, entrevistas e cartas informais;

f) supervisão dos serviços próprios e contratados em visitas de inspeção aos estados;

g) atuação junto ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal visando a promoção de cursos para o pessoal de enfermagem, como o de formação de especialistas em treinamento onde serão preparadas as enfermeiras que se encarregarão do treinamento em hospitais e ambulatórios e o de Atualização em Centro de Material, ao qual comparecerão enfermeiras de todos os estados que serão depois responsáveis pela organização dos Centros de Material dos hospitais e ambulatórios, em seus estados de origem.

De tôdas as atividades desenvolvidas consideramos de maior importância prática aquelas que promoveram a criação das Assessorias de Enfermagem, para as quais já foram designadas 20 enfermeiras nas 23 Coordenações existentes.

Conseguimos que o Secretário da Assistência Médica orientasse os Coordenadores sôbre a necessidade dessas Assessorias e estabelecesse as normas para a sua organização, determinando:

Atribuições

a) coordenar, supervisionar e orientar os serviços de enfermagem dos Ambulatórios e Hospitais próprios na capital e no interior;

b) inspecionar permanentemente a assistência de enfermagem prestada aos beneficiários pelos hospitais contratados ou credenciados e orientar o pessoal de enfermagem do INPS que nêles exercem atividades na capital e no interior, visando assegurar a prestação de serviços em níveis desejados pelo INPS;

c) dar orientação sôbre as normas e rotinas de serviço emanadas do órgão central fazendo as adaptações locais;

d) estudar os problemas relacionados com a enfermagem dos órgãos locais e sugerir as soluções cabíveis;

e) opinar na lotação e remoção do pessoal de enfermagem, na seleção dêsse pessoal quando contratados e na designação dos enfermeiros para os cargos de chefia;

f) promover programas de treinamento do pessoal de enfermagem;

g) promover reuniões periódicas com as chefias subordinadas, objetivando o estudo dos problemas surgidos e a interpretação de normas e rotinas;

h) analisar as previsões de material elaborados pelos órgãos ou setôres de enfermagem e opinar quando da concorrência para compra do mesmo;

i) participar do estudo e da solução dos problemas de enfermagem no âmbito da Coordenação de Assistência Médica;

j) assessorar a Coordenação de Assistência Médica nos assuntos de sua especialidade.

Recursos Necessários

Pessoal

— Enfermeiras
— Escriturários
— Mensageiro

O número de enfermeiras lotadas no órgão de Enfermagem dependerá do porte da Superintendência Regional e do vulto dos serviços existentes em ambulatórios próprios, hospitais próprios e contratados, devendo a equipe de trabalho contar bàsicamente com:

a) uma enfermeira responsável pelo órgão, que fará a coordenação das atividades;

b) uma enfermeira treinadora que será responsável por todos os programas de treinamento da linha de enfermagem;

c) enfermeiras supervisoras em número compatível com as necessidades do serviço, que farão a supervisão direta das atividades de enfermagem;

d) pessoal administrativo em número suficiente ao apoio das atividades da equipe de enfermagem.

As Superintendências Regionais de menor porte poderão ter uma ou duas enfermeiras, dependendo do programa de atividades da Coordenação de Assistência Médica.

Material

Sala de Assessoria

1 Mesa de escritório
1 Mesa de reuniões
6 Cadeiras
1 Armário

1 mesa de datilografia
1 máquina de datilografia
1 fichário
1 painel para colocação de avisos
1 bandeja para papéis
1 grampeador para papel
1 perfurador para papel
1 pêso
1 régua
1 agenda de mesa
Material de escritório.

Desenvolvimento das atividades

a) Organização da Assessoria
b) Levantamento da situação da Enfermagem
c) Elaboração de planos:

I de organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares, de acôrdo com orientação do órgão central;

II de supervisão dos serviços próprios e contratados;

III de treinamento;

d) Execução dos planos elaborados.
e) Avaliação das atividades desenvolvidas
f) Reformulação dos planos, quando necessário
g) Relato do andamento dos trabalhos à Coordenação de Assistência Médica e ao Programa de Enfermagem.

Essas normas entretanto não foram suficientes para a criação das Assessorias. Precisamos, nós e as enfermeiras estaduais, trabalhar pela sua implantação, pois continua sendo necessário uma verdadeira renovação de mentalidade para que os grupos tradicionalmente administrativos aceitem a enfermagem com êsse nôvo "status".

Muitas resistências encontradas se devem à falta de concientização do verdadeiro papel da enfermagem e isso tem exigido das Assessoras verdadeiro trabalho de catequese.

Apesar dessas dificuldades, algumas Assessorias têm realizado tarefas importantes ,entre elas:

a) levantamento da situação da enfermagem;
b) substituição, por enfermeiros, de pessoal auxiliar que estava indevidamente ocupando chefias deenfermagem;
c) credenciação de enfermeiras e contratação de pessoal auxiliar;
d) organização dos serviços de enfermagem;
e) curso de formação de auxiliar de enfermagem para os atendentes lotados nos hospitais e ambulatórios;
f) implantação de programas de orientação sanitária e de vacinação;

g) promoção de treinamento para enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Entretanto há muito ainda a realizar em tôdas as áreas. Essas atividades terão que ser desenvolvidas sistemàticamente em todos os estados para que possamos ter um serviço de bom padrão.

Normas elaboradas pelo Programa de Enfermagem que regulamentarão as nossas atividades nos hospitais e ambulatórios nos darão possibilidade de organizar os serviços de acôrdo com estruturas padronizadas e estabelecer rotinas básicas para a execução das atividades específicas.

Essas normas, apesar de elaboradas e estudadas há bastante tempo, tiveram que aguardar a aprovação das normas referentes a prestação da assistência médica e sòmente agora entraram em pauta para aprovação.

Organizados os nossos serviços procuraremos atuar junto aos hospitais contratados, quer seja pela colaboração na avaliação dos seus serviços de enfermagem, por ocasião de novos contratos, quer seja nas inspeções posteriores; inspeções essas que pretendemos sejam realizadas não apenas como fiscalizadoras, porém visando colaborar com os hospitais particulares na melhoria dos seus serviços em proveito dos nossos beneficiários.

Sabemos que tôdas essas atividades demandam tempo para sua aceitação e sedimentação, entretanto acreditamos que continuando a Enfermagem da Previdência a receber o apoio das Chefias Superiores, como até então, alcançaremos o nosso objetivo melhor padrão da assistência de enfermagem.

A par dêsse nosso otimismo surge um fato nôvo que nos deixa apreensivas quanto aos destinos da Enfermagem, não só da Previdência como das demais instituições — o Plano Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde e a Enfermagem

De acôrdo com a legislação em vigor compete ao Ministério da Saúde a coordenação de tôdas as ações médico-sanitárias que visam a proteção e a recuperação da saúde.

O Plano Ministerial apresentado tem como princípio básico a privatização dos serviços de assistência médica, cabendo aos usuários o direito de escolher o médico e o hospital de sua preferência porém participando do custeio dessa assistência, participação essa de que estão isentos apenas os indigentes.

Todos os órgãos de saúde serão componentes da seguinte estrutura:

a) órgão central do Ministério da Saúde assessorado por um Conselho Consultivo com as atribuições de planejar, supervisionar, coordenar e controlar tôdas as atividades em âmbito nacional;

b) órgãos estaduais — Juntas Estaduais de Saúde — constituídas em cada estado por três representantes, respectivamente, da

Previdência Social, da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde. A essas Juntas de Saúde caberão o planejamento, a supervisão, a coordenação e o contrôle em âmbito estadual;

c) órgãos locais de saúde — sociedades civis — sem finalidades lucrativas, constituídas "pelos profissionais e as entidades de saúde individual da área e pelos representantes da comunidade local e de órgãos federais e estaduais";

d) unidades executoras — os profissionais de nível superior que exerçam suas atividades em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais e as entidades vinculadas ao plano.

As atividades de planejamento serão realizadas por profissionais ou técnicos do setor-saúde, representantes de entidades profissionais de classe e assessores junto aos órgãos central e estaduais.

As entidades hospitalares e congêneres deverão ser entregues "a pessoal de direito privado mediante arrendamento dos imóveis, instalações e equipamento, venda do material de consumo em estoque e cessão do pessoal".

O pessoal não médico lotado nas unidades arrendadas poderá ser pôsto à disposição da administração privada.

"Ao pessoal cedido à administração pública deverá assegurar a percepção dos vencimentos ou salários dos cargos ou emprêgos ocupados em caráter permanente e garantirá os direitos e vantagens do respectivo regime jurídico como se em exercício estivesse".

A parte financeira do plano será atendida pelo Seguro de saúde obrigatório, extensivo a tôda a população, e pela participação orçamentária da União, dos Estados e dos Municípios, sendo que "o valor do arrendamento, da venda de materiais de consumo e dos vencimentos, salário e vantagens do pessoal, corresponderá à parte da contribuição dos podêres públicos para o sistema".

Êsse Plano tem sido motivo de várias polêmicas em tôdas as áreas de saúde.

Para a Enfermagem julgamos será um retrocesso.

A sua implantação, quando os serviços médico-assistenciais da Previdência estão em fase de reorganização, será um tanto intempestiva, pois invalidará todo o nosso trabalho para alcançar a melhoria dos serviços de enfermagem.

A privatização dos hospitais e ambulatórios transformará essas unidades assistenciais em fontes de lucro.

Os próprios objetivos da emprêsa privada levam a preferir o pessoal leigo, de remuneração mínima, em detrimento da qualidade dos serviços

Pode-se pensar que o pessoal sendo cedido aos serviços arrendados, com pagamento a cargo do govêrno, condicionará aceitação pela emprêsa dos profissionais mais qualificados ,entretanto isso não acontecerá, porque os salários pagos pelo govêrno serão descontados da sua cota de participação e sendo êsse profissionais os mais bem

remunerados, determinaria diminuição do lucro da emprêsa, o que não interessaria aos seus proprietários.

Veremos então a assistência de enfermagem nivelada pelo nível mais baixo.

Também a possibilidade que terá a emprêsa de devolver ao govêrno aquêles funcionários que não o interessem criará uma nova série de ociosos, pois não existindo serviços governamentais não haveria lotação para êsse pessoal. O mesmo aconteceria se êsse pessoal optasse pela sua exclusão do Plano, o que é também admissível.

Com essa situação não haveria incentivo para a formação de novos profissionais e chegaríamos a involução da Enfermagem.

Conclusões

A implantação do Plano Nacional de Saúde trará grande prejuízo para a enfermagem acarretando, se concretizada, a desintegração das organizações já existentes, pela privatização dos serviços e suas conseqüências.

O assunto é do mas alto interêsse para a classe e deve ser estudado a fim de evitar que a carreira do enfermeiro se torne extinta.

Caberia à Associação Brasileira de Enfermagem zelando pelos interêsses dos seus associados, pleitear junto ao Ministro da Saúde a sua inclusão na execução do planejamento, valendo-se do que diz o ítem 141.3 do Plano: "a execução das tarefas de planejamento constitue atribuição de:

a) profissionais ou técnicos do setor-saúde e representantes de entidades profissionais de classe".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Plano nacional de saúde: 1968. Circular 241 da Secretaria Assistência Médica. 1967.

RESPONSABILIDADE DO DOCENTE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO CAMPO CLÍNICO

Nalva Pereira Caldas *

Introdução

O presente trabalho, modesta contribuição para a discussão do temário do XX Congresso Brasileiro de Enfermagem, nada de inédito apresenta sôbre a responsabilidade do docente de enfermagem em relação ao campo clínico.

No seu conteúdo cuidou-se da simplicidade porém teve-se em vista a objetividade para analisar os fundamentos do trabalho docente, as atividades do professor no campo clínico e os recursos com os quais deve contar.

A aplicação prática das idéias expostas foi feita na Cadeira de Administração Aplicada à Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado da Guanabara, sob a nossa responsabilidade.

FUNDAMENTOS DO TRABALHO DOCENTE

Tôda atividade do docente de enfermagem visa a formação profisisonal do aluno.

Através das aulas teóricas as idéias são transmitidas e no campo clínico elas se convertem em ação que vem a ser para o aluno as experiências que servirão de lastro para a sua vida prática.

Para o professor o aluno é o objeto das suas atenções e o campo clínico é um meio para a aplicação dos ensinamentos no sentido de promover para êle:

a) a aquisição de automatismo;
b) a ampliação das informações e dos conhecimentos;
c) o refôrço dos ideais, das atitudes e das preferências.

Diz a Lei n.º 4.881-A, de 6 de Dezembro de 1965, que dispõe sôbre o Estatuto do Magistério Superior, no seu Art. 55 — "É dever primordial do ocupante de cargo de magistério superior, contribuir no limite de suas possibilidades para a ampliação e transmissão do saber, a formação integral da personalidade de seus alunos e para autenticidade democrática da vida universitária".

---

* Membro do corpo docente da Faculdade de Enfermagem Haddock Lobo da U E G e Diretora do S. E. do Hospital Pedro Ernesto.

A função do professor é instruir e educar os estudantes através da orientação das suas atividades nas salas de aulas e principalmente no campo clínico onde a convivência é prolongada e os ensinamentos teóricos são testados.

O professor seleciona as atividades de acôrdo com a matéria lecionada e as orienta e pouco a pouco procura desenvolver a iniciativa própria, o poder de observação, exigindo resultados positivos.

ATIVIDADES DO PROFESSOR NO CAMPO CLÍNICO

O sucesso do professor depende daaplicação do "ciclo docente", em qualquer empreendimento que se proponha realizar. Se nas aulas teóricas os resultados positivos decorrem do emprêgo desta sistemática, muito maiores lucros são colhidos quando aplicada ao ensino clínico. Dessa forma, entendemos como suas atividades: planejamento, escolha e organização do campo, orientação e coordenação das atividades e avaliação dos resultados.

Planejamento

Partindo dos objetivos formulados, ligados à natureza da matéria lecionada e da filosofia adotada pela escola e pelo próprio professor, êles planeja as atividades do campo clínico de modo que haja coerência com o ensino teórico.

Nos últimos anos, depois do despertamento das professôras de enfermagem para o estudo da Pedagogia e Didática, tem-se notado maior preocupação de planejar os estágios e uma certa flexibilidade na escolha dos campos.

Escolha e organização do campo

A escolha e a organização do campo clínico são determinadas pela política adotada pela escola, pois como se sabe, há escolas que incubem seus profesores da direção das unidades, pela responsabilidade que assumem da manutenção dos serviços de enfermagem; outras que fazem o inverso — convidam para o ensino chefes de unidades; outras há que levam os alunos ao campo, sem vínculo de responsabilidade administrativa com o campo clínico; outras há que conciliam estas formas, dando aos professôres a responsabilidade e a autoridade para atuarem como supervisor ou consultores do serviço de enfermagem.

A política de intercâmbio entre escola e campo clínico determina a eficiência de sua organização de modo a atender os padrões mínimos.

Há escolas que se limitam a um único campo de estágio, outras há que selecionam as melhores experiências çara os seus alunos, com grande margem de flexibilidade na atuação do professor e do

aluno, com o aproveitamento das melhores condições locais existentes. Mesmo existindo esta mentalidade moderna nas escolas, às vêzes o professor esbarra com as exigências burocráticas ou com a falta de compreensão de alguns técnicos que se negam a contribuir para a formação de futuros profissionais, apresentando uma série de dificuldades para a realização de estágios.

De modo geral, os professôres modernos de enfermagem precedem os alunos na freqüência ao campo para conhecê-lo, escolhê-lo e não raras vêzes para tomarem providências a fim de dotá-los de meios compatíveis com o ensino.

Nesta fase, o docente estabelece a coordenação e o relacionamento que nortearão o seu trabalho e muitas vêzes canaliza os meios materiais da Escola para o campo.

Orientação e Coordenação das Atividades

A habilidade em motivar os alunos conseguindo despertar o interêsse sem precisar impor ordens é bastante para conduzí-los ao objetivo. Dessa forma é fácil introduzí-los no campo clínico, instruíndo-os sôbre o plano de atividades que serão desenvolvidos para que participem com conhecimentos de causa, promovam o autocontrôle e desenvolvam a autocrítica.

Uma vez formulado o programa, o professor orienta o aluno para a sua plena realização dentro de uma escala de responsabilidade, desenvolvendo a sua iniciativa e o poder de observação, mas esta atuação não pode ser autônoma, sem a orientação do professor, como se verifica em algumas escolas de enfermagem ou de auxiliares de enfermagem.

Além da orientação do aluno, o professor coordena as oportunidades surgidas no campo de ensino ou as provoca de forma a cumprir o programa.

Êle também faz a coordenação entre a escola e a instituição onde está o campo clínico, de forma que haja união de propósitos e coordenação entre os profissionais, para que todos estejam esclarecidos sôbre o papel do aluno e colaborem com o ensino clínico.

Contrôle de Aprendizagem

O docente deenfermagem, por tradição, isto é, pela forma em que foram lançadas as bases do ensino da enfermagem, leva grande vantagem sôbre os demais professôres no que se refere ao contrôle da aprendizagem. O professor de enfermagem no exercício das suas funções procura formar atitudes, ideais, automatismo e transmitir informações e conhecimentos de forma a estruturar a personalidade profissional do aluno. Todo professor de enfermagem integra à sua matéria os aspectos sociais e morais e acompanha de perto o comportamento do aluno e seu aproveitamento.

Desde os primeiros contatos, o professor se preocupa em conhecer o aluno para bem orientá-lo. Êste conhecimento compreende as suas características pessoais, o seu aproveitamento escolar, suas relações dentro do grupo com os outros professôres e a sua atuação nos diversos campos clínicos. Com êste conhecimento, é possível dirigir os alunos no sentido de colher bons resultados desde que as atividades tenham sido bem planejadas.

Avaliação dos resultados

A avaliação integra o contrôle porém o destaque se faz pela importância que representa para o docente preocupado com o aperfeiçoamento progressivo do seu trabalho.

A avaliação permanente dos resultados parciais e finais surpreende as falhas e a necessidade da revisão, o estudo dos problemas e das dificuldades encontradas pelos alunos ou por aquêles que com êles trabalham no camplo clínico.

RECURSOS

Qualquer empreendimento humano necessita de recursos para torná-lo real, objetivo, palpável, enfim para a implantação do que foi planejado. Não seria de outra maneira em relação ao campo clínico. O professor precisa dispor de meios maiores para a sua atuação e a dos alunos. Diríamos que êstes meios são de duas naturezas: os que dependem do próprio professor e os que dependem da organização do próprio campo clínico.

Os que dependem do próprio docente são todos os fatôres individuais que constituem o arbouço da sua personalidade, aliados ao seu preparo técnico e docente, que irão determinar o seu entusiasmo e a sua competência.

Os fatôres ou os meios que dependem da instituição são bàsicamente: pessoal, material e uma organização racionalmente estabelecida, tudo isto apontado nos estudos realizados sôbre Padrões Mínimos para campos de estágios.

NOSSA MODESTA EXPERIÊNCIA NA CADEIRA DE ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM

Fundamentos do trabalho

Na Cadeira de Administração aplicada à Enfermagem temos procurado fundir, integrar e reforçar a aprendizagem realizada nas outras cadeiras.

Na integração que realizamos com a cadeira de Fundamentos de Enfermagem entrmos em contato com os alunos do 1.º ano para apresentação dos aspectos hospitalares.

Estamos planejando a integração com as demais Cadeiras a fim de apresentar aos alunos os aspectos administrativos correspondentes às diversas especialidades, para que no 3.º ano culmine com o ensino clínico e seu preparo para as funções administrativas.

Com a dupla responsabilidade que temos de direção do Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas e do ensino da Cadeira de Administração Aplicada à Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, nossas constantes providências têm sido no sentido de dotar todo o hospital dos padrões que o tornem merecedor do título de "um bom campo de estágio".

As providências tomadas de modo geral visam a padronização do material em espécie e acondicionamento, arrumação dos postos e salas de serviço, centralização do material esterilizado, sua distribuição e parte do material de consumo; quanto ao pessoal existe uma estrutura hierárquica delineada, com as funções definidas, e o Setor de Educação em Serviço prestando orientação aos novos funcionários e realizando o treinamento em serviço, sendo tôdas as atividades acompanhadas pelo sistema de supervisão nos vários turnos de trabalho; além disto temos procurado manter um razoável sistema de comunicações, de forma a padronizar os processamentos nos vários setores de Serviço.

Como se conclui, sendo o professor de Administração o diretor do Serviço de Enfermagem, tem a oprtunidade de preparar o seu próprio campo e dos demais professôres, facilitando a tarefa da direção da escola e dos seus colegas.

Atividades

Os alunos do 1.º ano têm sido orientados ao Hospital através de visitas aos vários setores, precedidos de aulas sôbre a análise da sua estrutura, com a incumbência de apresentarem relatórios individuais sôbre um determinado setor.

As atividades dos alunos do 3.º ano têm sido planejadas de forma a oferecer maiores oportunidades na chefia de unidade e uma visão panorâmica da supervição nos vários horários e da direção do Serviço, através de visitas e estudo comparativo das atividades hospitalares e da administração de pessoal em emprêsas públicas ou privadas.

A escolha do campo clínico recai sôbre as unidades onde as enfermeiras atuantes têm melhores condições pessoais e profissionais e onde as rotinas ocorrem com maior freqüência.

É surpreendente o interêsse revelado pelos alunos no estágio de Administração. Desta forma tem sido fácil orientá-los, pois contamos com a sua boa vontade e desprendimento para cumprir tarefas fora dos dias e horários comuns aos outros estágios, muitas vêzes por iniciativa própria. Além disto temos incentivado o auto-contrôle das atividades e do comportamento.

A coordenação tem sido fácil de realizar em proveito da aprendizagem po rcausa das funções que desempenhamos.

Contrôle de Aprendizagem

Em tôdas as Cadeiras de Enfermagem e principalmente na de Administração Aplicada à Enfermagem, o aluno deve ser conduzido sem se sentir 'fiscalizado".

Na nossa Cadeira temos desenvolvido um plano de supervisão virtual, distante. Não fazemos chamada para verificação de presença. O aluno assina "o ponto" durante o estágio, controla as experiências a que deve participar, as técnicas que deve rever e apresenta relatórios de todos os aspectos observados durante o estágio. Desta forma controlamos a sua aprendizagem e a sua atuação no estágio, além das impressões que colhemos das enfermeiras que conosco colaboram na sua orientação.

Os alunos são distribuídos nas várias unidades do hospital, de forma que o acompanhamento do professor é indireto.

A avaliação é feita por um lado em entrevistas com as chefes de unidades e supervisoras e por outro lado em reunião com os alunos e através das respostas que dão aos questionários que aplicamos, pelo qual avaliamos também os problemas encontrados em relação ao hospital, além das rondas que fazemos nos vários setores.

CONCLUSÕES:

O docente de enfermagem, tendo como função precípua a formação profissional do aluno, deverá servir-se do campo clínico para favorecer a realização da sua tarefa.

A sua responsabilidade se assenta no planejamento, na organização do campo clínico, na orientação e coordenação das atividades dos alunos no contrôle da aprendizagem, na avaliação dos resultados e na existência de recursos.

O campo clínico é imprescindível para a formação do profissional de enfermagem porém poderá ser pernicioso se utilizado sem a orientação docente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALCANTARA, Glete de — Formação e Aperfeiçoamento da Enfermeira em face das Exigências Modernas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 17 (6): 408-419, dez. 1964.

BAPTISTA, Wanda A. — Relação Escola — Campo de Estágio, **Revista Brasileira de Enfermagem,** 19 (4): 318-322, agôs. 1966.

BARRET, Jean — La Jefe de Enfermeras como administradora y Mestra. México, La Prensa Medica Mexicana. 1963.

BAUZER, Riva — Caminhos que levam a aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 10 (1): 49-60, mar. 1957.

BRASIL, LEIS E DECRETOS ETC. — LEI 4881 de 6/12/65: — Dispõe sôbre o Estatuto do Magistério Superior **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (2-3): 134-147, abr.-jun. 1966.

CARVALHO, Amália C. de — Campos de Estágio para Escola de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (6): 535-539, Dez. 1961

CARVALHO, Amália C. de — Considerações sôbre o Curso Superior de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (5): 452-460, out. 1961.

CARVALHO, Amália C. de — Seleção e preparo do Corpo Docente para Escola de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 15 (1): 157-183, fev. 1962.

CARVALHO, Irene Mello — Valor formativo e informativo das atividades docentes e discentes. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (5): 443-451, out. 1961.

CHIARELLO, A. — Relação ensino, serviço de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 15 (4): 261-266, ago. 1961.

FORJAZ, M. — Ensino clínico. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 10 (2): 149-162, jun. 1967.

GUINEE, K. — Enseñanza de enfermeira: objetivos y método. México, Interamericana, 1967.

HEIDGERKEN, L.E. — Ensenãnza en las escuelas de enfermería. 2.ª ed. México, Interamericana, 1963.

MATTOS, L.A. de — Sumário de didática geral. 4.ª ed. Rio de Janeiro, Aurora, 1964.

RESENDE, M. de A. — Ensino de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 14 (2): 110-158, abr. 1961.

RIBEIRO, C. de M. — Formação de pessoal para-médico: co-relatório apresentado na 3.ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas em Pôrto Alegre de 24 à 30 de Outubro de 1965.

RIVERA, S.F. — Formas de integração do ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 13 (1): 68-77, mar. 1960.

RIVERA, S.F. — Importância e papel dos objetivos do ensino no trabalho docente. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 13 (1): 60-67, mar. 1960.

SOUZA, E.F. | e outras | — Uma experiência em ensino clínico. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 9 (4): 252-263, dez. 1956.

VILLAS BOAS, M.J.C. — De como o ensino clínico é feito na escola de enfermagem da Univ. da Bahia. **Rev. Bras. Enf.,** 10 (1): 34-48, mar. 1957.

RESPONSABILIDADES DO DOCENTE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO CAMPO CLÍNICO

Maria Wanda Rodrigues de Oliveira *

Considerações gerais

Para abordar o tema "RESPONSABILIDADES DO DOCENTE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO CAMPO CLÍNICO" creio de absoluta necessidade definir uma filosofia de ensino que no momento não pode distanciar-se do espírito da reforma universitária, em plena fase de implantação em todo território nacional nas Universidades Federais e com amplas possibilidades de atingir as Universidades Estaduais e particulares.

A Universidade e a Comunidade, dentro do espírito da reforma, se interpenetram. As Unidades Universitárias passam a tomar o pulso da realidade regional, a observar o seu meio e os seus fenômenos e a usar êsse material para as classes, com o objetivo de estudos e de confronto com as variadas teorias dos livros, as quais, pela generalização com que abordam os problemas, se tornam muitas vêzes inadequadas a certas conjunturas. Portanto a Universidade passa a existir em função do seu meio, das necessidades próximas que a condicionam atuando no complexo social como agente de cultura, traçando diretrizes, indicando modos de ação, induzindo à pesquisa, à experimentação e ao trabalho planejado, que o conhecimento, o senso estético e a técnica comprovaram ser o melhor, ou mais adequado.

A Escola de Enfermagem, não poderá deixar de integrar-se nesta filosofia, pois nossos laboratórios sempre foram as unidades hospitalares e sanitárias, com todos os problemas decorrentes da conjuntura econômico-social do nosso país; jamais fomos escola acadêmica e nossos programas sempre estiveram vinculados às realidades ambientais, as quais sempre foram por nós valorizadas através do ensino aplicado, como meio de fornecer os nossos profissionais conscientes da problemática que terão de enfrentar.

Abordaremos então alguns aspectos do relacionamento da atual estrutura da Universidade com as atividades do docente de enferma-

* Regente da Cadeira de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

gem em relação ao campo clínico. Passaremos em revista, as responsabilidades que lhe cabem como decorrência do "status" de docente dentro da sistemática reformista.

A Reforma Universitária e os Departamentos das Unidades Universitárias

Pelo Decreto-Lei n.º 55 de 21/2/1966 o campo clínico das escolas de formação profissional médica e para-médica está situado em unidades próprias, condicionadas ao funcionamento integrado para **"assegurar plena utilização dos seus recursos materiais e humanos vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes".** (Art. 1.º e 2.º com ítem III).

Partindo dêste princípio os hospitais da comunidade serão unidades de ensino integradas nos departamentos das diversas Escolas de formação profisional, começando pelo tradicional Hospital Universitário, conhecido como "Hospital de Clínicas da Universidade".

A formação profissional será desenvolvida pelo professor em relação a cada grupo específico e a equipe congregará todos os professôres e colaboradores de uma determinada área funcional.

É nesta situação que analisaremos a atuação do docente de enfermagem relativamente ao campo clínico, o qual, dentro do atual contexto, se nos afigura bem mais rico de possibilidades, não obstante suas maiores responsabilidades com as possíveis atribuições.

O Estatuto do Magistério Superior e sua adaptação ao Magistério de Enfermagem

Será conveniente lembrar que até o presente momento a maioria das nossas Escolas tiveram sob seu encargo a responsabilidade das Unidades Hospitalares e o docente de enfermagem enfeixava em suas mãos a chefia da enfermaria e a supervisão das alunas, com sérias desvantagens para os estudantes que não recebiam do docente a necessária atenção na aplicação do conhecimento e técnicas apredidas. No entanto ainda era possibilitada a condição de presença constante e decisiva no campo clínico da enfermeira, uma vez que seu cargo correspondia à função técnica e não à do docente, e por isso o seu horário era de 36 horas semanais (Estatuto dos Servidores Públicos da União). Com a incorporação das Escolas de Enfermagem às Universidades Federais passamos a ter como instrumentos legais o Estatuto do Magistério e a regulamentação do Decreto de Tempo Integral para o pessoal do Magistério Superior. Pelo primeiro, a atividade dos docentes se restringe a 12 horas semanais, compreendidas nelas o desempenho de tôdas as atividades ligadas ao ensino, pelo segundo, a gratificação de tempo integral sòmente será concedida aos professôres que apresentem um programa anual de trabalho que não seja apenas complementação de horas de atividades di-

dáticas, pois estas deverão condicionar-se aos programas de ensino e êstes por sua vez se enquadrar no tempo regulamentar ou sejam horas semanais (Interpretação da Comissão de Tempo Integral da U.F.F., baseada no Art. 38 do Decreto citado).

Levantamos êstes instrumentos legais para tentar uma sugestão, que teria por objetivo atender ao funcionamento das cadeiras de enfermagem através de uma equipe, que se constituiria do professor titular, assistente e auxiliar de ensino superior, como caminho mais seguro para atingir os atuais objetivos da enfermagem com a liderança do seu docente no departamento corerlato, atendendo os horários correlato estabelecidos pela legislação em vigor.

O Docente de Enfermagem e a sua atuação dentro da Universidade moderna

A atuação ampla do professor universitário, participando de tôdas as atividades relacionadas com sua especialidade, implica numa atitude de liderança em todos os serviços da comunidade.

O docente de enfermagem não poderá deixar a grande oportunidade que se lhe depara de sua atuação objetiva na seleção dos muitos problemas comunitários, já de muito sentidos através dos contatos enfermagem-comunidade.

Agora, porém, tais problemas deverão ser levantados com segurança, espírito científico e objetividade pelos professôres de enfermagem, face a grande responsabilidade na manutenção do "status" que lhe foi atribuído dentro da Universidade. Assim sendo tentaremos relacionar algumas atribuições que nos parecem atender a filosofia da universidade moderna:

Professor titular (Catedrático ou Regente)

1) participar de todos os órgãos colegiados da universidade no período regimental outorgado por eleição de seus pares (Conselho Universitário, Câmara de Ensino e Pesquisa);

2) participar de todos os colegiados da Escola (congregação, Conselho Departamental, Departamento);

3) participar de todos os colegiados da Unidades Hospitalares e Sanitárias onde estiverem os campos clínicos correlacionados às cadeiras (Departamento Hospitalar segundo a especialidade);

4) assessorar nos problemas de enfermagem colaborando nos programas de treinamento e educação em serviço da especialidade correspondente à sua cadeira;

5) planejar e dirigir o programa do curso, integrando-o no campo clínico através de assistente e de auxiliar de ensino;

6) planejar tôdas as atividades no campo clínico através de reuniões com chefes do Departamento e equipe de assistência;

7) processar a avaliação da aprendizagem levando em consideração todos os aspectos da mesma;

8) participar junto à comunidade de todos os movimentos que tiverem por objetivo a educação sanitária e a valorização da profissão de enfermagem.

Assistente de Ensino Superior:

1) participar das reuniões do Departamento para conhecer as diretrizes da cadeira;

2) substituir o professor nos seus impedimentos;

3) colaborar no planejamento e execução do programa da cadeira;

4) dirigir a atividade no campo clínico, zelando pela manutenção das rotinas elaboradas de comum acôrdo com o professor titular;

5) colaborar com o auxiliar de ensino no campo clínico;

6) participar do processo de avaliação dos estudantes e da assistência dada aos pacientes, contribuindo para uma formulação mais equânime dos conceitos emitidos.

Auxiliar de Ensino Superior

1) participar das reuniões do Departamento para conhecer as diretrizes da cadeira;

2) substituir o professor nos seus impedimentos;

3) colaborar no planejamento e execução do programa da cadeira;

4) dirigir a atividade no campo clínico, zelando pela manutenção das rotinas elaboradas de comum acôrdo com o professor titular;

5) colaborar com o auxiliar de ensino no campo clínico;

6) participar do processo de avaliação dos estudantes e da assistência dada aos pacientes, contribuindo para uma formulação mais equânime dos conceitos emitidos.

Auxiliar de Ensino Superior

1) participar das reuniões do Departamento para conhecer as diretrizes da cadeira;

2) dar assistência direta às alunas no campo clínico;

3) demonstrar as técnicas que forem possíveis no campo;

4) zelar pelo bom padrão dos cuidados de enfermagem, solicitando tôdas as providências que se fizerem necessárias à assistente da cadeira;

5) participar do processo de avaliação, contribuindo para uma formulação mais equânime dos conceitos emitidos.

Seleção do Pessoal de Ensino de Enfermagem em nível superior

Num seminário realizado por Escolas de Enfermagem da América Latina e publicado pela Organização Mundial da Saúde, encontra-se definido o problema nos seguintes têrmos: "a boa seleção implica n'uma clara definição das atividades essenciais e das funções de cada um dos seus membros, unto à qualificação que o cargo exige", e, são citados:

a) educação prévia — nível secundário;

b) preparação profisional — nível superior;

c) estudos especiais para docência, com ênfase na área da especialidade a ser ministrada;

d) experiência profissional de não menos de dois anos;

e) qualidades pessoais específicas (interêsse pela docência, personalidade equilibrada, capacidade de liderar e inspirar a outros o natural respeito e simpatia, habilidade para comunicar-se, espírito de luta e de investigação e pesquisa).

Se acrescentarmos estas às responsabilidades que já relatamos neste trabalho, nos veremos em contingências bastante precárias, pois enfermeiras para funções técnicas já se constituem em um "deficit" bastante comentado; não seria pois fácil obter pessoal em número suficiente com a qualidade desejada para funções de magistério.

O provimento do pessoal docente de nível superior também está regulamentado pelo Estatuto de Magistério Superior, que o coloca no cargo inicial de auxiliar de ensino superior, em caráter probatório, sujeito à legislação trabalhista, por dois anos, e reconduzindo mediante proposta aprovada pela Congregação ou Colegiado equivalente. Os demais cargos de assistente, docente livre e catedráticos serão providos através de concurso público de títulos e provas.

O provimento vem se tornando cada vez mais complexo e chegamos a ter vagas para preenchimento sem profisisonais para ocupá-las. Esta situação não é só na nossa área, pois, em algumas outras unidades universitárias onde foram abertas inscrições para concurso de catedrático e assistentes, êstes não se realizaram pela falta de candidatos. Alguns diretores em reunião do Conselho Universitário declararam que com os salários atuais a crise no magistério superior é muito séria.

Não seria, a nosso ver, esta a justificativa para a enfermagem. Sentimos que o problema salarial ainda perde terreno para o idealismo que a enfermagem desperta no elemento feminino. Todavia, outros fatôres afastam as enfermeiras do magistério de enfermagem.

Não nos deteremos em sua análise para não nos desviarmos dos objetivos dêste trabalho. Todavia, uma pesquisa sôbre assunto, na atualidade, nos parece útil.

PADRÕES MÍNIMOS EXIGIDOS NO CAMPO CLÍNICO COM FINS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Temos observado que nem sempre se obtém o êxito desejado neste setor; assim, enumeramos o que consideramos como condições básicas para que os objetivos dos programas traçados sejam atingidos:

1) liderança técnica e administrativa do docente da especialidade no campo clínico;

2) equipamento e material mínimo necessário para as atividades discentes, sem fugir ao nível econômico assistencial do país;

3) participação ativa da equipe de ensino em todos os problemas que digam respeito à sua especialidade no contexto médico, hospitalar ou sanitário regional;

4) participação através convênios junto às instituições da comunidade (oficiais e privadas) que possam oferecer recursos materiais para um bom campo clínico em troca de melhor assistência técnica;

5) que o paciente não seja visto apenas em função das necessidades de ensino, mas que se procure ajustar sua necessidade de assistência a êste, contribuindo para uma conceituação ética considerada e fundamental na assistência médico social.

CONCLUSÕES

As responsabilidades do docente no campo clínico estão englobadas em dois ítens:

a) liderança de sua especialidade em todos os setores da vida universitária e por conseguinte na comunidade;

b) participação ativa junto as setores administrativo e técnico-profisional das instituições de ensino, com a finalidade de conseguir os meios necessários para um bom padrão de cuidados de enfermagem praticados pelo estudante, como garantia de boa formação profissional.

O ensino de enfermagem deverá ser realizado através de uma equipe de cujo entrosamento dependerá o êxito dos objetivos do ensino no campo clínico.

A seleção do pessoal constitui-se em problema bastante sério nas circunstâncias atuais da enfermagem e para o seu aperfeiçoamento nos parece que sòmente à direção das escolas caberá incentivar ao máximo o pessoal docente, facilitando freqüência a cursos, visitas a outras organizações e exigindo do mesmo o comparecimento a tôdas as reuniões que visem esclarecer ou ampliar conhecimentos.

A educação profissional de enfermeiro depende bàsicamente de uma boa organização técnico-administrativa que lhe dê uma noção exata dos problemas assistenciais brasileiros e para os quais o estudante deve ser chamado a fim de prestar colaboração efetiva na solução dos mesmos.

A Escola de Enfermagem deverá no contexto Universitário exercer o seu direito de autonomia nos problemas que afetam o ensino profissional superior, em igualdade de condições com os demais profissionais universitários.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, LEIS E DECRETOS — Decreto-Lei n.º 4631 de 6/12/65 — Dispõe sôbre estatuto do magistério superior.

BRASIL, LEIS E DECRETOS — Decreto-Lei n.º 59 656 de 6/12/66 — Dispõe sôbre tempo integral para pessoal do magistério superior.

BRASIL, LEIS E DECRETOS — Decreto-Lei n.º 53 de 21/2/66 — Dispõe sôbre reforma universitária.

BRASIL, LEIS E DECRETOS — Decreto-Lei n.º 62 414 de 15/3/68 — Dispõe sôbre reestruturação da universidade federal do estado do Rio de Janeiro.

HEIDGERKEN, L. E. — Enseñanza em las escuelas de enfermeria. México, Prensa Médica Mexicana, 1962.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — Guia para escuelas de enfemeria en la America Latina. E.U.A. Washington, 1961. (Publicaciones cientificas n.º 55).

RIO DE JANEIRO, UNIVERSIDADE FEDERAL — Universidade e comunidade. Ano II, n.º 6, 1966.

ESTUDO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM EM QUATRO UNIDADES DE UM HOSPITAL GOVERNAMENTAL

Célia Ferreira Santos *
Maria Aparecida Minzoni **

Parte A — Finalidades e Técnicas

I Finalidades

Os autores do presente estudo tem suas funções em uma Escola de Enfermagem que usa como campo de ensino para suas alunas um Hospital-Escola. Êste tem 300 leitos, distribuídos em 13 unidades de enfermagem, que se localizam em 4 andares (de um edifício de 7, dos quais as enfermeiras ocupam do 1.º ao 4.º inclusive). Êstes 300 leitos mais o ambulatório são atendidos em suas necessidades de enfermagem por enfermeiras, auxiliares de enfermagem e atendentes.

De nosso convívio com os problemas hospitalares sabemos de queixas constantes referentes à escassez de pessoal, a qual seria responsável por um serviço de enfermagem deficiente. A essa escassez é atribuída a necessidade das enfermeiras delegarem a pessoas de formação profissional inferior muitas das tarefas que lhes competem. Sabemos que êste problema não é característico dêste hospital, nem da realidade brasileira e que países muito mais avançados que o Brasil tem-se defrontado com situação semelhante.

Um estudo realizado pela Divisão de Recursos de Enfermagem sob a direção de M. G. Arnstein (1) despertou nosso interêsse para realização de trabalho semelhante, no sentido de verificar as reais condições de enfermagem do hospital onde trabalhamos. Nossa finalidade foi investigar como está sendo distribuído o "trabalho de enfermagem" no hospital para podermos responder às seguintes indagações:

1.º) se as diferentes categorias de pessoal de enfermagem estão

---

* Professôra da Cadeira de Psicologia e Sociologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, U. S. P.
** Instrutora junto à Cadeira de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto, U. S. P.

(1) ARNSTEIN, Margaret G. — How to study nursing activities in a patient unit. U. S. Department of Health, Education and Welfare. Publ. n.º 370, Washington, 1954.

executando as tarefas que, de acôrdo com sua formação, "deveveriam" estar fazendo;

2.º) qual a percentagem de tempo médio que cada categoria de pessoal de enfermagem e secretaria fica ausente da unidade onde trabalha;

3.º) quais as áreas de atividades predominantes nos períodos da manhã e tarde, em cada categoria de pessoal e em cada unidade;

4.º) qual a percentagem de tempo gasto por categoria de pessoal em cuidados diretos e indiretos, por área, turno e unidade;

5.º) se o tempo disponível para cuidados de enfermagem, por categoria e por paciente, está sendo usado, realmente, em atividades ligadas ao paciente ou em outros tipos de atividades;

6.º) qual a categoria de pesosal que dá mais cuidados diretos de enfermagem ao paciente;

7.º) se em suas funções as secretárias de clínicas estão executando atividades pertencentes à equipe de enfermagem.

Os resultados do presente trabalho permitiram:

1) sugerir uma distribuição das diferentes tarefas pelos membros da equipe de enfermagem, de forma a permitir às enfermeiras dispender mais tempo à cabeceira dos pacientes;

2) avaliar as reais necessidades do pessoal de enfermagem do hospital em foco;

3) proporcionar melhor compreensão, por parte de todo o pessoal do hospital, daquilo que faz o pessoal de enfermagem;

4) sugerir medidas que poderão melhorar o atendimento ao paciente.

II Técnicas

Como método de observação da realidade hospitalar optamos pela observação intermitente de todos os elementos que trabalham em enfermagem, numa unidade, durante 5 dias consecutivos.

1 — Definição de têrmos

1.1 **TTrabalho de Enfermagem** — inclui tôdas as atividades executadas pelo pessoal de enfermagem, atividades estas que foram classificadas em áreas.

1.2 **Área** — se refere à qualidade e tipo de trabalho executado **com** o paciente ou **para** o paciente e atividades de natureza pessoal. As áreas foram classificadas em 7, a saber: doméstica, básica, técnica, de organização, de comunicação, de natureza particular e ausência da unidade.

1.2.1 **Doméstica** — nesta área foram incluídas as atividades que existem num hospital, da mesma forma que existem em qualquer habitação. Ex.: limpeza, ordem.

1.2.2 **Básica** — inclui as atividades executadas **com** ou **para** o paciente pelo fato de êle ser uma pessoa com necessidades básicas para sua sobrevivênvia. **Ex.**: alimentação, higiene.

1.2.3. **Técnica** — inclui as atividades executadas para o ser humano pelo fato de êle estar doente. **Ex.**: medicação, enteroclisma.

1.2.4 **Organização** — inclui as atividades necessárias à administração e ao bom funcionamento das unidades ou do hospital. **Ex.**: distribuição de serviço, orgnização de papeletas, arquivos.

1.2.5 **Comunicação** — são as atividades necessárias ao bom entrosamento da equipe de enfermagem com o paciente e com as demais pessoas do hospital, visando o bom funcionamento da instituição. **Ex.**: pedidos de exame, resultados de consultas, conversa com o paciente, recreação do paciente.

1.2.6 **De natureza particular** — refere-se às atividades que não podem ser ligadas às necessidades da instituição, foi incluído em natureza particular o tempo desocupado dos diferentes membros da equipe deenfermagem. **Ex.**: estar parada ou andando sem que se consiga ligar êste compartimento à execução de alguma tarefa; tempo gasto em refeições ou uso de sanitário.

1.2.7 **Ausência** — foi registrado como ausente todo o funcionário que constava da escala daquele dia e turno e não localizado na sua unidade de serviço dentro do período observado. Procuramos distinguir as ausências por necessidade de serviço das ausências que não puderam ser identificadas como necessárias.

1.3 **Categoria** — Em nosso estudo o pessoal de enfermagem foi classificado em 4 categorias: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, atendente e secretária.

1.3.1 **Enfermeiro** — a) "profissionais diplomados por escolas oficiais ou reconhecidos; b) os profissionais que, sendo diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis de seu país, se habilitam frente a uma banca examinadora competente ou foram contratados pela Administrapção Federal ou Estadual". (Dec. 20 109, 1946, art. 1.º) (2).

1.3.2 **Auxiliar de Enfermagem** — São os portadores de certificado de auxiliar de enfermagem conferidos por escola reconhecida, nos têrmos da lei: portaria 106 de 28 de abril de 1965 que regulamenta o ensino de auxiliar de enfermagem pelo Sistema Federal de Ensino. (3).

1.3.3 **Atendente** — É uma categoria de pessoal da qual se exige apenas que saiba ler e escrever e que pode ter recebido, ou não, treinamento em serviço.

1.3.4 **Secretária** — É a pessoa que se submeteu a prova de escolaridade do nível de escriturária; não é treinada em enfermagem mas orientada na rotina da unidade e de como fazer o serviço burocrático.

---

(2) Enfermagem, Leis, Decretos e Portarias. Pub. do S.E.S.P, 1959, pág. 57.
(3) Diário Oficial da União em 10 de maio de 1965.

1.4 **Distribuição das atividades pelos níveis**

Da mesma forma que distinguimos áreas diferentes às quais pertencem as diversas atividades de enfermagem, distinguimos distintos níveis de dificuldades inerentes à execução dessas atividades. Por isto, elas foram distribuídas nos diversos níveis, de acôrdo com o que acreditamos que cada categoria de pessoal pode estar fazendo.

Essa distribuição foi feita levando em consideração a diferença de preparo, de habilidades e graus de responsabilidade requeridos para a execução de cada tarefa.

A classificação das atividades foi feita segundo pontos de vista dos autores e tendo como paradigma um serviço ideal de enfermagem. Ela pode ser, por muitos, considerada utópica e, nós os autores, temos bem presente que ainda está longe o dia em que um número suficiente de enfermeiras e auxiliares permitirá seja seguida. Julgamos importante, entretanto, manter em ponto alto nosso nível de aspiração, para não cair na falha de, por necessidade, permitir tanta delegação de funções, que a enfermeira termine por delegar mais do que na realidade deveria ou precisaria fazê-lo.

2. **Descrição da técnica**

2.1 **Preparo do campo**

O preparo do trabalho incluiu primeiramente uma conversa com a Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas à qual expusemos nosso plano e de quem solicitamos permissão para realizá-lo, apoio e colaboração.

Com seu assentimento foi combinada uma reunião com as enfermeiras do hospital. Nesta reunião tiveram conhecimento do trabalho e de suas finalidades e encareceu-se a necessidade de colaboração de todos os membros da equipe de enfermagem; foi explicada a necessidade de identificação para o registro das atividades de cada membro de serviço e solicitado que durante os 5 dias de observação todos usassem braçadeiras que facilitassem a identificação. Essas braçadeiras não visaram identificar a pessoa mas a categoria do funcionário e através de números permitia que cada funcionário fôsse observado uma só vez dentro de cada período de 15 minutos. Para isto, a seção de costura do hospital confeccionou faixas com dizeres: E1, E2, E3, ... etc; AT1, AT2, ... etc; S1, S2 .... etc.

Afim de nos familiarizar com a técnica de observação e anotação, durante 4 dias pusemos em prova nosso instrumento de coleta de dados nas diferentes unidades de enfermagem. Isto serviu para que pudessemos discutir as dificuldades encontradas, padronizar as anotações e calcular o número de pessoas que cada observador consegue ter sob seu contrôle, num período de 15 minutos.

2.2 Escolha dos observadores

Pelas finalidades do presente trabalho, o hospital deveria ser observado nas horas de atividade mais intensa. Optamos pela observação entre 7 e 19 horas, período que cobre as atividades diurnas do hospital. Teria sido preferível estendê-la por um espaço de tempo mais longo, mas dificuldades na obtenção de maior número de observadores obrigou-nos a restringir êste tempo.

A maior dificuldade sentida para realização do trabalho foi encontrar observadores. Utilizar as próprias enfermeiras do hospital era impraticável, primeiramente pela sua escassez e em segundo lugar pelo seu envolvimento na situação presente do hospital, pois têm funções em tôdas suas unidades, dependendo da escala. Isto prejudicaria a objetividade necessária à observação. Resolvemos utilizar estudantes que iniciavam o 2.º ano de Escola de Enfermagem, já familiarizados com algumas tarefas, com a área física do oHspital, sem estarem ainda envolvidas por seu problemas. Contamos com a compreensão e colaboração das professôras do 2.º ano que nos permitiram utilizar os alunos nos primeiros 10 dias de estágio hospitalar.

2.3 Escolha das unidades observadas

Das 13 unidades existentes no Hospital das Clínicas, 4 foram inicialmente excluídas por serem unidades fechadas, com equipe de enfermagem própria e em condições diferentes das demais. Foram elas: Berçário, Centro de Recuperação, Moléstias infecciosas e Centro Cirúrgico.

Restavam-nos 9 unidades para observar. De acôrdo com a recomendação do trabalho de Arnstein (1), havendo entre 5 e 9 unidades, deveríamos observar 5. Para isto teríamos necessidade de 4 observadores a mais do que dispunhamos e fomos obrigadas a eliminar uma unidade. Poderíamos ter feito um sorteio casual e trabalhar com as 4 unidades sorteadas. Como as unidades não têm o mesmo número de leitos, resolvemos não realizar o sorteio ainda que isto invalide nossos resultados quanto às conclusões gerais sôbre o hospital. Preferimos escolher as 4 maiores unidades e tirar conclusões sôbre o serviço de enfermagem em **cada uma** dessas unidades. As unidades selecionadas foram: Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Médica.

2.4 Escala dos períodos de observação

Os 17 observadores de que dispúnhamos foram distribuídos pelas 4 unidades conforme o Quadro I. Algumas explicações são necessárias:

1.º) O pessoal de enfermagem que trabalha no período da manhã faz um horário de 7 e 16 horas e o pessoal de plantão da tarde tra-

(1) op. citado.

balha entre 13 e 21 horas. Isto significa que entre 13 e 16 horas tínhamos em cada unidade o dôbro de pessoal a ser observado, e tornou-se necessário 2 observadores. A fim de evitar confusão deixamos um observador seguindo o pessoal da manhã e outro observador, entrando às 13 horas, seguindo o pessoal da tarde. Outro observador, que entrava às 15 horas recebia o pessoal de manhã para observar até as 16 horas e nesta hora passava a observar o pessoal da tarde.

2.º) Dispúnhamos de um elemento a mais que funcionou como elemento volante (observador 17), auxiliando as clínicas de maior número de pessoas ou de maior espaço físico, de modo a permitir relativos descansos aos demais observadores que, se muito cansados, teriam suas observações prejudicadas.

QUADRO I — Horário e local dos observadores durante os dias de realização de trabalho

Unid. Médica Dias 2.ª a 6.ª feira	Obs. 1 7-11 (M)	Obs. 2 11-15 (M)	Obs. 3 13-16 (T)	Obs. 4 15-16 (M) 16-19 (T)
Unid. Cirúrgica Dias 2.ª a 6.ª feira	Obs. 5 7-11 (M)	Obs. 6 11-15 (M)	Obs. 7 13-16 (T)	Obs. 8 15-16 (M) 16-19 (T)
Unid. Pediátrica Dias 2.ª a 6.ª feira	Obs. 9 7-11 (M)	Obs. 10 11-15 (M)	Obs. 11 13-16 (T)	Obs. 12 15-16 (M) 16-19 (T)
Unid. Obstétrica Dias 2.ª a 6.ª feira	Obs. 13 7-11 (M)	Obs. 14 11-15 (T)	Obs. 15 13-16 (T)	Obs. 16 15-16 (M) 16-19 (T)

Observador 17

2.ª feira	— Unidade Pediátrica	— 7-11
3.ª feira	— Unidade Pediátrica	— 7-9
	Unidade Obstétrica	— 9-11
4.ª feira	— Unidade Obstétrica	— 7-9
	Unidade Cirúrgica	— 9-11
5.ª feira	— Unidade Obstétrica	— 7-9
	Unidade Médica	— 9-11
6.ª feira	— Unidade Obstétrica	— 7-9
	Unidade Médica	— 9-11

Nota: — 7-11 = 7:00 — 11:00 horas, etc.
M = observa equipe da manhã
T = observa equipe da tarde
Obs. = observador

Na fase de tabulação dos dados foram considerados dois períodos Manhã, das 7 às 13 horas e Tarde, das 13 às 19 horas.

2.5 **Técnica de Observação**

Os 3 dias iniciais de contato com os alunos-observadores foram utilizados para treinamento das técnicas a serem adotadas. Na 1.ª reunião foi feita exposição sôbre as finalidades de trabalho, a razão da escolha dos alunos como observadores e foi sublinhada a necessidade de ampla colaboração e senso de responsabilidade.

Como motivação para o bom desempenho dos alunos mostramos a oportunidade que estavam tendo de participar desde o início no planejamento e execução de um trabalho de pesquisa, além da iniciação nos conhecimentos de administração em enfermagem. Esta matéria alunos de séries mais adiantadas haviam dito dever ser introduzida mais cedo no currículo de enfermagem (atualmente é cadeira de 3.º ano).

Nesta 1.ª reunião os alunos já receberam cópias dos impressos que iriam utilizar e foram dadas instruções sôbre técnicas de observação.

As instruções dadas foram, sumàriamente, as seguintes:

1 — cada aluno deverá observar todo o pessoal de enfermagem existente naquela unidade, naquele horário (não mais de 10 para cada observador);

2 — as observações deverão ser feitas dentro de períodos de 15 minutos;

3 — em cada período a observação deverá ser iniciada em pontos diferentes da unidade;

4 — o observador deve anotar as pessoas que fôr encontrando e que estão fazendo, sem se preocupar em procurá-las pela ordem numérica escrita nas braçadeiras;

5 — percorrida tôda a unidade deverá procurar saber se todos os funcionários foram encontrados. Se dentro dêsses 15 minutos algum não for localizado, êste funcionário é considerado ausente;

6 — terminado o período de 15 minutos, inicia-se nova observação completa de todos os funcionários. Cada funcionário é anotado uma só vez dentro de cada período de 15 minutos;

7 — se um funcionário estiver ausente durante um ou mais períodos, o observador, quando o localizar novamente ,deverá perguntar-lhe ondeestêve e registrar;

8 — observar sem interferir no trabalho que observa;

9 — anotar a ação que vê sendo realizada pelo funcionário;

10 — quando tiver dúvidas sôbre o que estiver sendo feito, perguntar à pesosas observada;

11 — não trabalhar com o paciente.

2.6 **Técnica de anotação**

Para registro das observações confeccionamos fôlhas especiais (Anexo I). O cabeçalho permite identificar o observador, o local de observação, dia, hora e turno. No nosso caso tivemos 4 turnos para efeito de observação: 1.º) 7-11 horas; 2.º) 11-15 horas; 3.º) 13-15 horas e 4.º) 15-19 horas. Êste último foi subdividido em 4a) 15-16 horas e 4b) 16-19 horas. Esta subdivisão se tornou necessária pelos problemas já mencionados de substituição de plantão de enfermeiras.

Na coluna B do Anexo I o observador deverá pôr o nível da pessoa observada e o seu número de identificação. **Ex**: E1, AT6 etc.

Na coluna C deverá escrever o código correspondente à tarefa que vê sendo realizada. (Os códigos encontram-se em rodapé do Anexo I). Dentro das áreas 2, 3 e 5, deverá ser anotado se a tarefa era feita direta ou indiretamente com o paciente. Direta se é técnica executada **com** o paciente ou na presença do paciente. **Ex.**: dar medicação. Código 31. Indireta se é a tarefa realizada **para** o paciente mas não **com** êle ou em sua presença. **Ex.**: preparar medicação. Código: 32. Também foram codificados como indiretas as atividades ligadas à execução de uma técnica. **Ex.**: lavar as mãos, transportar material para executá-la etc.

Uma lista de atividades consideradas por nós, segundo nossa classificação ideal, como pertencentes aos diferentes níveis foi distribuída pelos observadores, com as respectivas áreas e códigos de cada atividade (Anexo II).

Na coluna D, ainda do Anexo I, deverá escrever a sigla do nível da pessoa que **deveria** estar realizando aquela tarefa.

A coluna E é uma descrição suscinta do que o observador estava vendo ser executado.

O Anexo III mostra um exemplo de fôlha preenchida.

O serviçal e os alunos de enfermagem não eram observados pelos alunos-observadores. As tarefas de serviçal foram especificadas em nossas fôlhas de atividades apenas para que os observadores pudessem registrar quando os atendentes estavam executando tarefas não pertencentes ao serviço de enfermagem.

Os observadores e os autores se reuniam diàriamente a fim de dirimir dúvidas e padronizar as codificações.

III — Dificuldades encontradas durante a realização do trabalho

Os dias de treinamento prévio dos observadores foi muito útil para que êles se familiarizassem mais com o Hospital e com suas tarefas de observação. Notou-se que neste treinamento faziam muitas perguntas ao pessoal das Clínicas. Foi reforçada a instrução de observar mais, seguindo o funcionário e reduzir ao mínimo as perguntas. Quando o trabalho foi realmente iniciado isto foi conseguido e passaram a indagar quase que apenas para pedir explicações das ausências.

Uma dificuldade encontrada foi a resistência por parte de alguns funcionários par o uso das faixas. Estas eram distribuídas diàriamente pelas enfermeiras, na passagem de plantão. Algumas (poucas) fizeram objeções ao seu uso, mais isto não prejudicou o trabalho porquanto os observadores indentificaram as pessoas e conseguiram continuar seguindo-as com um número que a elas atribuiam (o da faixa que ficara na gaveta).

Nas reuniões de codificação verificamos que algumas tarefas não haviam sido previstas e estas foram introduzidas em nossas fôlhas de atividades.

Algumas atividades permitiam dupla interpretação e convencionamos então um critério padrão. Ex.: anotação em papeleta: é uma forma de comunicação. Entretanto, anotar em papeleta uma medicação é continuação da técnica de medicação. No caso do exemplo, anotações em papeleta de medicação recebe código 32; entretanto, quando se fizesse registrar uma observação sôbre o estado do paciente, isto seria classificado como Comunicação e codificado em 52.

PARTE B —APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta segunda parte do trabalho serão expostos os dados obtidos para cada categoria, fazendo-se uma estudo das atividades conforme a seguinte ordem de problemas:

a) análise do tempo dispendido em atividades do seu nível, de outros níveis e em ausências;

b) análise do tipo de cuidados dados aos pacientes e de acôrdo com as áreas predominantes;

c) número médio de horas de cuidado de enfermagem possível e realmente dados aos pacientes, por unidade e categoria de pessoal;

d) comparação do tipo de atividade desempenhada por categoria, principalmente tentando-se saber aquela que dava mais cuidados de enfermagem direta ao paciente.

I — ENFERMEIRO

Tempo dispendido pela enfermeira em atividades, segundo o nível e análise das ausências

Os dados obtidos quanto ao nível de atividades a que se dedicam e a ausência da unidade vão expostos no Quadro II.

Para interpretação dêste quadro queremos ressaltar que as atividades em nível de secretária, que estão entre parênteses, não devem ser somadas, pois já estão incluídos no "Total — outros níveis". Colocamos em destaque apenas para sublinhar que o nível "não próprio' em que a enfermeira mais trabalha é o nível de secretária.

QUADRO II — Percentagem de tempo gasto pela enfermeira em atividade de enfermagem de seu próprio nível, de outros níveis e em ausências da unidade.

Ausências — Atividades de Enfermagem	Unidade	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica	
	Turno	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)
	Próprio nível	49,7	25,5	65,6	39,0	75,7	35,8	51,4	14,8
	(Secretaria)	(14,5)	(6,1)	(6,6)	(0,8)	(5,8)	(25,0)	(2,5)	(0,8)
	TOTAL								
	Outrdos níveis (inclusive Secretária)	15,1	7,5	11,5	11,5	10,6	26,7	9,8	0,8
	TOTAL	64,8	33,0	77,1	50,5	86,3	62,5	61,2	15,6
	Particulares	13,2	7,8	13,4	20,8	11,7	15,8	11,7	3,3
	Não identificadas	9,7	54,0	3,3	10,8	0	16,7	5,0	43,3
	A serviço em outros locais	11,8	4,7	5,8	17,5	1,7	5,0	21,7	37,5
	TOTAL	34,7	66,5	22,5	49,1	13,4	37,5	38,4	84,1

M — manhã (7-13 horas) **T — tarde (13-19 horas)**

Do exame comparativo das 4 unidades observamos que em tôdas elas, no período da manhã, a enfermeira está executando principalmente atividades de seu próprio nível. Nota-se, entretanto, que nas unidades médica e pediátrica ela está ausente muito mais tempo que nas enfermarias das unidades ciúrgica e obstétrica.

No período da tarde a percentagem de tempo gasto em atividades de seu nível nas clínicas observadas durante o trabalho, cai muito. Para entender esta queda de produção devemos lembrar que neste turno (a partir das 15 horas) cada enfermeira é responsável por mais de uma unidade.

Pelo quadro III vemos o número de pacientes sob a responsabilidade de cada enfermeira nos plantões da manhã e da tarde. Os números são, em si, já bastante expressivos do acréscimo dessa responsabilidade.

QUADRO III — N.º de pacientes, por unidade, por dia e por turno, sob a responsabilidade de uma enfermeira

Turno	Dias	13	14	15	16	17	Total semana	
	Unidades						Total unidades	Só as observadas
Manhã	Cl. Médica (inclusive M. I.)	93*	65	67	65	67	357	262
	Cl. Cirúrgica (inclusive Oft.)	61	63	63	62	63	312	258
	Cl. Pediátrica (inclusive Be)	67	70	69	70	80	356	224
Tarde	Cl. Obstétrica (inclusive N)	55	53	50	55	55	268	224
	Cl. Médica e Cl. Cirúrgica (incluindo M. I. e Oft.)	118	128	130	127	130	633	520
	Cl. Obstétrica e Cl. Pediátrica (incluindo N, D, Be, Ort.)	158	160	159	171	175	823	448

* No dia 13 etavam também sob a responsabilidade da enfermeira as Unidades de Ortopedia e Dermatologia e os leitos de N do 1.º and.

Nota: N — Neurologia; Be — Berçário; Obst — Obstetrícia e Ginecologia; D — Dermatologia; MI — Moléstia Infecciosa; Oft — Oftalmologia; Pe — Pediatria; Me — Médica; C — Cirúrgica; Ort. Ortopedia.

Como a enfermeira fica responsável por muitos pacientes resulta serem as clínicas "mais calmas" as mais sacrificadas pois nestas as enfermeiras ficam ausentes muito mais tempo: 66,5% da unidade médica contra 49,1% da cirúrgica; 84,1% da pediátrica contra 37,5% da obstétrica.

Nos dois turnos e em tôdas as unidades o tempo que a enfermeira passa ausente é bastante elevado. No período da tarde essa ausência pode ser explicada em razão dela ser a responsável por mais de uma unidade, como foi visto pelo quadro III. A conclusão a que chegamos é que a enfermeira gasta muito de seu tempo em ausências das unidades observadas.

Em tôdas as unidades observadas é grande o número de horas dispendido pela enfermeira em atividades do nível de secretária, sendo especialmente surpreendente os altos valôres alcançados no turno da tarde na clínica obstétrica, e da manhã, na clínica médica.

Tempo dispendido pela enfermeira em cuidados diretos, indiretos e mistos

Como é muito comentado o pouco tempo que as enfermeiras têm para dispensar cuidados diretos ao paciente, interessou-nos investigar que tipo de cuidado ela dá ao paciente. Os resultados obtidos acham-se no Quadro IV.

QUADRO IV — Tempo, em percentagem, gasto pela enfermeira em cuidados diretos, indiretos e mistos, por turno, por unidade

Turno	Unidade Atividade	Médica (%)	Cirúrgica (%)	Obstétrica (%)	Pediátrica (%)
Manhã	Cuidados diretos	11,0	17,4	9,9	17,4
	Cuidados indiretos	39,5	44,1	39,1	25,8
	Mistos	14,5	15,8	37,4	18,2
	Ausências	34,7	22,5	13,4	38,4
	TOTAL	99,7	99,8	99,8	99,9
Tarde	Cuidados diretos	3,9	4,1	8,2	2,4
	Cuidados indiretos	22,6	35,8	49,1	11,6
	Mistos	7.0	10.8	5,0	1,6
	Ausências	66,5	49,1	37,5	84,1
	TOTAL	100,0	99,0	99,8	99,9

Os comentários referentes às altas percentagens de "ausências" já foram feitos. Queremos agora comparar os cuidados diretos e indiretos dados ao paciente. Foi uma constante, nas quatro unidades observadas, a elevada percentagem de tempo gasto em atividades longe do paciente e a baixa percentagem de tempo dispendido em atividades diretas.

No período da manhã as enfermeiras se dedicam mais às atividades diretas que no período da tarde. Os valôres diferenciais foram sempre elevados, exceto para a clínica obstétrica, onde a queda foi de apenas 1,7% (9,9% manhã e 8,2% tarde). Por outro lado esta clínica é aquela onde a enfermeira dá a menor percentagem de seu tempo em cuidados diretos.

O tempo dedicado às atividades indiretas caem no turno da tarde, nas três clínicas (médica, cirúrgica, pediátrica) e se eleva na clínica obstétrica de 10% (39,1% de manhã, 49,1% tarde). Observa-se que nas unidades pediátricas e obstétrica, onde a enfermeira é responsável por ambas as clínicas, ela fica muito mais tempo na segunda que na primeira e na obstétrica se dedica principalmente às atividades indiretas.

Comparando-se os resultados em geral, para as quatro clínicas, vemos que além de muito ausentes das suas unidades, quando presentes, as enfermeiras se dedicam muito mais às atividade slonge do paciente.

Atividades indiretas — Manhã — Os valôres mais elevados* são os das percentagens de tempo dedicados à organização em tôdas as unidades observadas.

As atividades relativas à área básica têm percentagem nula em tôdas as clínicas. Em 3 unidades a percentagem de tempo da área técnica é inferior a 7% e sòmente na clínica médica a percentagem atinge 15,2%.

Tarde — Na área básica a percentagem é nula para tôdas as clínicas. A área técnica tem baixos valôres e nas tarefas de organização êles são elevados.

Atividades diretas — Manhã — As mais baixas percentagens são as relativas às áreas de comunicação com o paciente (atingindo o valor de zero na obstetrícia); segue-se com valôres também pequenos, a área básica. As atividades diretas são executadas principalmente na área técnica.

Tarde — No turno da tarde os valôres referentes a tôdas as áreas caem, atingindo percentagens muito baixas. A área técnica, de percentagens mais altas, atinge apenas os valôres seguintes: médica 2,3%; cirúrgica 2,5%; obstétrica 6,6% e pediátrica 0,8%.

A conclusão geral que tiramos da observação do quadro IV e Tabela Analítica I é que as enfermeiras trabalham predominante-

---

* Os valôres de cada área em cada unidade podem ser observados na Tabela analítica I, na apêndice (Anexo IV).

mente em atividades indiretas; nestas, os valôres da área de organização são os mais altos em tôdas as unidades e turnos. Recebem valôres mínimos as atividades da área básica e baixos as da área técnica. Nas atividades diretas os valôres mas altos são os da área técnica, em ambos os turnos, sendo menores os valôres do turno da tarde.

N.º médio de horas de cuidados de enfermagem possível e realmente dados, por paciente e por unidade

A tabela analítica II (Anexo V) mostra com detalhes os dados referentes a essas variáveis, por unidade e por pessoal observado.

Vemos que o "tempo possível" a dispender com cada paciente é muito baixo. Na clínica médica, por exemplo, no período da manhã, a enfermeira tem 8,22 minutos para ser usado com a paciente. Se êsse valor já é muito baixo, o que realmente dispende com o paciente é 0,9 minutos de trabalho direto e 2,46 minutos de trabalho indireto.

A tabela mostra que o paciente está realmente recebendo muito pouco cuidado de enfermagem, da enfermeira. O pouco tempo possível que as enfermeiras têm está sendo dispendido principalmente em atividades de organização que aparecem sempre com valôres elevados.

Sabemos que no turno da tarde a sobrecarga da enfermeira é muito grande, pois fica responsável por muitos leitos, conforme mostrou o quadro III. Com isto aumentam suas atividades de organização e quase todo o seu tempo é dispendido nesta área, em qualquer clínica que esteja.

Fizemos uma análise conjunta, para as quatro unidades, do tempo médio (em percentagem) gasto em cuidados dados aos pacientes e em atividades de organização somadas às ausências. Encontramos os valôres que estão no Quadro VI.

QUADRO VI

Atividades Turno	Cuidados dados aos pacientes (%)	Atividades de organização + Ausências (%)
Manhã	40,3	59,7
Tarde	12,6	87,4

Vemos, como afirmamos, que do pouco tempo que as enfermeiras têm, sua maior parte é empregado em tarefas de organização ou ausência. Esta inclui, também, atividades em outras unidades.

II — AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Tempo dispendido pelo auxiliar de enfermagem em atividades segundo o nível e análise das ausências

As conclusões que tiramos de nossos dados e que podem ser observadas no quadro VII foram: os auxiliares trabalham predominantemente no seu próprio nível mas também executam muitas tarefas dos níveis das enfermeiras e atendentes. Na clínica médica, cirúrgica e obstétrica as tarefas do nível de enfermeira alcançam percentagens altas no período da manhã. Nas clínicas cirúrgica, pediátrica e obstétrica (manhã e tarde) estão desempenhando muitas funções de atendente. No período da tarde as atividades de todos os níveis caem, aumentando apenas as de atendente na obstetrícia. As ausências aumentam muito neste turno.

Verificamos pois que os auxiliares de enfermagem estão exercendo funções que deveriam ser executadas por enfermeiras e estão disperdiçando seu preparo em funções de atendente.

Ausência — Levando-se em consideração as atividades de todos os auxiliares trabalhando nas 4 unidades observadas, nos 5 dias, estimamos um número de horas destinado a repouso e refeições. Pudemos então, descontando-se êsse tempo, ver qual o tempo de ausência "não esperado" (perda ociosa) se os funcionários estivessem em plena atividade.

Os dados encontrados constam da Tabela VIII

O hospital perde, portanto, 29 horas de trabalho do Auxiliar em 5 dias de jornada, ou seja, o equivalente ao trabalho dia de 3 5/8 de auxiliares; isto daria para que 3 das clínicas tivessem mais um Auxiliar em um dos dias da semana e a outra um Auxiliar em meia folga por um dia. Em dados econômicos representaria para o hospital o salário de meio mês de um auxiliar de enfermagem.

Tempo dispendido pela auxiliar de enfermagem em cuidados diretos, indiretos e mistos

Nossos dados mostram que no turno da manhã os Auxiliares trabalham mais perto do paciente na clínica obstétrica e mais afastados nas clínicas cirúrgica e pediátrica. No turno da tarde as atividades indiretas predominam sôbre as diretas na clínica cirúrgica; na clínica obstétrica, a percentagem de tempo gasto com cuidados diretos e indiretos são iguais e na clínica pediátrica passam a trabalhar mais com muidados diretos, ao contrário do que ocorria no período da manhã. Na clínica médica, tanto em um turno como em outro, os cuidados diretos predominam sôbre os indiretos. Os valôres encontrados são expostos no Quadro IX.

QUADRO VII — Percentagem de tempo gasto pela auxiliar de atividades de enfermagem do seu próprio nível, de outros níveis e em ausências da unidade.

Atividade	Unidade	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica	
	Turno	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)
	Nível								
De enfermagem	Próprio nível	57,4	47,8	46,3	38,9	45,6	26,0	66,2	50,5
	E	25,4	3,2	14,6	6,7	17,6	9,4	0,6	0,4
	AT	6,5	3,5	19,2	14,4	16,8	29,1	19,1	13,3
	S	1,3	8,2	7,3	3,4	2,6	2,2	6,9	1,3
	TOTAL	90,6	62,7	87,4	63,4	82,6	66,7	92,8	65,5
Ausências	Particulares	4,9	24,8	10,2	34,8	10,2	29,4	5,6	30,1
	Não identificadas	2,1	7,7	0,9	——	3,5	2,2	—	3,2
	A serv. em outros locais	1,4	4,4	0,5	0,5	2,7	0,7	—	0,5
	TOTAL	8,4	36,9	11,6	35,3	16,4	32,3	5,6	33,8
	TOTAL GERAL	99,0	99,6	99,0	98,7	99,0	99,0	98,4	99,3

QUADRO VIII — Horas de trabalho e repouso do auxiliar de enfermagem num período de 5 dias.

Atividade / Unidade	Total para 12 horas e min.	Horas e minutos de trabalho efetivo esperado	Horas e minutos de repouso		Perda ociosa horas e minutos
			Esperadas	Dadas	
Médica	110 50	90 35	20 15	29 50	9 35
Cirúrgica	105	86 30	18 30	24 25	5 55
Obstétrica	126	106 45	22 15	31 50	9 35
Pediátrica	90	73 30	16 30	20 25	3 55
TOTAL	431 50	354 20	77 30	106 30	29

Nota: Repouso esperado calculado teòricamente, supondo-se que cada funcionário teria direito aos seguintes repousos: 1h 30min. para quem trabalha das 7 às 16 horas, o que inclui tempo para 1 almôço e 2 cafés; 1 h 15 min, para quem trabalha das 13 às 19 horas, incluindo tempo para um jantar e um café.

QUADRO IX — Tempo dispendido pelo auxiliar de enfermagem em cuidados diretos, indiretos e mistos.

Unidades	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica	
Turno / Atividades	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)
Cuidados diretos	43,0	29,2	24,9	20,1	41,0	23,5	31,9	34,6
Cuidados indiretos	40,9	26,1	43,1	25,4	19,30	23,5	45,6	16,2
Cuidados mistos	7,5	7,7	20,4	19,1	23,10	20,6	16,6	15,3
Ausências	8,2	36,9	11,6	35,3	16,20	32,2	5,5	33,8
TOTAL	99,6	99,9	100	99,9	99,60	99,8	99,6	99,9

Atividades diretas* — **Manhã** — Uma constante observada em relação aos auxiliares de enfermagem é o predomínio das atividades da área técnica em tôdas clínicas. O tempo gasto em comunicação é pràticamente nulo.

Tarde — Neste turno o predomínio das atividades da área técnica permanece; na clínica cirúrgica os valôres são menores que os da manhã e nas demais unidades êstes valôres aumentam. Na clínica pediátrica há um aumento de atividades na área básica. A comunicação, em tôdas as unidades, permanece em níveis pràticamente nulos.

Atividades indiretas — Manhã — Também nas atividades indiretas há predominância das técnicas e nas clínicas pediátrica e cirúrgica as percentagens de tempo gastas com atividades de organização são elevadas. Note-se que atividades de organização não são de nível de auxiliar.

Tarde — Em 3 das unidades a área técnica aparece com os valôres mais elevados vindo em 2.º lugar as atividades de área de organização (não de seu nível). Na clínica obstétrica as atividades de organização tomam o 1.º lugar, com valôres muito altos.

Atividades Mistas — A análise dos dados revelou ser o auxiliar, dentre todo o pessoal de enfermagem, aquêle que menos faz comunicação indireta. Nas unidades cirúrgica e obstétrica executam muitas atividades da área doméstica (nível atendente).

Analisando os dados do Quadro IX e da Tabela Analítica I, em conjunto, podemos, em resumo, dizer que os auxiliares executam principalmente funções que são de seu nível, isto é, funções técnicas junto do paciente ou longe dêle. Entretanto as atividades domésticas e de organização, que são de seu nível, ocupam muito de seu tempo.

Número médio de horas de cuidados de enfermagem possível e realmente dados por paciente e por unidade

Os resultados obtidos estão na tabela analítica II (Anexo V). Vemos que o auxiliar tem mais tempo para cada paciente que a enfermeira, o que se explica porque fica trabalhando em uma só unidade, tendo pois menor número de leitos aos seus cuidados. No turno da tarde tem mais tempo "possível" do que no período da manhã, inversamente ao que ocorre com as enfermeiras. Ainda assim, o tempo disponível, para o auxiliar, é muito pouco.

Quanto ao uso de seu tempo o estudo do cálculo médio dos tempos possíveis nas quatro unidades e da forma pela qual o utiliza mostrou:

---

* Essas atividades foram analisadas, por área, a partir da Tabela Analítica I, em apêndice (Anexo IV).

QUADRO X — Porcentagem de tempo gasto por auxiliares de enfermagem em atividades ligadas ou não ao paciente, por turno.

Atividades Turno	Cuidados dados aos pacientes (%)	Atividades não ligadas ao paciente + Ausências (%)
Manhã	68,74	31,25
Tarde	40,58	59,41

Vê-se que, se no período de manhã já há um grande uso de seu tempo (31,25%) em atividades não ligadas ao paciente e ausências, no período da tarde, onde há maior tempo "possível", a percentagem de tempo não utilizado com o paciente, em média, é superior a 50% (59,41%), atingindo em algumas unidades 75%.

III — ATENDENTE

Tempo dispendido pelo atendente em atividades segundo o nível e análise de ausências

A análise dos resultados mostrou que no período da manhã os atendentes trabalham principalmente em atividades de seu próprio nível (cêrca de 50% de atividades) mas executam muitas tarefas do nível do auxiliar (de 20,4% a 37%). Seu trabalho abrange atividades de todos os níveis em tôdas as unidades.

No período da tarde sua produção cai, diminuindo a percentagem de tempo gasto em tôdas as atividades (cêrca de 35% em seu próprio nível), continuando a exercer em segundo lugar atividades do nível do auxiliar. As tarefas dos demais níveis continuam presentes com percentagens de tempo baixas.

Os dados estão contidos no Quadro XI.

Ausências — O exame das ausências chama a atenção em 1.º lugar para o fato de terem aumentado muito no período da tarde quando comparadas com as da manhã.

Anàlogamente ao efetuado para as auxiliares, procuramos calcular o tempo ocioso para os atendentes em conjunto, tentando estimar o que significa em perda para o hospital esta ociosidade.

Os resultados obtidos constam da Tabeala XII.

QUADRO XI — Percentagem de tempo gasto pela atendente em atividades de enfermagem de seu próprio nível, de outros níveis e em ausências das unidades.

Atividade	Unidades	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica	
	Turno / Nível	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)
Enfermagem	Próprio nível	50,3	36,0	56,7	38,5	54,1	39,9	53,3	31,8
	E	2,0	1,8	2,1	1,5	1,3	2,3	0,9	1,1
	AE	20,4	13,0	24,5	19,7	25,5	12,8	37,0	31,2
	S	5,4	5,5	2,9	4,2	6,2	5,1	0,6	0,7
	Se	2,3	0,1	1,1	0,4	0,5	0,4	2,2	0,5
	TOTAL	80,4	56,4	87,3	64,3	87,6	60,5	94,0	65,3
Ausência	Particulares	16,3	35,3	10,1	30,9	11,9	37,6	4,6	30,8
	Não identificadas	1,9	7,0	1,6	2,2	0,2	1,3	0,2	1,8
	A serviço outros locais	1,4	1,2	1,0	2,5	0,3	0,3	1,1	1,8
	TOTAL	19,6	43,5	12,7	35,6	12,4	39,2	5,9	34,4
	TOTAL GERAL	100,0	99,9	99,9	99,9	100,0	99,7	99,9	99,7

QUADRO XII — Horas de trabalho e repouso do atendente num período de 5 dias.

Atividades Unidades	Total para 12 horas	Horas e minutos trabalho efetivo esperado	Horas e minutos de repouso		Perda ociosa Horas e minutos
			Esperadas	Dadas	
Médica	417	353 15	63 45	131 25	67 40
Cirúrgica	366	299 30	66 30	94 50	28 20
Obstétrica	399	330 50	69	196 25	37 25
Pediátrica	516	422	94	116 25	22 25
TOTAL	1 698 50	1 405 35	293 15	449 5	155 50

Estas ausências significam a perda, por dia, de 17 1/3 atendentes, o que representa que cada uma das clínicas observadas poderia tem 4 atendentes a mais em seu quadro de funcionários. A perda econômica para o hospital equivale ao salário de 8 1/2 atendentes por mês.

Tempo dispendido pelo atendente em cuidados diretos, indiretos e mistos

As tarefas de caráter misto alcançam os valôres mais altos em 3 das unidades (médica, cirúrgica e obstétrica), tanto no período da manhã como no da tarde, se bem que os valôres do turno da tarde sejam sempre menores em relação aos da manhã.

Comparando-se as atividades do atendente em relação a estar perto ou longe do paciente percebemos que: na clínica médica e cirúrgica tanto pela manhã como pela tarde os atendentes se dedicam predominantemente a tarefas afastadas do paciente. Na clínica pediátrica os valôres mais altos são os das atividades "perto do paciente", seguindo-se as atividades mistas. Na clínica obstétrica o tempo dispendido perto do paciente é equivalente ao tempo gasto com tarefas afastadas dêle.

Os dados podem ser vistos no Quadro XIII.

Mistos — A análise do tipo de atividades* nos revela que os atendentes se dedicam mais à área doméstica nas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica, tarefas que são do seu nível. Na clínica pediátrica dedicam-se mais a atividades da área básica (nível auxiliar) e em 2.º lugar às atividades da área doméstica.

Atividades Diretas — Manhã e Tarde — Em 3 das unidades (médica, cirúrgica, obstétrica) há predomínio de atividades da área técnica, seguindo-se as da área básica; na clínica pediátrica esta ordem se inverte. Os valôres do período da tarde são sempre menores que os do período da manhã.

Atividades Indiretas — Manhã — Em tôdas as unidades a ordem, por freqüência de atividades, é: técnica, organização e básica. No período da tarde a área de organização tem valôres mais altos, em geral, passando técnica para 2.º lugar, segue-se a área básica.

Observamos pois que os atendentes estão trabalhando muito nas áreas técnica e básica, atividades que são principalmente do nível do auxiliar ou da enfermeira.

Número médio de horas de cuidados de enfermagem possível e realmente dados, por paciente e por unidade

Os resultados obtidos estão na Tabela Analítica II (Anexo V). O atendente nos dois turnos, sendo a categoria mais numerosa, é o

---

* Os dados analisados foram obtidos da Tabela Analítica I, em apêndice (Anexo IV).

QUADRO XIII — Tempo dispendido pelo atendente em cuidados diretos, indiretos e mistos.

Unidades	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica	
Atividades Turno	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)	M (%)	T (%)
Cuidados diretos	17,00	14,2	21,2	14,2	21,7	12,2	40,1	25,4
Cuidados indiretos	28,2	18,6	24,6	16,8	20,3	17,80	18,7	15,9
Mistos	34,8	23,5	41,4	33,1	45,3	30,5	35,0	24,3
Ausências	19,6	43,4	12,6	35,5	12,4	39,2	6,0	34,4
TOTAL	99,6	99,7	99,8	99,6	99,7	99,7	99,8	100,0

que tem mais "tempo possível" por paciente e é realmente o elemento que maior número de horas dispende em cuidados diretos ou indiretos dados aos pacientes.

Se considerarmos as funções específicas do atendente, o número de pessoas existente nesta categoria seria suficiente; entretanto, como na realidade está dando muito trabalho de nível de auxiliar, grande parte de seu tempo é desviado em cuidados diretos e indiretos ao paciente. Quanto à distribuição de seu tempo, um cálculo médio para as 4 unidades deu o seguinte resultado:

QUADRO XIV — Percentagem de atividades dos atendentes ligadas e não ligadas ao paciente, por turno.

Atividades Turno	Cuidados dados ao paciente	Atividades não ligadas ao paciente + Ausências
Manhã	44,93	55,06
Tarde	30,46	69,51

A verificação da grande percentagem de tempo gasto pelos atendentes em cuidados aos pacientes sugere que está faltando auxiliares de enfermagem e enfermeiras no Hospital.

Excetuando-se a clínica cirúrgica (período da tarde) e obstétrica (manhã e tarde) o atendente dispende mais horas em cuidados ao paciente que em atividades de nível doméstico, o que não seria de se esperar.

IV — SECRETÁRIA

Em tôdas as unidades as secretárias trabalham em tarefas de seu próprio nível, na maior parte de seu tempo (95%). Em níveis muito baixos (da ordem de 1%), dedicam-se também a tarefas da enfermeira (na área de organização), de auxiliar, de atendente e de serviçal. De todo o pessoal do hospital é aquêle que menos se afasta das suas atribuições.

A análise de ausências revelou valôres altos; o número de horas semanais em ausências não explicadas alcançou 3h 51 na clínica médica; 8h 30 na clínica cirúrgica; 4h 28 na clínica obstétrica e 10h 30 na pediátrica. Isto significa que, salvo na clínica médica, em tôdas

as outras unidades há uma perda de pelo menos 1 hora de atividade diária e na pediátrica a perda é de 2h 6 diárias.

QUADRO XV — Horas de Ausência da sSecretárias nas 4 unidades em 5 dias.

Ausência Unidades	Ausência esperada (+) Horas e min.	Ausência efetiva. Horas e minutos	Perda Ociosa Horas e min.
Médica	7 30	11 21	3 51
Cirúrgica	7 30	15 33	8 3
Obstétrica	7 30	11 58	4 28
Pediátrica	7 30	18 00	10 30
TOTAL			26 52

(*) Em cada dia considerou se que a secretária teria direito ao repouso de 1h30, o que inclui tempo para um almôço e 2 cafes.

A perda total de trabalho-secrtária é de 26h 52 em 5 dias ou 5h 22 por dia; em têrmos salariais, seria o equivalente a 5/9 do salário de uma secretária.

TRABALHO REALIZADO JUNTO DO PACIENTE

Até o momento analisamos as características de trabalho que julgamos mais importantes dentro de cada categoria e em cada unidade.

Faremos agora apreciações gerais, para as diferentes categorias, relativas a:

1 — horários de trabalho da equipe de enfermagem.

2 — quantidade de trabalho junto ao paciente.

3 — Nos hospitais em foco as enfermeiras tem seu horário distribuído em 3 turnos: manhã, das 7 às 15 h; tarde, das 15 às 22; noite, das 22 às 7. Como já foi dito, no turno da tarde cada enfermeira fica responsável por mais de uma unidade prejudicando a qualidade de seu trabalho. Isto obriga-a a eleger para os auxiliares supervisão das unidades no tempo que está ausente. Como algumas clínicas, pelo tipo de paciente solicitam menos a enfermeira, estas clínicas ficam freqüentemente muitas horas sem êsse profissional. Há pois, descontinuidade no trabalho de enfermagem, além de evidentes problemas por ausência ou pluralidade de comando.

Os auxiliares e atendentes têm seu horário dividido da seguinte forma: Manhã: das 7 às 16 h; tarde: das 13 às 22h. Entre 13 e 16h

encontramos trabalhando em cada unidade o pessoal de ambas os períodos, manhã e tarde.

Na análise por nós efetuada, nosso turno de manhã terminou às 13 horas e foi verificado que em tôdas as unidades, no turno da tarde (13 — 19h) havia uma queda geral nas atividades do pessoal. Aumentaram as ausências e as atividades particulares. Evidencou-se pois que dobrar o pessoal não redunda em benefício da produção mas aumenta a ociosidade.

Quantidade de trabalho junto ao paciente

Procuramos saber qual a categoria que mais trabalha junto do paciente e comparamos nossos resultados com os apresentados por um grupo de enfermeiras que, trabalhando com assessoria da OMS (4), realizou trabalho semelhante.

A primeira coisa a observar é que quem mais lida com o paciente é o atendente; segue-se o auxiliar e, em seguida, a enfermeira.

Os valôres são bastante expressivos e estão relatados no Quadro XVI.

Neste quadro vê-se o total, para 12 horas, do número médio de minutos por paciente, que o pessoal de enfermagem gasta na sua presença.

A tabela analítica II, já referida, mostra em detalhes o tempo gasto por turno e por áreas de atividade, para as 3 categorias de pessoal de enfermagem.

O "Estudo das atividades do pessoal de enfermagem em 8 hospitais de Havana, Cuba", relata que todo o pessoal de enfermagem tem uma média de 1h 30 de enfermagem, possível, em 24 horas. Êste tempo é considerado muito pequeno para atender às necessidades de confôrto físico e aplicação de medicamentos. O estudo demonstrou que sòmente uma parte mínima dêste tempo é dedicado, pelo pessoal de enfermagem, a cuidados diretos ao paciente. A média de tempo, tendo o paciente como centro dos cuidados, é para tôdas as categorias de pessoal de 26 minutos e 4 segundos por paciente. Dêstes 11 minutos e 7 segundos são empregados dando cuidados diretos e os minutos restantes na preparação e anotação dêstes cuidados".

Tirando a média dos valôres das 4 unidades, valôres apresentados no quadro XVI, quanto à possibilidade de trabalho direto com o paciente por todo o pessoal da enfermagem obtivemos (9 minutos e 39 segundos) o que sobrepuja o valor dos dados de Havana. Isso nos

(4) Estudio de las actividades del personal de enfermaria em ocho hospitales de la provincia de la Habana. Cuba, Julio, 1966. Equipe dirigente: A Tagle, R. Cassanas, N. Rojas, E. Castro, H. Cequla e E. Oliveiros. Assessoria: O. Verderese e T. Minoletti ,enfermeiras da OMS.

QUADRO XVI — Número médio de minutos e segundos, em 12 horas, que o pessoal de enfermagem gasta, por paciente, na sua presença.

Unidades / Minutos	Médica		Cirúrgica		Obstétrica		Pediátrica		Média tôdas Unidades	
Tipo de Pessoal	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Enfermeira	0 60	5,32	0 75	6,52	72	5,08	78	2,64	0 71	4,89
Auxiliar	2 46	22,13	2 76	25,35	5 28	36,81	4 05	9,67	3 63	23,49
Atendente	7 50	72,53	7 30	68,00	8 25	58,08	39 45	87,68	15 62	71,57
Todo pessoal	10 56	99,98	10 81	99,97	14 25	99,97	44 28	99,99	19 96	99,95

leva a uma falsa interpretação de nossa realidade, porque êste valor elevado é atingido graças ao grande contingente de atendentes existentes principalmente na clínica pediátrica. Temos possibilidade de maior quantidade de serviço que em Havana, mas perdemos na qualidade.

Como já dissemos, a maior parte dêsses cuidados diretos é dado por pessoal não profissional Quadro XVI) e em Cuba é elevada a percentagem de cuidados dados por pessoal profissional, principalmente enfermeiras.

Os dados de Cuba são os seguintes (4):

Média de tempo por paciente que cada categoria gasta em atividades realizadas na presença do paciente
Hospital: 8 hospitais de Havana Turno: 15-23 horas
Data: 11 a 15/7/68 e 18 a 22/7/66

Categoria de Pessoal	Médias de minutos e segundo por paciente gasto em atividades realizadas em presença dêste	Percentagem total
Total Pessoal	11 7	100,0
Enfermeira	4 0	35,1
Aux. Enfermagem	3 3	33,3
Atendentes	0 8	6,1
"Niñera"	3 6	25,5

A média para as 4 unidades da possibilidade detrabalho direto por parte das enfermeiras é, no nosso caso de 7 segundos e no das auxiliares de 3 minutos e 6 segundos. Vemos, pois, que a grande desvantagem em nossa realidade é de, apesar de ter muito maior número de pessoas, serem estas representadas por mão-de-obra não qualificada-atendentes.

RESUMO E CONCLUSÕES

1 — O pessoal de enfermagem das diversas categorias realiza tarefas que não estão de acôrdo com sua formação.

2 — A enfermeira gasta aproximadamente 20% de seu tempo em atividades de outros níveis.

3 — Os auxiliares estão executando funções que deveriam ser executadas por enfermeiras e estão desperdiçando seu preparo em tarefas de atendentes.

4 — Os atendentes trabalham predominantemente em tarefas de seu nível mais executam tarefas de auxiliares e, em percentagens menores, atividades de todos os níveis.

(4) Op. citado.

5 — As enfermeiras estão de maneira geral muito ausentes das unidades, sendo que à tarde essas ausências são quase o dôbro, em média de tempo, para tôdas as unidades, em relação às do período da manhã.

6 — A elevada taxa de ausência no período da tarde se explica pela responsabilidade que as enfermeiras têm sôbre outras unidades. Isto é um índice patente de escassez de enfermeiras no hospital.

7 — Os auxiliares e atendentes, se bem que menos ausentes que as enfermeiras, têm taxas muito elevadas de ausência, principalmente no turno da tarde.

8 — Dentre as atividades indiretas as enfermeiras trabalham predominantemente na área de organização. São baixos os valôres percentuais da área técnica e menores ainda os valôres da área básica.

9 — Nas atividades diretas os valôres mais altos para as enfermeiras são os da área técnica. Os valôres da área básica são baixos e pràticamente nulos na área de comunicação.

10 — Os auxiliares executam principalmente tarefas na área técnica, quer junto quer afastados do paciente.

11 — Além das atividades técnicas os auxiliares executam muitas atividades de organização e doméstica, não do seu nível.

12 — Os atendentes trabalham muito nas áreas técnicas e básica, atividades que são de nível de auxiliar ou de enfermeira.

13 — A enfermeira e o auxiliar de enfermagem dispendem junto ao paciente menos tempo do que poderiam fazê-lo.

14 — Nos turnos da tarde as enfermeiras quase não trabalham junto ao paciente, ficando sobrecarregadas com tarefas de organização.

15 — Nos turnos da tarde os auxiliares trabalham muito menos junto aos pacientes do que nos períodos da manhã.

16 — Os atendentes trabalham grande parte de seu tempo junto ao paciente e em atividades que deveriam estar sendo executadas por auxiliares e enfermeiras.

17 — As secretárias trabalham dentro de seus próprios níveis mas poderiam receber algumas das tarefas de organização que estão sendo executadas por enfermeiras.

18 — No período entre 13 e 16 horas, quando havia no serviço auxiliares e atendentes dos turnos da manhã e tarde, há diminuição de produção. e aumentam as ausências não identificadas e as atividades particulares.

19 — Quando se considera todo o pessoal de enfermagem em conjunto, o tempo gasto com o paciente, na sua presença é de 19 minutos e 59 segundos, em doze horas de serviço.

20 — É pequeno o tempo dispendido em cuidados diretos com o paciente.

21 — Grande parte dos cuidados de enfermagem é executado por mão-de-obra não qualificada.

ANÁLISE DOS PROBLEMAS

O presente trabalho, no qual se fêz uma observação direta das atividades da equipe de enfermagem no hospital, revelou alguns problemas que merecem ser estudados.

1 — Escassez de pessoal profissional — enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Enfermeira — Do exame de nossos dados verifica-se a falta de enfermeiras em número suficiente para o hospital. Quais as causas desta escassez? Se bem que não tenha sido nosso objetivo pesquisar no contexto do hospital nem da sociedade global as razões desta escassez, nossa vivência na profissão (13 e 9 anos respectivamente para os autores) coloca-nos em posição de comentá-la. A escassez de enfermeiras, no Brasil em geral, já é um fato muito comentado e sabido. Há entretanto alguns centros hospitalares que têm podido manter uma situação atraente para as enfermeiras e não têm tido dificuldades no preenchimento de suas vagas. Competem no mercado de trabalho oferecendo salários altos, em grandes centros e regalias adicionadas (risco de vida, nível universitário etc.) Projetos atuais em andamento poderão sanar, pelo menos em parte, estas diferenças. Isto facilitaria ao hospital em estudo oferecer situações mas vantajosas do que as atuais, que não tem sido adequadas para atrair profissionais para seu quadro. Na época em que êste estudo foi realizado havia apenas 11 enfermeiras no hospital, com vagas para mais 19. Por outro lado, como a capacidade hospitalar dobrou em relação ao inicialmente planejado, o número de enfermeiras previsto pelo quadro — trinta — é insuficiente. Se êste número não fôr ampliado não se pode pretender bom nível de enfermagem neste hospital.

Os dois pontos anteriormente comentados — condições de salário insuficiente e número de vagas pequeno de enfermeiras estão ligados. É necessário aumentar um e outro. Sabemos da resistência da administração para fazê-lo, no que deve ter suas razões (geralmente de ordem monetária). O conhecimento destas razõs deveria ser suficiente pelo menos para que a culpa de serviços deficientes de enfermagem não continue recaindo apenas sôbre as enfermeiras, que muito pouco poderão fazer nas condições atuais de trabalho.

Auxiliares de enfermagem — o número de vagas de auxiliar de enfermagem foi aumentado em 1967 mas em época posterior a êste estudo) de 45 para 80, num período agudo de escassez de pessoal treinado. Por condições salariais insatisfatórias, não se conseguia preencher as vagas das enfermeiras. Algumas dessas vagas foram então desdobradas em vagas para auxiliares.

Mesmo com êste aumento o número de pessoas que trabalham em enfermagem no hospital é insuficiente. De acôrdo com os dados

do "Levantamento dos Recursos e Necessidades de Enfermagem" (5) os hospitais gerais de 100 ou mais leito sdevem ter um total de pessoal para todos os serviços de 1,5 pessoas por leito. Dessas, 60% deve ser pessoal de enfermagem. O hospital considerado, com 350 leitos deveria então ter 525 pessoas trabalhando, sendo 315 em enfermagem. Seu quadro efetivo em fevereiro de 1967 era: enfermeiras 17; auxiliar, 45; atendente, 184, o que perfaz um total de 246 e dá um deficit de 69 pessoas. Seu deficit real é ainda maior porque dêsse pessoal são retirados enfermeiros, auxiliares e atendentes para serviços nos ambulatórios. O próprio relatório que fornece base para êstes números recomenda que as estimativas em cada caso sejam feitas levando em consideração as condições especiais de cada hospital.

Considerando-se o tipo de hospital — escola, sua planta física e as observações nêle realizadas, o deficit de pesoal aqui encontrado deverá ser sanado mediante contrato de enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Se perdurarem as dificuldades de contrato de enfermeiras pelas razões expostas nos parágrafos anteriores, o auxiliar seria a pesosa indicada para preencher essas lacunas. O atendente não está em condições de melhorar o nível de atendimento dêste hospital, que por tôdas suas características reclama enfermagem eficiente.

2 — Distribuição de tarefas pela equipe de enfermagem.

A distribuição d tarefas pelo pesoal de enfermagem não está sendo feita de acôrdo com a capacidade profissional. A escassez de pessoal obriga a muita delegação de funções indevidas, mas sôbre isto ainda se percebeu que as enfermeiras estão dispendendo 20% de seu tempo em atividades de outros níveis, principalmente em tarefas do nível de secretária. Auxiliares executam tarefas da área doméstica, do nível de atendentes. Êstes executam tarefas do nível de auxiliares. Isto evidencia certa desorganização na distribuição das funções de cada nível.

3 — Horários de trabalho de auxiliares e de atendentes.

No período entre 13 e 16 horas, quando estavam presentes na enfermaria auxiliares e atendentes dos dois turnos, manhã e tarde, foi verificado que muito funcionário ficava desocupado. Êstes pareciam ter dificuldades de perceber a quem cabia a responsabilidade da execução das tarefas de rotina de enfermaria. É princípio elementar de administração que quando a responsabilidade não está claramente definida, é mais fácil o trabalho ficar sem ser executado. Foi o que notamos na observação. Uma atendente, descansando em uma sala, indagada sôbre o que fazia disse: "Na realidade eu só entro em serviço às 16 hs, quando sai o turno da manhã.

4 — Preparo adequado do pessoal de enfermagem para as tarefas que irá executar.

---

(5) ABEn, Centro de Levantamentos e Recursos e Necessidades de Enfermagem. 2.ª parte. Relatório, Apenso I, p. 55-58.

A análise dos dados mostrou que quem está ministrando a maioria dos cuidados de área técnica de enfermagem são auxiliares. Isto levanta o seguinte problema: estão os auxiliares suficientemente preparados para o desempenho dessas tarefas? Estão as enfermeiras dispostas a delegar em definitivo essas tarefas como sendo de atribuição dos auxiliares? Qualquer que seja a resposta que o futuro desenvolvimento dêsses dois tipos de profissionais venha a dar é necessário que essas indagações estejam presente em nossas mentes pois elas devem dirigir o processo de adestramento dos auxiliares.

5 — Cuidado integral do paciente versus enfermeira administradora.

O presente estudo revelou um problema crucial para a enfermagem brasileira. As enfermeiras em seu processo de treinamento têm sido adestradas para cuidado integral do paciente, devendo encará-lo como ser bio-psico-social. Tôda a enfermagem moderna e científica defende a necessidade dêsses conhecimentos para um bom desempenho das funções de enfermagem. A realidade observada é bem diferente do ideal pretendido. Por que preparar tão bem as enfermeiras se elas não vão cuidar dos pacientes? Para o tipo de atividades que vêm predominantemente executando não estará faltando um Curso de Administração de Emprêsas? Precisamos é saber para **o que** devemos preparar as futuras enfermeiras e prepará-las para **isto.** Se se desejar realmente manter como ideal de enfermagem o cuidado integral do paciente, que se treine as futuras profissionais para esta função mas lutem por **poder dar êste cuidado.** Na medida em que êsses cuidados estão sendo dados por pessoal não preparado, estão reconhecendo que não há necesidade de tôda a preparação técnico-científica que as escolas vêm ministrando.

Tôdas as dificuldades da situação, para que êste ideal seja atingido, são percebidas. Entretanto, a enfermeira tem que lutar por manter um mínimo de comunicação com os pacientes para atender suas necessidades emocionais. Portanto, não pode permitir que a pessoas do doente — razão de ser dos cuidados de enfermagem — seja relegada a plano inferior à administração da unidade.

RECOMENDAÇÕES

Em relação ao hospital estudado recomenda-se:

1 — Aumentar o número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

2 — Estabelecer atribuições claras e bem definidas para cada membro da equipe de enfermagem, levando em conta:

a) o preparo de cada categoria
b) o número de pessoas existentes em cada categoria
c) o número de leitos de cada unidade
d) a natureza de trabalho inerente a cada unidade.

3 — Ao estabelecer as atribuições referidas na recomendação n.º 2 levar em conta que:

a) as enfermeiras deverão ser liberadas de muitas das tarefas de organização que podem ser delegadas às secretárias de clínica quando devidamente treinadas.

b) os auxiliares devem ser liberados de tôdas as tarefas de organização e da área doméstica.

4 — Manter um serviço de mensageiros que funcione como veículo de comunicação dentre os diversos setores do Hospital. Isto diminuirá de muito as oportunidades de ausência do pessoal da equipe de enfermagem das suas unidades.

5 — Proramar para os atendentes, periòdicamente, treinamento em serviço, já que êles estão encarregados de muitas tarefas diretas com os pacientes.

Reduzir a um mínimo necessário para passagem de plantão o período de superposição de horários no rodísio diário da equipe de enfermagem (*).

7 — Desenvolver maior comunicação com o paciente, através de:

a — maior aproximação enfermeira-paciente;

b — consideração do paciente como centro dos cuidados de enfermagem;

c^2 — considere o paciente como centro dos cuidados de

c_1 — sinta-se estimulado a maior aproximação com o paciente;

c_2 — considere o paciente como centro dos cuidados de enfermagem.

Sabemos que pelos dados do "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem" em hospitais gerais de 160 leitos, de acôrdo com a realidade brasileira, espera-se como número razoável um total de 10 enfermeiros, com uma proporção de um enfermeiro para 16 leitos em 24 horas. Isto significaria no hosiptal em foco 350/16 enfermeiros ou sejam 22 enfermeiros Vê-se que o quadro previa trinta, sendo 5 para ambulatório, restando 25 para as enfermarias. Está portanto dentro do mínimo desejável. Se dizemos que êste número é pequeno é porque levamos em consideração o fato de ser um hospital-escola, onde as rotinas se complicam, há muito tratamento especializado e se deseja alto padrão de enfermagem.

Aliás, isto já devia ser o pensamento dos fundadores do hospital porque quando de sua criação, para 90 leitos foi calculado um quadro de 30 enfermeiros.

(*) Esta recomendação, feita durante o processo de análise dos dados, foi já aceita pelo hospital em estudo e verificou-se que com 15 minutos de superposição o trabalho pôde ser executado sem solução de continuidade. O problema de intervalo necessário para refeição foi contornado permitindo-se que os funcionários, em rodísio, se ausentassem para isto. A medida mostrou-se bastante eficaz porque reduziu o tempo gasto em refeições e conseqüentemente as ausências da unidade.

ANEXO I

Nome do observador .....

Local ..... Data ..... Hora ..... Turno .....

A Hora	B Pessoal observado	C Área	D Nível	E —— Atividade Descrição do que está sendo feito

Nível	
Enfermeira	E
Aux. Enf.	AE
Atendente	AT
Secretária	S
Serviçal	Se

Área	Cód.
1 — Doméstica	10
2 — Básica	
Direta	21
Indireta	22
3 — Técnicas	
Direta	31
Indireta	32
4 — Organização	40
5 — Comunicação	
Direta	51
Indireta	52
6 — De natureza particular	00
7 — Ausência não identificada	70
Ausência por serviço	71

ANEXO II A

ATIVIDADES DA ENFERMEIRA

Atividades	Área	Código
Admissão do paciente	Básica	21
Admissão do RN (sem médico), inclui: aplicar Credée, laqueadora do cordão, aspiração e fornecimento do O2	"	21
Cuidados psicológicos dos pacientes	"	21
Educação sanitária do paciente	"	21
Visita diária ao paciente	"	21
Acompanhar a visita médica	Técnica	32
Assistir exame clínico	"	31
Cateterismo vesical em homem	"	31
Colheita de material para exame: sangue, suabe, esfregaço vaginal	"	31
Contrôle de foco fetal	"	31
Cuidado com paciente inconsciente	"	31
Cuidado com paciente em pulmão de aço	"	31
Cuidado com paciente nas punções	"	31
Curativo de escara	"	31
Embrocação vaginal	"	31
Lavagem de esôfago	"	31
Lavagem de estômago	"	31
Medicação endovenosa	"	31
Passagem de sonda gástrica	"	31
Preparo psicológico do paciente para o ato cirúrgico	"	31
Preparo do paciente para exame clínico	"	31
Providenciar isolamento dentro da enfermaria	"	32
Restrição do paciente	"	31
Transporte do paciente acordado para sala de cirurgia	"	31
Trocar canula externa	"	31
Trocar frasco de dreno de tórax	"	31
Anotação no livro de ocorrências	Organização	40
Chefia do Serviço de Enfermagem de uma clínica	"	40
Colocar horário na prescrição médica	"	40
Elaboração da escala de trabalho	"	40
Orientar educação em serviço	"	40
Presidir pasagem de plantão	"	40
Supervisão de auxiliares, atendentes e secretária	"	40

Atividades	Área	Código
Anotação em papeleta	Comunicações	52
Atender às solicitações médicas	"	52
Comunicações com o paciente	"	51
Contato com família de falecidos	"	52
Contato com família de pacientes graves	"	52
Informação à chefe do Serviço de Enfermagem ou pessoal responsável sôbre organização da Clínica	"	52
Informação a médicos, Chefe do Serviço de Enfermagem e outros sôbre seu paciente	"	52
Comunicação com família sôbre estado do paciente	"	52
Qualquer atividade de natureza particular: refeições uso do sanitário, conversar em corredor, no portão ou ligações telefônicas	Particular	00

ANEXO II B

ATIVIDADES DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Atividades	Área	Código
Admissão do RN (com médico): apenas pegar o bebê	Básica	21
Alimentação do paciente pela bôca	"	21
Banho no leito	"	21
Banho do paciente em banheira	"	21
Banho do RN e bebê (que não sabe ou não pode andar)	"	21
Cama com paciente	"	21
Colocar e retirar comadre	"	21
Colocar e retirar papagaio	"	21
Confôrto físico	"	21
Higiene oral	"	21
Lavagem de cabeça	"	21
Movimentação passiva	"	21
"Toilett" da tarde e da noite	Técnica	31
Administração de O2	"	31
Administração de revulsivos	"	31

Atividades	Área	Código
Alimentação de paciente por sonda	"	31
Aplicação de aerosol	"	31
Aplicação de ataduras	"	32
Assistir pasagem de plantão	"	31
Cateterismo vesical em mulheres	"	31
Circular em sala de S.O. e sala de parto		
Colheita de material: fezes, urina-rotina,	"	31
glicosúria de 24 hs. sondada, catarro etc.	"	31
Colocação de sonda retal		
Cuidado com gêsso: bordos, edema. anoxia,	"	31
quebrar	"	31
Cuidado com o morto	"	31
Cuidados com o paciente ambulante	"	31
Cuidados aos pacientes com sondas e drenos	"	31
Cuidados com tração	"	31
Curativo de colostomia	"	31
Curativos simples	"	31
Drenagem postural	"	31
Instilação ocular, nasal, auditiva	"	31
Irrigação vaginal	"	31
Lavagem externa	"	31
Lavagem intestinal	"	31
Lavagem por colostomia	"	31
Medicação intra-muscular	"	31
Medicação via-oral	"	31
Medicação via anal e vaginal	"	31
T.P.R. e P.A.		
Transporte de paciente para exames espe-	"	31
cializados	"	31
Tricotomia	"	31
Troca de cânula externa	"	32
Trocar frasco de sôro		
	Comuni-cações	52
Anotações em papeleta	"	52
Antender às solicitações médicas	"	51
Comunicações com o paciente		
Comunicações à enfermeira sôbre seu pa-		
ciente	"	52
Comunicações com família do paciente	"	52

ANEXO II C

ATIVIDADES DA ATENDENTE

Atividade	Área	Código
Alimentação — transportar e distribuir	Doméstica	10
Buscar e guardar roupa	"	10
Cama vazia	"	10
Cuidado com a unidade do paciente	"	10
Esterilização de material	"	10
Lavagem de chão e parede em M.I.	"	10
Limpeza terminal	"	10
Limpeza e ordem de serviço: pôsto de enfermagem, salas de exame, salas de curativo etc.	"	10
Remoção de lixo	"	10
Rol de roupa	"	10
Banho de paciente ambulante	Básica	21
Fazer barba de paciente	"	21
Assistir passagem de plantão	Técnica	32
Auxiliar a colheita de material para exame	"	31
Transporte de paciente: alta, admissão, ato cirúrgico de paciente inconsciente, aplicação de exames repetidos com freqüências	"	31
Pesar paciente ambulante	"	31
Coleta de material da clínica	Organização	40
Cuidados com sondas, drenos, seringas e outros materiais	"	40
Limpeza e arrumação do carrinho de curativos	"	40
Anotação em papeleta	Comunizações	52
Atender às solicitações médicas	"	52
Comunicações com o paciente	"	51
Informar (e auxiliar) a enfermeira sôbre e(com) material, equipamento, necessidades em geral, referentes às suas atividades	"	52
Comunicações com família de paciente	"	52

ANEXO II D

ATIVIDADES DA SECRETÁRIA

Atividade	Área	Código
Alta de paciente: preparar	Organização	40
Arrumação de armário de medicamentos	"	40
Atender telefone e transmitir recado	"	40
Atualizar o censo antes de sair do serviço	"	40
Conservar atualizada a lista de paciente	"	40
Contrôle de tóxicos	"	40
Fazer pedidos para o almoxarifado e farmácia	"	40
Marcar consultas e exames em outras clínicas	"	40
Preparo de cartão de medicamentos	"	40
Completar papeleta e pasta do paciente	"	40
Atender às solicitações médicas	Comunicação	52
Comunicações com o paciente	"	51
Informar a portaria sôbre o estado do paciente	"	52
Informar a enfermeira sôbre necessidades referentes às suas atividades	"	52
Comunicação com qualquer membro da equipe sôbre o paciente	"	52

ANEXO II E

ATIVIDADES DA SERVIÇAL

Atividade	Área	Código
Esfregar e encerar	Doméstica	10
Limpar móveis e tirar o pó	"	10
Varrer e limpar chão, paredes e banheiros	"	10

ANEXO III

Nome do observador : Célia Ferreira Santos

Data 5/12/66 Hora 7:30 hs. Turno 1.º

Fôlha n.º 1.º

A	B	C	D	E —— Atividade
Hora	Pessoal observado	Área	Nível	Descrição do que está sendo feito
7:35	AT1	10	AT	Distribuindo alimento
	AT2	31	AE	Verificando T.P.R.
	AE	31	E	Colhendo sangue
	Paciente	31	AT	Auxiliando colheita de sangue
	AT3	52	AT	Anotando em papeleta
	AT4	31	AE	Temperatura e pulso
	Paciente	10	Se	Limpando chão
	AT5	31	AE	Temperatura pulso
	AT6	20	AT	Banho, paciente, banheiro (ambulante)
7:55	AT1	10	AT	Distribuindo alimento
	AT5	10	AT	Cama vazia — arrumando
	AT6	10	AT	Cama vazia — arrumando
	AT3	52	AT	Anotando em papeleta a coleta de material
	AE	31	E	Colhendo sangue
	AT4	31	AT	Trazendo paciente da portaria
	AT2	31	AE	T.P.R. — P.A.

Nível	Ausência por serviço	71
Enfermeira — E Aux. Enferma. — AE Atendente AT Secretária — S Serviçal — Se	**Área**	**Cód.**
	1 — Doméstica	10
	2 — Básica	
	Direta	21
	Indireta	22
	3 — Técnicas	
	Direta	31
	Indireta	32
	4 — Organização	40
	5 — Comunicação	
	Direta	51
	Indireta	52
	6 — De natureza particular	00
	7 — Ausência não identificada	70
	Ausência por serviço	71

ANEXO V — (OBSERVAÇÃO) — TABELA ANALÍTICA II

Censo da semana

C. Médica	262
C. Cirúrgica	258
C. Pediátrica	224
Obstétrica	224

As enfermeiras tinham leitos de outras unidades sob sua responsabilidade, e em n.º diferente conforme o turno.

Enfermaria de	M	T
Cl. Médica	95	633
Cl. Cirúrgica	54	
Cl. Pediátrica	132	599
C. Obstétrica	44	

TABELA ANALÍTICA I — N.º total de horas e percentagem de tempo gasto pelo pessoal de enfermagem perto e longe do paciente, por área de atividade, por unidade e turno, de 13 a 17 de fevereiro

CLÍNICAS		MÉDICA											
Áreas de Atividade	Turno	1º						2º					
	Categoria	E		AE		AT		E		AE		AT	
	Tempo	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
total de atividades		36,00	99,6	36,00	99,6	210,00	99,6	32,00	99,9	74,50	99,82	207,00	99,7
atividades com o paciente		4,00	11,00	15,50	43,00	36,00	17,00	1,25	3,90	21,75	29,16	29,50	14,20
21		0	0	0,25	0,69	6,00	2,80	0	0	1,00	1,34	3,25	1,60
31		3,50	9,70	15,25	42,30	28,00	13,30	0,75	2,34	18,50	24,80	22,75	10,9
51		0,50	1,30	0	0	2,00	0,95	0,50	1,56	2,25	3,02	3,50	1,70
Longe do paciente		26,75	74,10	17,75	49,10	100,75	44,80	28,50	89,00	47,00	62,96	128,75	62,00
22		0	0	0	0	1,50	0,70	0	0	0,50	0,67	0,50	0,24
32		5,50	15,20	12,75	35,40	30,00	14,20	0,75	2,34	12,50	16,70	17,00	8,20
40		8,75	24,30	2,0	5,50	28,00	13,30	6,50	20,30	6,50	8,72	21,25	10,20
70		3,50	9,70	0,75	2,08	4,00	1,90	17,25	53,90	5,75	7,71	14,50	7,00
Mistas		5,25	14,50	2,75	7,50	73,25	34,80	2,25	7,03	5,75	7,70	48,75	23,50
10		0	0	1,00	2,70	63,25	30,11	0	0	17,50	2,34	43,50	21,00
52		5,25	14,50	1,75	4,80	10,00	4,76	2,25	7,03	4,00	5,36	5,25	2,50

TABELA ANALÍTICA — N.º total de horas e percentagem de tempo gasto pelo pessoal de enfermagem perto e longe do paciente, por área da atividade, por unidade e turno, de 13 a 17 de fevereiro — ANEXO IV.

CLÍNICAS		OBSTÉTRICA											
Áreas de Atividade	Turno	1º						2º					
	Categoria	E		AE		AT		E		AE		AT	
	Tempo	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
total de atividades		30,00	99,60	56,50	96,60	157,50	99,70	30,00	99,70	69,00	99,80	222,00	99,70
atividades com o paciente		3,00	9,9	23,25	41,00	34,25	21,70	2,50	8,2	16,25	23,5	27,25	12,2
21		0,25	0,8	3,25	5,70	3,25	2,10	0,25	0,8	0,75	1,10	1,50	0,70
31		2,75	9,10	20,00	35,30	28,00	17,70	2,00	6,6	15,25	22,10	25,00	11,20
51		0	0	0	0	3,00	1,90	0,25	0,8	0,25	0,3	0,75	0,3
Longe do paciente		15,75	52,30	20,25	35,50	51,75	32,70	26,00	86,50	38,50	55,70	126,75	57,00
22		0	0	0,25	0,40	0,25	0,10	0	0	0,25	0,40	0	0
32		0,75	2,50	9,25	16,30	20,00	12,60	2,00	6,60	7,00	10,10	18,25	8,20
40		11,00	36,60	1,50	2,60	12,00	7,60	12,75	42,50	9,00	13,00	21,25	9,60
00		3,5	11,60	5,75	10,10	18,75	11,90	4,75	15,80	20,25	29,30	83,50	57,60
70		0	0	2,00	3,50	0,25	0,20	5,00	16,60	1,5	2,20	3,00	1,30
71		0,50	1,60	1,50	2,60	0,50	0,30	1,50	5,00	0,50	0,70	0,75	0,30
Mistas		11,25	37,40	13,00	23,10	71,50	45,30	1,50	5,00	14,25	20,60	68,00	30,50
10		0,50	1,60	9,75	17,30	63,75	40,40	0	0	11,75	17,00	62,25	28,00
52		10,75	35,80	3,25	5,80	7,75	4,90	1,5	5,0	2,50	3,6	5,75	2,5

TABELA ANALÍTICA I — N.º total de horas e percentagem de tempo gasto pelo pessoal de enfermagem perto e longe do paciente, por área de atividade, por unidade e turno, de 13 a de fevereiro — ANEXO IV.

CLÍNICAS		PEDIATRICA											
Áreas de Atividade	Turno	1º						2º					
	Categoria	E		AE		AT		E		AE		AT	
	Tempo	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
total de atividades		30,00	99,50	36,00	99,60	216,00	99,80	30,00	99,60	54,00	99,90	300,00	100,00
atividades com o paciente		5,25	17,40	11,50	31,90	86,75	40,10	0,75	2,40	18,75	34,60	76,50	25,40
21		0,75	2,50	3,50	9,70	62,50	28,90	0,50	1,60	7,50	13,80	50,50	16,80
31		4,25	14,10	7,75	21,50	23,00	10,60	0,25	0,83	11,25	20,8	25,75	8,60
51		0,25	0,83	0,25	0,70	12,50	0,60	0	0	0	0	0	0
Longe do paciente		19,25	63,90	18,50	51,10	53,50	24,70	28,75	9560	27,00	50,00	150,75	50,30
22		0	0	1,00	2,70	4,00	1,80	0	0	1,25	2,30	12,00	4,00
32		1,25	4,16	9,25	25,60	20,00	9,30	0	0	4,25	7,90	15,50	5,20
40		6,50	21,60	6,25	17,30	16,50	7,60	3,50	11,60	3,25	6,00	20,00	6,70
00		3,50	11,60	2,00	5,50	10,00	4,60	1,00	3,20	16,25	30,10	92,50	30,80
70		1,50	5,00	0	0	0,50	0,20	13,00	4,33	1,75	3,20	5,50	1,80
71		6,50	21,60	0	0	2,50	1,20	11,25	37,50	0,25	0,50	5,25	1,80
Mistas		5,50	18,20	6,00	16,60	75,75	35,00	0,50	1,60	8,25	15,30	73,00	24,30
10		0,50	1,60	2,25	6,20	61,00	28,20	0	0	4,75	8,80	56,25	18,70
52		5,00	16,60	3,75	10,40	14,75	6,80	0,50	1,60	3,50	6,50	16,75	5,60

TABELA ANALÍTICA I — N.º total de horas e percentagem de tempo gasto pelo pessoal de enfermagem perto e longe do paciente, por área de atividade, por unidade e turno, de 13 a de fevereiro — ANEXO IV.

CLÍNICAS		C I R Ú R G I C A											
Áreas de Atividade	Turno	1º						2º					
	Categoria	E		AE		AT		E		AE		AT	
	Tempo	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
total de atividades		30,00	99,73	54,00	100,00	156,00	99,80	30,00	99,80	51,00	99,90	210,00	99,50
atividades com o paciente		5,25	17,40	13,50	24,97	33,25	21,2	1,25	4,10	10,25	20,10	30,00	14,20
21		2,00	6,60	0,50	0,91	9,75	6,20	0,50	1,6	0,25	0,5	0,50	0,2
31		2,5	8,30	11,75	21,75	21,25	13,60	0,75	2,5	10,00	19,6	27,75	13,2
51		0,75	2,50	1,25	2,31	2,25	1,40	0	0	0	0	1,75	0,8
Longe do paciente		20,00	66,50	29,50	54,67	58,00	37,2	25,50	84,90	31,00	60,70	110,25	52,30
22		0	0	0,25	0,5	0,75	0,5	0	0	0	0	0,25	0,1
32		2,0	6,6	15,00	27,78	20,50	13,2	1,00	3,30	10,50	20,50	23,25	11,0
40		11,25	37,5	8,00	14,80	17,00	10,9	9,75	32,50	2,50	4,90	12,00	5,7
00		4,00	13,3	5,50	10,18	15,75	10,1	6,25	26,80	17,75	34,80	65,00	30,9
70		1,00	3,3	0,50	0,9	2,50	1,6	3,25	10,80	0	0	4,50	2,10
71		1,75	5,8	0,25	0,5	1,50	0,9	5,25	17,5	0,25	0,5	5,25	2,5
Mistas		4,75	15,83	11,00	20,36	64,75	4,14	3,25	10,83	9,75	19,10	69,75	33,10
10		0,25	0,83	5,50	10,18	54,25	34,77	0,25	0,83	6,50	12,70	62,25	29,60
52		4,50	15,00	5,50	10,18	10,50	6,70	3,00	10,00	3,25	6,40	7,50	3,50

TABELA ANALÍTICA II — Comparação do n.º médio de minutos de cuidados de Enfermagem possível, por paciente, por turno, com o n.º de cuidados de Enfermagem realmente dado, por categoria de pessoal. Período de 13 a 17 de fevereiro.

CLÍNICA	PESSOAL OBSERVADO	Total possível 1º turno	Total possível 2º turno	Cuidados dados ao paciente: D Turno 1º	D Turno 2º	I Turno 1º	I Turno 2º	T Turno 1º	T Turno 2º	Gastos em atividades não ligadas ao paciente: 10 Turno 1º	10 Turno 2º	40 Turno 1º	40 Turno 2º	00-70 Turno 1º	00-70 Turno 2º	71 Turno 1º	71 Turno 2º	TOTAL Turno 1º	TOTAL Turno 2º
MÉDICA	Todo pessoal	1h 2,34'* 1h 4,5' 64,50	66,78* 71,76	12,66	11,88	15,00	9,60	27,66	21,48	14,70	10,32	8,22	7,86	11,16	30,00	1,74	1,62	36,42	49,80
	Enfermeira	6,06*	3,00*	0,90	0,24	2,46	0,66	3,36	0,90	0	0	1,98	1,50	1,86	4,50	0,96	0,36	4,80	6,36
	Auxiliar	8,22	17,04	3,54	4,92	3,30	3,72	6,84	8,70	0,24	0,36	0,42	1,50	0,54	5,52	0,12	0,72	1,32	8,10
	Atendente	48,06	47,40	8,22	6,72	9,24	5,22	17,46	11,94	14,46	9,96	6,42	4,86	8,76	19,98	0,66	0,54	30,30	35,34
CIRÚRGICA	todo pess.	54,42* 55,6	63,12* 67,20	12,12	9,60	13,68	10,98	25,74	30,58	13,92	16,02	8,46	5,58	6,72	22,50	0,84	2,46	29,94	46,56
	enfermeira	5,76* 6,96	2,82* 6,90	1,20	0,30	1,50	0,84	2,70	1,14	0,06	0,06	2,64	2,28	1,14	2,22	0,42	1,20	4,20	5,76
	Aux.	12,54	11,76	3,18	2,34	4,80	3,18	7,98	5,52	1,26	1,50	1,86	0,54	1,38	4,14	0,06	0,06	4,56	6,24
	Atendente	36,12	48,54	7,68	6,96	7,38	6,96	15,06	13,92	12,60	14,46	3,96	2,76	4,20	16,14	0,36	1,20	21,18	34,56
PEDIÁTRICA	todo pes.	72,48* 75,06	96,90* 102,72	27,66	25,62	15,78	12,12	43,44	37,74	17,04	16,32	7,86	7,14	4,68	34,74	2,40	4,44	31,98	62,64
	enf.	5,04* [illegible]	2,[illegible]* [illegible]	1,38	0,18	1,68	0,06	3,06	[illegible],24	0,12	0	1,74	0,96	1,32	3,72	1,74	3,00	4,92	68
	aux.	9,6	14,46	3,06	5,04	3,72	0,24	6,78	5,28	0,60	1,26	1,68	0,84	0,54	4,80	0	0,06	2,82	6,96
	Aten.	57,84	8[illegible],28	23,22	20,40	1[illegible],38	11,82	33,60	32,22	16,32	15,[illegible]6	4,44	5,34	2,82	26,22	0,66	[illegible],38	24,24	48
OBSTÉTRICA	Todo pes.	64,02*	79,98*	16,14	12,18	13,63	9,90	29,82	22,08	19,74	19,80	6,54	11,52	8,10	31,56	0,66	[illegible],72	35,[illegible]	63,0[illegible]
	Enf.	6,66* 7,98	2,16* 7,98	0,78	0,60	3,06	0,90	3,84	1,50	0,12	0	2,94	3,42	0,96	2,58	0,12	0,42	4,14	6,42
	Aux.	15,12	18,42	6,18	4,32	3,36	2,58	9,54	6,90	2,58	3,12	0,42	2,40	2,04	5,82	0,42	0,12	5,46	11,46
	Atendente	42,24	59,40	9,18	7,26	7,26	6,42	16,44	13,68	17,04	16,68	3,18	5,70	5,10	23,16	0,12	0,18	25,44	45,72

ESTUDOS DE ATIVIDADES DE PESSOAL AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Aparecida Maria Jesuino de Souza *
Hilda Lozier **
Judith Feitosa de Carvalho *

Êste estudo foi efetuado com a finalidade de conhecer as atividades que estão realizando os auxiliares de enfermagem nos serviços de saúde e determinar que outras atividades podm excutar para uma maior contribuição nos prografas de saúde.

O princípio que o norteou foi o de que, em educação de enfermagem, como em outras profissões, a melhor forma de determinar o conteúdo educativo requerido para o exercício da profissão é fazer observações do trabalho que realizam os diferentes membros da equipe, em tôdas as áreas clínicas e de saúde pública.

O mérito principal dêste trabalho é o de servir como subsídio para a revisão do currículo do curso de Auxiliares de Enfermagem, visando torná-lo um instrumento mais de acôrdo com a realidade sócio-econmica e sanitária da Nação e, em decorrência, possibilitar a preparação do auxiliar de enfermagem em níveis científicos e técnicos, adequados às suas atividades presentes e futuras e torná-los conscientes do papel que lhes corresponde nos serviços de saúde, valorizando-os como pessoa humana.

O propósito do estudo

A inexistência de levantamentos e de estudos sôbre a natureza das atribuições e das atividades que o auxiliar de enfermagem está desempenhando nos hospitais e nos centros de Saúde determinou o objetivo dêste estudo, em resposta às seguintes interrogações:

— Quais são as atividades que está realizando o pessoal auxiliar de enfermagem nos serviços de saúde?
— Quais seria os critérios para delimitar as atividades que deve realizar o pessoal de enfermagem?

* Enfermeiras, Seção de Enfermagem do Ministério da Saude.
** Assessôra de Enfermagem da OPAS/OMS — Zona V — Brasil.

Planejamento

A Comissão Assessôra do Projeto 287/6302 sôbre Formação de Auxiliares de Enfermagem concordou em que o estudo fôsse realizado nos Estados abrangidos por êsse Projeto (*) e nos Serviços de Saúde em que trabalham auxiliares de enfermagem egressos de Escolas ou de Cursos dêsse Programa.

O planejamento compreendeu:

1 elaboração detalhada do esquema de pesquisa;

2 definição do pessoal a ser estudado: enfermeira, auxiliar de enfermagem, visitadora e atendente;

3 definição e classificação das atividades de enfermagem;

4 formulação de critérios para delimitar as atividades de pessoal de enfermagem;

5 critério de seleção dos Serviços onde seriam feitas a observações de atividades;

6 elaboração do roteiro, para execução do trabalho nos Estados programados, sob a mesma orientação e supervisão ;

7 preparo de instrumentos:

— fôlha de registro de atividades

— código para classificação de atividades

— critérios para delimitação das atividades do pessoal de enfermagem

— fôlha para registro de diagnóstico

— esquemas das tabelas mestras

— fôlha de resumo de atividades e de pessoal observado

— questionários para os observados.

Ademais, prestaram-se as instruções para os observadores e supervisores do estudo, após testar os instrumentos.

III — O método de estudo

O método utilizado foi o da observação intermitente. As observações registradas na fôlha correspondente permitiram codificar as atividades diretas, indiretas e as não relacionadas à enfermagem, assim como os níveis de julgamento, baseados no porque da ação.

Simultâneamente, foram anotados em modelos próprios, os diagnósticos dos pacientes em cada serviço ou clínica onde se fêz o levantamento, e ainda, o número de leitos existentes e ocupados.

Cada pessoa observada preencheu um formulário sôbre dados pesssoais e relacionados às suas atividades.

(*) Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás e Paraná

IV — A Amostra

A amostra foi intencional. Projetou-se o estudo para 15 Estados, dos quais sòmente 13 apresentaram condições para a realização do levantamento.

A seleção dos serviços, hospitais e centros de saúde obedeceu aos seguintes critérios:

1 — serviços nos quais, dois e mais membros da equipe de enfermagem ,trabalham no mesmo horário;

2 — serviços preventivos e curativos em que o trabalho de enfermagem desenvolve-se em diversos níveis de responsabilidade;

3 — serviços que, segundo o julgamento das enfermeiras membros das comissões locais de coordenação dêsse estudo são os mais representativos em enfermagem.

Nos serviços curativos, as atividades foram observadas por um período de 12 horas, em três dias consecutivos, sempre e quando estavam trabalhando um mínimo de dois membros da equipe de enfermagem. Isto é, as observações foram feitas nas unidades dos serviços, em condições normais de funcionamento.

Em outros serviços, ambulatórios, centro de saúde, centro de reidratação, centros cirúrgicos e serviços de emergência, a observação totalizou 18 horas, correspondentes à três dias contínuos.

Nesse estudo projetou-se pesquisar as atividades de 200 enfermeiras, 200 auxiliares de enfermagem e 200 atendentes, considerando como condição "sine qua non" que a análise das atividades do auxiliar de enfermagem não deve ser feita separadamente, senão em conjunto com a dos demais elementos da equipe de enfermagem, em uma estrutura técnico-administrativa em funcionamento

A amostra nos 13 Estados, projetada para 600 pessoas, sòmente atingiu a 410, correspondentes a68,3%, distribuídos como aparece a seguir:

Enfermeira	14%
Auxiliar de Enfermagem	22%
Atendente	32%

A distribuição dêsse pessoal, com as correspondentes atividades

O Estudo em Hospitais da Guanabara e de São Paulo

Com fins de comparação, foi posteriormente decidido realizar o estudo em dois hospitais da Guanabara e em dois de São Paulo, cujos resultados aparecerão no relatório final, posteriormente.

Análise e interpretação dos dados

Uma análise e interpretação globalizada da investigação total, nos 15 Estados, será posteriormente feita e divulgada.

A necessidade de se trazer a êste Congresso uma informação preliminar ,de fundamental importância para o desenvolvimento da en-

Tabela I — Pessoal de Enfermagem e as atividades por êle realizadas, em números absolutos, nas capitais de 13 Estados. Setembro de 1968.

Cidades	Número de Pessoa			Número Total Pessoal	N.º Total de Atividades
	Enfer.	Aux. Enf.	Atend.		
Manaus AM	5	8	5	18	1.591
Salvador BA	2	10	10	22	960
Fortaleza CE	16	23	43	82	3.415
Goiânia GO	8	8	8	24	1.414
São Luiz MA	10	12	11	33	2.395
Cuiabá MT	4	5	3	12	1.027
Uberaba MG	3	3	5	11	1.765
Curitiba PR	7	12	19	38	2.803
J. Pessoa PB	4	13	28	45	2.204
Teresina PI	1	5	9	15	2.036
Belém PA	10	19	17	46	3.310
Recife PE	11	11	21	43	4.304
Aracaju SE	3	6	12	21	855
Total	84	135	191	410	28.079

fermagem como um todo, determinou a apresentação dêste trabalho, que representa uma função da amostra, **em três Estados,** cuja seleção obedeceu aos seguintes critérios:

1 — pertencerem ao Nordeste, região considerada prioritária no País;
2 — apresentarem indicadores semelhantes em aspectos sócio-econômicos, educacionais e sanitários;
3 — apresentarem as variedades de serviços prèviamente estabelecidos no plano;
4 — permitirem comparabiildade de observações nos horários de trabalho.

Os dados da Tabela I indicam que os atendentes estão numa alta proporção, em confronto com os demais membros da equipe, consti-

II — Pessoal de enfermagem observado e respectivas horas de trabalho, em números absolutos, nas 84 unidades de serviços de saúde, nas capitais de 13 estados. Setembro de 1968.

Cidades	Total		Pessoal observado					
			Enfermeiras		Aux. Enferm.		Atendentes	
	Pes. Obs.	Horas	N.º	Horas	N.º	Horas	N.º	Horas
Manaus, AM	18	346	5	127	8	137	5	82
Salvador, BA	22	287 45	2	20 15	10	131 30	10	127
Fortaleza, CE	82	886	16	266	23	318	43	302
Goiânia, GO	24	303 25	8	104 11	8	106 30	8	92 45
São Luiz, MA	33	800	10	193	12	316 25	11	290
Cuiabá, MT	12	279	4	101	5	101	3	77
Uberaba, MG	11	419 35	3	128	3	115 35	5	176
Curitiba, PR	38	619 45	7	114 30	12	203 15	19	302
João Pessoa, PB	45	454 45	4	43	13	131 15	28	280 30
Teresina, PI	15	387	1	10	5	150 10	9	227 10
Belém, PA	46	623 15	10	140 30	19	240	17	242 45
Recife, PE	43	582 15	11	178 45	11	160 45	21	242 45
Aracaju, SE	21	233 15	3	42 15	6	60 30	12	130 30
T O T A L	410	6 212	84	1 468	135	2 171	191	2 573

tuindo uma das variáveis que, como se observa mais adiante, constitui um dos grandes problemas de enfermagem nos Serviços de Saúde.

Êsse é um dado de grande valor, porque pode servir de indicador no processo de desenvolvimento dos programas de enfermagem nos serviços de saúde.

A Tabela II, conforme aparece em seguida, mostra as categorias de pessoal observado, com as respectivas horas, nos 13 Estados.

Como se pode verificar, foram observadas 410 pessoas, durante 6212 horas, não incluindo as horas e as pessoas que participaram no planejamento, na coordenação e na execução do estudo, e no processamento dos dados.

Essa amostra de 8571 observações, distribuídas por atividades diretas, indiretas e não ligadas à enfermagem, em números absolutos e respectivas porcentagens, por serviço, e o pessoal que as realizou, aparecem nas Tabelas III e IV.

III — Total de pessoal e de atividades de enfermagem, observados nas capitais de 3 estados: Ceará, Pernambuco e Sergipe. Setembro de 1967.

Estados	Total de pessoal observ.			Total de Pess. Obs.	Total de Atividades
	Enferm.	Aux. Enf.	Atend.		
Ceará	18	25	43	86	3 415
Pernambuco	11	11	21	43	4 301
Sergipe	3	6	12	21	855
TOTAL	32	42	76	150	8 571

Critérios para delimitação das atividades do pessoal de enfermagem

1 — Enfermeira

1.1 — Capacidade para identificar e diagnosticar as necessidades de enfermagem do indivíduo, da família e da comunidade.

1.2 — Conhecimento e habilidade para fazer julgamentos significativos para o indivíduo sadio ou doente.

IV — Atividades do pessoal de enfermagem por serviços, em percentagem, em geral, Pernambuco e Sergipe — Setembro de 1967.

SERVIÇOS	Nº Pessoal Observado				Nº Total	Atividades diretas				Atividades indiretas				Atividades não de enf.			
	Enf.	Aux.	Atend.	Total	atividades	Total	Enf.	Aux.	Atend	Total	Enf.	Aux.	Atend	Total	Enf.	Aux.	Atend
	Nº	Nº	Nº		p/ serviço	Nº	%	%	%	Nº	%	%	%	Nº	%	%	%
Pronto Socorro	1	2	9	12	572	218	8.7	19.2	72.0	154	8.7	19.3	72.0	200	46.0	15.0	39.0
Cirurgia mulheres	3	2	14	19	821	256	24.0	36.0	40.0	326	45.0	19.0	35.0	239	39.0	18.0	43.0
Centro cirúrgico	1	5	10	16	509	116	12.0	49.2	38.8	148	34.5	39.2	26.3	245	26.9	34.4	38.8
D.Trans.homens	1	1	1	3	219	56	11.0	52.0	37.0	98	48.0	32.0	20.0	65	32.3	20.0	47.7
D.Trans.mulheres	1	1	1	3	225	81	12.3	38.3	49.4	108	51.0	35.5	17.5	36	27.8	27.8	44.4
Cl.méd.cir.mulheres	0	1	1	2	103	44	0	30.0	70.0	40	0	35.0	65.0	19	0	68.4	31.6
" " homens	1	1	1	3	189	53	15.3	34.0	50.7	98	42.0	37.0	21.0	38	31.5	25.5	42.0
Cl.médica-homens	1	1	1	3	275	51	14.0	48.0	38.0	127	42.0	33.0	25.0	97	45.0	20.0	35.0
" " mulheres	10	10	2	22	766	156	26.0	59.0	15.0	439	50.0	38.0	12.0	271	68.0	22.0	10.0
Mat.clínica obst.	4	7	6	17	1120	293	11.3	48.0	41.7	432	33.6	36.4	29.9	395	31.7	28.6	39.7
Berçário	1	1	1	3	242	57	5.3	24.5	70.2	105	50.5	8.6	40.9	80	75.0	5 .0	20.0
Pediatria	2	1	3	6	369	131	10.4	31.3	57.3	164	41.4	19.5	39.0	74	35.0	10.9	54.1
Emerg.pediátricas	1	4	6	11	536	148	9.5	57.5	33.0	171	27.0	39.0	34.0	217	12.0	25.0	63.0
Cent.reidratação	0	0	6	6	1019	583	0	0	100.0	254	0	0	100.0	182	0	0	100.0
Ambulatório	0	0	2	2	85	24	0	0	100.0	0	0	0	0	61	0	0	100.0
Amb.ortopedia	0	0	3	3	285	57	0	0	100.0	63	0	0	100.0	165	0	0	100.0
CENTRO DE SAÚDE:																	
Serv.imunizações	1	1	1	3	213	77	15.0	57.0	21.0	90	60.0	10.0	20.0	46	6.5	41.4	52.0
AMSI (AS.à criança)	1	1	1	3	313	74	20.2	13.5	66.2	112	67.0	16.0	17.0	127	21.0	46.0	33.0
AMSG (As.à gest.)	1	1	2	4	376	131	35.0	20.0	45.0	89	12.0	16.0	72.0	156	32.0	28.0	40.0
Assist. familiar	1	1	1	3	176	30	43.0	43.0	14.0	91	28.0	42.0	29.0	55	34.0	18.0	47.0
Assist.infantil-TB	1	1	4	6	161	75	8.0	8.0	84.0	25	28.0	16.0	56.0	61	15.0	7.0	78.0
TOTAL	32	42	76	150	8574	2711				3034				2826			

1.3 — Capacidade para tomar decisões e executar as ações na área de sua competência.

1.4 — Competência técnica e conhecimento científico, para executar e fazer cumprir prescrições e indicações dos elementos técnicos da equipe .

1.5 — Habilidade para estabelecer prioridades, planejar o cuidado do paciente e família e delegar autoridades.

1.6 — Competência para supervisionar as atividades do pessoal de enfermagem.

1.7 — Capacidade para orientar e ensinar o indivíduo, a família, a comunidade e o próprio pessoal de enfermagem.

1.8 — Competência para investigar e planejar as ações gerais e as de sua área específica, junto à equipe.

2 — **Auxiliar de Enfermagem**

2.1 — Capacidade e discernimento para executar as atividades e as tarefas próprias de sua função.

2.2 — Conhecimento de princípios científicos que se apliquem às atividades próprias de seu nível.

3.3 — Capacidade para compreender e para executar ordens. dados de enfermagem que lhe correspondem.

2.4 — Habilidade em fazer julgamentos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem de seu próprio nível e área de responsabilidade.

2.5 — Capacidade para compreender e para executar ordens.

3 — **Atendente**

3.1 — Domínio de habilidade e destreza para realizar atividades elementares de enfermagem.

3.2 — Capacidade e habilidade para realizar as atividades próprias da atendente.

3.3 — Capacidade para compreender e para exectuar ordens.

Tomando como padrão êstes critérios, a satividades das três categorias de pessoal de enfermagem foram classificadas como aparecem na Tabela V Anexa.

A análise e a interpretação desta Tabela estão apresentadas no ítem 3.

Nos três Estados considerados, a análise e a interpretação dos dados foram feitos sob quatro aspectos:

1 — análise e interpretação genéricas;

2 — análise e interpretação segundo as áreas — atividades diretas; atividades indiretas; atividades não ligadas à enfermagem, e também por categoria de pessoal;

V — Atividades observadas por categoria de pesosal, de enfermagem que as realizou, segundo o critério profissional — teórico em 3 Estados do Nordeste do Brasil — Setembro de 1967

Atividades realizadas por:	Nº de Pessoal	Nº total de Atividades		Atividades próprias das enfermeiras				Atividades próprias das Auxiliares de Enfermagem				Atividades próprias das atendentes			
				Normal		Observado		Normal		Observado		Normal		Observado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiras	84	2297	100	2872	100	1578	55	-	-	242	7.	-	-	37	1.07
Auxiliares de Enfermagem	135	2085	100	-	-	501	17.4	3455	100	1028	29.75	-	-	186	5.38
Atendentes	191	4189	100	-	-	793	27.6	-	-	2185	63.24	3554	100	576	16.68
TOTAL	410	8571		2872	100	2872	100	3455	100	3455	100	3554	100	799	23.13

3 — análise e interpretação de atividades segundo critérios estabelecidos para delimtiar as atividades das três categorias de pessoal de enfermagem;

4 — análise e interpretação de atividades em função da estrutura técnico-administrativa dos serviços de enfermagem.

A seguir apresentam-se, na ordem já enumerada, as respectivas análises e interpretações dos dados obtidos no estudo de 27 Serviços de Saúde.

Análise e interpretação genéricas:

1. — os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes e às famílias são predominantemente de nível elementar;

2. — não se observa diferença marcante entre a satividades que estão realizando as enfermeiras, os auxiliares e os atendentes;

3. — grande número de cuidados de enfermagem, que exigem alto grau de responsabilidade ,estão sendo feitos por atendentes;

4. — o tipo de cuidado de enfermagem, em todos os serviços e especialidades, é similar, fazendo supor que obedece puramente a uma rotina tradicional;

5. — não existe correlação entre os cuidados de enfermagem e os diagnósticos dos pacientes atendidos;

6. — não se registraram atividades dirigidas às famílias dos pacientes hospitalizados;

7. — atividades importantes no cuidado do paciente como: higiene pessoal, alimentação, confôrto, verificação de sinais vitais, satisfação das necessidades religiosas, emocionais e de orientação ao paciente e à família não aparecem com freqüência significativa, conforme os seguintes dados:

Atividades	N.º Enfermeiras	%	N.º Auxiliares	%
Higiene pessoal	2	0.0002	55	0.006
Alimentação	4	0:0004	15	0.002
Confôrto	6	0.0006	7	0.0007
TPR	30	0.004	67	0.008
TA	15	0.002	31	0.003
Pêso em crianças	3	0.0003	10	0.001
Assistência religiosa	—	—	—	—
Assistência psicológica	1	0.0001	1	0.0001
Orientação do paciente	—	—	—	—
Orientação da família	39	0.005	6	0.0006

8. — as atendentes e os auxiliares estão realizando as mesmas atividades;

9. — observa-se o fato de que, nesses Serviços o número de atendentes representa 50,7% do total de pessoal da equipe de enfermagem, os auxiliares 28% e as enfermeiras 21,3%.

10. — merece especial destaque a verificação de que os atendentes, no mesmo horário de trabalho executam cuidados diretos com o paciente, que exigem rigorosa assepsia, como transfusão lavagem vesical, injeções venosas, curativos e realizam limpeza de banheiros e de piso.

Aplicação das injeções	101
Aplicação de sôro	53
Curativos	52
Limpeza em geral	21
Fazendo transfusão	9
Administração de oxigênio	6
Coleta de sangue	5
Aspiração de sacreção	2
Cateterismo vesical	1

11. — chama a atenção, a não existência de enfermeira em três Serviços observados, 2 ambulatórios e 1 centro de reidratação;

12. — os Serviços de Saúde, considerados prioritários no Nordeste, não foram considerados no planejamento local, em proporção significativa;

13. — a descrição de atividades, como supervisão, orientação e outras, não corresponde à conceituação técnica dos têrmos.

Análise e interpretação segundo as áreas — atividades diretas; atividades indiretas; atividades não ligadas à enfermagem e também por catgoria de pessoal

1. O maior número de cuidados diretamente prestados ao paciente, foi realizado por atendentes, num total de 1 617, que representa 59.65%. Os auxiliars vêm a seguir, com 773 atividades, ou seja 28.50%. As enfermeiras realizam 321 atividades, o que equivale a 11.48%.

2. o maior número de atividades indiretamente relacionadas com o cuidado do paciente foi efetuado pela enfermeira, totalizando 1211, que corresponde a 39.90%. Isto deve-se em parte à utilização de grande número de horas-enfermeiras, empregado em tarefas burocráticas.

Os auxiliares realizam 775 atividades indiretas, 24.80%.

Os atendentes aparecem com 1.068, 32.22%.

3. o maior número de atividades não ligadas à enfermagem coube aos atendentes, com um total de 1 404 atividades, equivalente a 49.70%. O fato será analisado no ítem 3, que aparecia a utilização das três categorias de pessoal;

As enfermeiras realizaram 865 atividades, 30.60% .
Os auxiliares 557 atividades, 19.70%.

Análise e interpretação de atividades segundo critérios estabelecidos para delimitar as atividades das três categorias de pessoal de enfermagem

1. De um total de 8 571 atividades registradas, 2 297 foram efetuadas pela enfermeira. De acôrdo com os critérios estabelecidos, o total de atividades próprias da enfermeira foi de 2 872. Desta cifra, as enfermeiras realizaram 1 578 — 55%.

Os auxiliares, 501 — 17.4%, e os atendentes, 793 — 27.6%. Os auxiliares e os atendentes estão executando atividades próprias da enfermeira, contribuindo os atendentes com maior porcentagem, sendo êsse pessoal, o de menor qualificação na equipe.

2. das 8 571 atividades, os auxiliares realizaram 2 085, quando de acôrdo com os critérios estabelecidos deveriam ter efetuado 3 455, próprias de sua categoria. Do total de 3 455, as enfermeiras realizaram 242 — 7%, os auxiliares 1 028 — 29,75% próprias de sua categoria e os atendentes 2 815, 63.24%.

Como demonstrado, aos atendentes estão cabendo as mesmas atividades dos auxiliares, sendo que, por serem numèricamente superiores, as estão realizando em proporção maior. Êsse fato tem alto alto significado para o nível técnico do cuidado de enfermagem e para o mercado de trabalho do auxiliar.

3. das 8 571 atividades, os atendentes realizaram 4 189. Segundo os critérios adotados o número de atividades codificadas como sendo próprias do atendente, foi de 799. Dêste total, 576 — 16.68%, foram feitas pelo atendente; 186 — 5.38%, pelo auxiliar; 37 — 1.07%, pela enfermeira. Em realidade, os atendentes realizaram 3 554 atividades, assim distribuídas: próprias do atendente 576 — 16.68%; próprias da enfermeira 793 — 27.6%; próprias do auxiliar 2 185 — 63.24%.

Esta desproporção é atribuída a fatores como: maior número de atendentes por equipe de enfermagem; má distribuição das tarefas e fôrça das circunstâncias, que obrigam o emprêgo de pessoal sem a devida qualificação para as atividades de enfermagem;

4. as diferenças que apareceram entre as atividades totais realizadas pelas três categorias de pessoal de enfermagem e as registradas como efetivamente efetuadas, deveu-se ao grande número de atividades de ordem exclusivamente pessoal ou sem utilidade para o Serviço. Essas perdas representam: enfermeiras 439 — 19%; auxiliar 317 — 15%; atendentes 635 — 15%.

Análise e interpretação de atividades em função da estrutura técnico-administrativa dos serviços de enfermagem

1. As enfermeiras, os auxiliares e os atendentes estão realizando as mesmas atividades, o que evidencia a falta de definição de atribuições e de atividades dêsse pessoal.

2. O tipo de atividade que está prestando o pessoal de enfermagem indica falta de boa organização das estruturas de enfermagem dos serviços observados, parecendo não existir programas de trabalho, normas, rotinas e outros instrumentos básicos de administração.

3. Nenhuma vez houve referência a plano de cuidado de enfermagem, para pacientes hospitalizados.

4. Grande número de atividades, indiretamente relacionadas ao paciente, que a enfermeira efetua, podem ser executadas por uma secretária de clínica;

5. As atividades administrativas da competência da enfermeira, planejamento de suas atividades, cordenação, orientação, supervisão, avaliação e ensino do pessoal de enfermagem, aparecem em baixa proporção, conforme demonstram os números seguintes:

6. não foram observadas atividades relativas à reunião de pessoal de enfermagem, à educação em serviço e a outras, relacionadas com o aperfeiçoamento do pessoal.

Conclusões

O estudo do levantamento em 27 Serviços de Instituições de Saúde dêsses três Estados revelou:

1. a quase totalidade dos cuidados de enfermagem prestados são de nível elementar;

2. a organização técnico-administrativa dos serviços de enfermagem é deficiente, refletindo a situação administrativa geral das Instituições em que se realizaram as observaços;

3. não há delimitação de atribuições, estando cada grupo de pessoal de enfermagem executando atividades que competem ao outro;

4. os cuidados de enfermagem registrados não caracterizam as especialidades clínicas;

5. os cuidados de enfermagem não guardam relação nem quanto aos diagnósticos ,nem quanto às condições dos pacientes;

6. as atividades de administração das unidades de enfermagem quase não estão sendo executadas;

7. não foram registradas atividades relativas à orientação, treinamento e aperfeiçoamento do pessoal;

8. não se registram atividades educativas ao paciente e à família.

Recomendações

Recomenda-se:

1. que sejam reorganizados os serviços de enfermagem das instituições de saúde, para melhor utilização e supervisão do pessoal e mais efetiva prestação de assistência à comunidade;

2. que sejam delimitadas as atribuições e as atividades de enfermeira, de auxiliar de enfermagem e do atendente, etapa de fundamental importância para a formação e o treinamento do pessoal de enfermagem, bem como para a organização dos serviços;

3. que sejam estabelecidos planos de atualização das enfermeiras, a fim de que as mesmas possam ajustar os serviços de enfermagem a modernas conceituações e ao funcionamento dos programas de saúde;

4. que sejam desenvolvidos regularmente, cursos de preparação de enfermeiras para o ensino de pessoal auxiilar de enfermagem;

5. que sejam reformulados os programas de ensino das Escolas e dos Cursos de Auxiliares, de modo que os estudantes sejam devidamente preparados para exercerem as atribuições que lhes cabem nos serviços de saúde;

6. que os Cursos de Auxiliares tenham sua duração reduzida para um ano letivo;

7. sejam desenvolvidos planos de treinamento em serviço para os atendentes que não têm possibilidade de ingresso em cursos regulares de auxiliares de enfermagem;

8. que sejam estabelecidas ,em cada Estado, comissões de enfermeiras de Escolas e de serviços, com os órgãos de saúde e educação, para planejar e executar as recomendações relativas à formação e ao treinamento de pessoal.

9. que sejam realizados estudos, para determinar os cuidados essenciais que devem receber os pacientes, em função de necessidades básicas, do diagnóstico e de suas condições;

10. que seja promovido entrosamento e coordenação entre o corpo docente das Escolas e de Cursos de Auxiliares e as enfermeiras dos serviços que servem de campo de prática;

11. que seja repetido êste levantamento no prazo de 2 anos.

BIBLIOGRAFIA:

ADIESTRAMIENTO del personal auxiliar en salud publica: informe de um grupo de estudio de la Organização Panamericana de la Salud. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana,** 16 (5): 383-395, nov. 1966.

ALVIM, Emengarda de Faria e outras — Pesquisa operacional: as atividades de enfermagem na Fundação Serviço Especial de

Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem, 19** (4): 236-302, ago. 1966.

BRADFORD, H. — Principios de estadistica medica. Buenos Aires, El Ateneo, 1965.

GEORGE, W. H. — The scientis in action: a scientific study of his methods. Londos, Lancet, 1936.

HENDERSON, V. — Princípios básicos sôbre cuidados de enfermagem Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1962

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING — Special commission and commitees reports to Grant. Council meetingsã Frankfurt, jun. 1965.

JAHODA | and others | — Research methods in social relations: part I and Part II. New York, Driven, 1958.

NUERSING RESEARCH JOURNAL: ANNUAL INDEX ISSUE, 11 (4): Fall 1962.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD — Guia para el adiestramiento de auxiliares de enfermeria. Washington, OMS, 1964.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD — Quinto informe: comité de expertos de la OMS. Ginebra, OMS, 1966.

PASCUA, M. — Metodologia bioestadistica para medicos y oficiales sanitarios. Madrid, Paz Montalvo, 1965.

SILVA, G. R. da — Metodologia da pesquisa. — **Revista Brasileira de Enfermagem,** 17 (5): 217-222, out. 1964.

U. S. A. DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELFARE — The head nurse looks at her Job. Publications n.º 227, 1953.

WORLD HEALTH ORGANIZTION — How to study supervisores activities. Washington, WHO, 1957.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — Seminar on the training and use of auxiliary nursing personnel. Copenhagen, WHO, 1963.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — The use and training of auxiliary personnel in medicine, nursing and midwifery and sanitation fifth report. Geneva, WHO, 1961.

PLANO DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO

Clarice Oliveira
Hyeda Maria Rigaud *

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A experiência que passamos a relatar foi realizada no Hospital Prof. Edgard Santos, da Universidade da Bahia, em Salvador. Êsse Hospital tem capacidade de 356 leitos, distribuídos em 17 clínicas de adultos e uma de crianças. Cada unidade tem, em média, 20 pacientes. Atende parte da população da capital e do interior, além de outros estados vizinhos. Está localizado na área da Universidade, pela qual é mantido, e serve de campo de estágio para estudantes das várias áreas de saúde, bem como de campo para atualização e pesquisa aos profissionais.

Este trabalho teve início com a realização de um levantamento das necessidades de enfermagem nas unidades, através de um questionário aplicado a 50% das enfermeiras-chefes, com a finalidade de servir de base à elaboração de um plano de supervisão. De posse dos dados do questionário e de outros resultantes de observação direta na área, foi sentida a necessidade de maiores estudos acêrca da assistência que vinha sendo prestada aos pacientes. Foi também comprovada a existência de uma série de problemas cujas soluções eram de caráter urgente, como por exemplo: o uso que vinha sendo feito do kardex — embora 90% das enfermeiras reconhesse o seu indiscutível valor no planejamento da assistência ao paciente, punha reservas quanto ao seu funcionamento nos moldes em que era feito; 60% opinava pela necessidade de revisão do sistema de anotações e comunicações internas, no sentido de torná-lo mais objetivo; 80% apontava a insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoal prejudicando o andamento dos trabalhos.

Com a obtenção dêsses resultados foi elaborado um plano de supervisão, visando a correção das falhas acima apontadas. Após a devida aprovação deste plano, partimos para a orientação, observação e supervisão de todo o pessoal, no período das 24 horas. Inicialmente, consideramos que seria difícil a implantação de modificações

* Professôra da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

radicais em tôdas as unidades simultâneamente, daí terem sido escolhidas duas unidades representativas do contexto geral do Hospital, sendo uma unidade médica e outra cirúrgica, onde foram testadas as modificações propostas, adaptáveis às condições do ambiente, foram divulgadas e avaliadas, antes de serem aplicadas em âmbito maior.

A experiência foi realizada de julho a dezembro de 1967, tendo sido feita a primeira avaliação no fim de um mês e a segunda após 180 dias.

Após a avaliação inicial a experiência foi sendo implantada gradativamente nas demais unidades, sendo que para a segunda avaliação á contávamos com 15 que haviam adotado as modificações.

Antes de começarmos o plano experimental realizamos reuniões com as enfermeiras-chefes, a equipe auxiliar e o corpo clínico das unidades pilôto, para apresentação do mesmo e especificação da participação dêstes elementos na sua execução.

Além do estudo da necessidade de melhoria do padrão de assistência prestada aos pacientes pela equipe de nfermagm, tivemos também como meta a delimitação de uma área específica de enfermagem, através de uma garantia de comunicação mais explícita da orientação a ser dada na assistência diária ao paciente, conseqüentemente determinando uma tendência ou uma exigência quanto ao crescimento profisisonal da enfermeira, através de um estudo efetivo e contínuo da situação do paciente, como indivíduo doente, reagindo a uma hospitalização.

Como a enfermeira-chefe é a líder da sua equipe, conseqüentemente responsável pelo planejamento e cumprimento da assistência de enfermagem, torna-se necessário definir a sua responsabilidade na dterminação de um plano escrito de assistência a cada paciente sob sua orientação.

A IMPORTÂNCIA DO PLANO ESCRITO

1 Como meio de comunicação

Para êste planejamento é imprescindível que sejam definidas as linhas de comunicação dentro da própria equipe de enfermagem, e com os demais membros da equipe de saúde, a fim de que possam ser abordados todos os aspectos para o atendimento às necessidades do paciente.

Para que esta seja bem interpretada é indispensável que se tome como ponto central o paciente, cujas condições reveladas nortearão todo o conteúdo científico das prescrições a serem feitas; tais condições implicam em que o plano seja elaborado com o máximo de individualização, no atendimento preciso das necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e religiosas dêste. Além disso como deve ser êste o centro impulsionador de todo movimento da equipe de saúde, e como o serviço de enfermagem é o que está mais diretamente

ligado a êle durante as 24 horas do dia, é importante o papel da enfermeira como catalizador de outros serviços, para colocá-los ao alcance da assistência ao paciente. É pois a enfermagem que assume uma das maiores áreas de comunicação no hospital. O próprio plano de assistência é um grande sistema de comunicações, através do qual a líder da equipe colhe subsídios do paciente, da equipe médica, do Serviço Social e do Serviço de Nutrição, dos resultados laboratoriais, e com todo êste contexto estabelece a prioridade dos cuidados e **determina tôda a assistência** a ser prestada pela equipe, naquele dia, ao paciente. Por outro lado, ainda é esta mesma equipe que leva ao paciente a orientação do seu tratamento e dos seus cuidados, e transmite aos demais elementos da equipe de saúde tôdas as informações dêle colhidas verbalmente ou de registros e anotações no prontuário.

Uma vez que cabe a enfermeira-chefe assumir tantos aspectos de comunicação com outras áreas é imprescindível um planejamento equilibrado, através de um esquema escrito e assinado por ela, para que a equipe auxiliar possa se orientar com maior segurança. A revisão diária se faz necessária embora, em alguns casos, possa o paciente permanecer com a orientação anterior, quando deverá a enfermeira-chefe **autorizar** que se continuem os cuidados que vinham sendo prestados.

Em muitos casos o plano deverá sofrer uma modificação dentro do período previsto para a sua execução, ou reformulação de todo conteúdo, quando o estado do paciente se modifica de maneira imprevisível, como ocorre em cirurgias de urgência tais como enfarte de miocárdio, edema agudo de pulmão ou qualquer circunstância cuja gravidade se estabeleça repentinamente.

Esta orientação pode ser realizada no nosso meio, por se tratar de um Hospital Escola, onde o número de enfermeiras é equilibrado em relação ao número de pacientes, e ainda por contar com a participação deestudantes de enfermagem,quando em estágio. É possível que em outras instituições, onde o profissional é ainda em número insuficiente para o atendimento a um grande número de pacientes, não se consiga realizar, diàriamente, o plano de cada um dêles. Neste caso deverá levar-se em consideração, pelo menos, os pacientes graves e aquêles de cuidados intensivos como num pré e pós-operatórios imediatos ou ainda naqueles casos em que a assistência se faça necessária especìficamente.

2 Como meio didático

O plano escrito poderá ser utilizado também como um recurso didático, a fim de desenvolver na estudante de enfermagem, desde os primeiros estágios, a capacidade de fazer a previsão das necessidades do paciente. Uma vez orientada a considerar o paciente como um todo, para quem deve ser planejada uma assistência integral, baseada nas necessidades fundamentais da pessoa humana, acrescida

das variantes determinadas pelo quadro patológico, a estudante estará apta a executar e analisar melhor cuidado. Terá sido motivada para um estudo mas detalhado do quadro do paciente, do conhecimento de sua personalidade e de suas características individuais e poderá interpretar, mais eficientemente, as suas reações, sinais e sintomas.

Desenvolverá também o seu espírito de liderança, uma vez que o plano por ela idealizado terá participação de outros elementos na execução e ela poderá chegar à avaliação objetiva da eficiência da assistência recebida pelo seu paciente.

Tivemos oportunidade de comprovar esta afirmação no decorrer da experiência, com o estágio de estudantes de enfermagem nas unidades. Essas estudantes que foram orientadas na elaboração do plano, chegaram a realizá-lo com grande eficiência. Vale salientar que alguns planos realizados pelas mesmas, em estágio de administração, foram mais completos e efetivos do que outros realizados por enfermeiras-chefes.

Alés disso, pode-se pensar que se êsses planos forem bem feitos e arquivados fornecerão, no futuro, um rico material de estudo e pesquisa, quanto à elaboração da assistência de enfermagem nos vários tipos de pacientes.

3 Como método de avaliação

O plano escrito é ainda uma maneira objetiva de que dispõe a enfermeira-chefe para a avaliação do cuidado que está sendo prestado pela sua equipe ao paciente, pois êle oferece recursos para melhor cobrança do que foi estabelecido e de como reagiu êste.

Pode-se considerar também o seu valor como rcurso de avaliação da qualidade da enfermeira-chefe da unidade, que através do plano escrito revela a sua capacidade de especificar os cuidados adequados a cada paciente. Funciona como fonte de informação e debate, considerando que a enfermeira-chefe que não procura através dos seus conhecimentos dominar progressivamente o seu campo de trabalho jamais poderá liderar o seu grupo.

Na coleta de dados para a avaliação do trabalho pôde-se chegar a uma conclusão sôbre qualidade das enfermeiras ora ocupando cargos de chefia, levando sugestões à direção do Serviço de Enfermagem para a reformulação do quadro.

4 Como definição da área profissional

É importante também que se considere a situação indefinida em que se encontra o profissional de enfermagem na sociedade face às demais profissões, mòrmente a profissão médica, que está mais diretamente ligada à enfermagem e cujos conflitos por um estabelecimento de áreas de trabalho são ainda uma constante. Se a enfer-

meira assume seu papel de liderar a orientação da assistência de enfermagem ao paciente, se mantém a sua equipe orientada quanto ao que deve ser feito com o paciente, se mostrar a sua capacidade de sintetizar o atendimento de tôdas as necessidades do paciente, num planejamento bem feito e eficiente, por certo será êste o maior testemunho de sua possibilidade de desempenhar o seu papel na equipe de saúde e de poder caracterizar-se como profissional liberal, porque terá a sua área de trabalho bem definida.

Isto foi comprovado através de melhor aceitação da atuação da enfermeira especìficamente como responsável pela elaboração do plano de assistência ao paciente.

Essa comprovação foi feita por meio da observação das prescrições de enfermagem, que algumas vêzes eram feitas pelo médico quando da sua prescrição diária, como por exemplo: a orientação do contrôle dos sinais vitais do paciente, contrôle de líquidos, contrôles de pêso, preparo para as diversas cirurgias e exames, profilaxia de escaras, bem como orientação quanto ao aspecto de assistência, o que com êste plano passou a ser de inteira responsabilidade da enfermeira, especificando assim a sua área de atuação junto ao paciente.

PLANO EXPERIMENTAL

O plano foi traçado levando em consideração tôdas as observações e dados já mencionados, partindo para a execução daqueles problemas mais gritantes, tendo em vista, principalmente, conscientizar a responsabilidade da assistência ao paciente. Dêste modo, verificamos que as fichas kardex necesitavam de modificação imediata.

Observamos também que o fato da repetição da transcrição das medicações no kardex e nos cartões representavam uma perda de tempo da enfermeira-chefe em aspectos burocráticos, em detrimento dos demais aspectos da assistência, além de apresentar grande margem de erros, uma vez que um mesmo medicamento era transcrito 2 vêzes. Procuramos utilizar melhor essas fichas, no sentido de promover maior conhecimento da pessoa do paciente, pela identificação dos fatores físicos, psico-sociais, econômicos e religiosos, fatôres êstes importantíssimos na determinação do seu comportamento face a hospitalização. Também consideramos de maior ênfase os dados que revelam a evolução do seu quadro e do seu comportamento de expectativa para o tratamento e a recuperação.

Além disso uma das fichas foi reservada para o planejamento diário da assistência de enfermagem, com base nas condições apresentadas pelo paciente. Fomos voltadas a dar maior ênfase à entrevista de admissão do paciente à enfermaria, mesmo já tendo sido êste orientado pela enfermeira da sala de Admissão, mas com a finalidade de promover a sua melhor adptação ao meio hospitalar e de colher dados para preenchimento das fichas kardex. Nesta entre-

vista inicial também foi feita verificação do seu estado geral e iniciado o plano de assistência.

Foram incentivadas as enfermeira-chefes a dar maior importância à visita diária a cada paciente, quando deveriam fazer verificação minuciosa das suas condições e necessidades e traçar o plano do dia. Além disso, nesta oportunidade, a enfermeira-chefe deveria prestar cuidados especiais imediatos ao paciente e avaliar a qualidade da assistência recebida pelo mesmo.

Outro aspecto considerado relevante no trabalho foi a utilização da passagem do serviço em todos os períodos, para a transmissão verbal da orientação traçada, bem como para esclarecimento da equipe auxiliar quanto à modificação no quadro específico de cada paciente e explicação de novos casos surgidos ou de algum cuidado especial recomendado.

Com a utilização do nôvo regime de trabalho foi constatada como desnecessária a realização do relatório que vinha sendo tradicionalmente feito nas unidades, quase sempre por auxiliares ou atendentes de enfermagem, cujos conhecimentos não são suficientes para que possam ter discernimento dos fatos mais relevantes ocorridos com os pacientes, muitas vêzes omitindo ocorrências importantes. Salientamos que êsse mesmo relatório era feito no fim de cada período de trabalho, acrescendo mais uma tarefa quando já o pessoal estava cansado e sem condições de melhor concentração. A presença dêste bloqueava a leitura do kardex e a atualização da fôlha de censo, trazendo problemas nas comunicações interdepartamentais.

Concomitantemente procurou-se realizar a avaliação do pessoal auxiliar, tendo sido esta encaminhada ao Setor de Educação em Serviço a fim de que fôssem realizadas modificações para melhoria do quadro.

Análise das fichas

Para melhor entendimento do trabalho passamos a apresentar a definição e exemplificação de cada ítem da ficha.

Ficha n.º 1

Cabeçalho Visa estabelecer melhor identificação do paciente através de dados que forneçam conhecimentos sôbre sua pessoa, sua doença e seu tratamento. Exemplo:

Nome J.M.S.
Estado Civil Solteiro Côr Branca Sexo Masculino Idade 20 a.
Profissão Estudante Religião Católica Pêso inicial 70 kg. Altura 1,72
Diagnóstico cisto broncogênico Data de Admisão 18/5/68
Operação Exérese do cisto Data da operação 21/5/68
Enderêço Avenida Sete, 17, Apto. 306 Telefone 3-4315

No cabeçalho foram conservados os ítens já existentes na ficha anterior, apenas modificando-se a disposição dos elementos a fim de favorecer maior funcionalidade.

Não foi acrescido o diagnóstico de enfermagem por ser o assunto ainda bastante discutível, sem que se tenha chegado a uma conclusão satisfatória. Foi tentada, porém, através da colocação dos objetivos no plano diário, maior conscientização das necesidades de enfermagem,afim de que com êstes elementos pudéssemos chegar futuramente à elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Recomendações especiais Figuram as recomendações de caráter esssencial para o atendimento específico de necesidades individualizadas do paciente, tais como as suas limitações físicas ou psíquicas e situações patológicas ou terapêuticas que exigem assistência especializada.

Exemplo:

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

Cuidado com a drenagem do tórax. Manter o circuito fechado
Evitar trações do dreno. Movimentar cuidadosamente o paciente
Observar o funcionamento do dreno; manter em nível mais baixo que o tórax do paciente.

Aspectos situacionais Observações de ordem pessoal, social, patológica, física ou psíquica que interfiram na hospitalização do paciente e na sua recuperação pós-alta.

Exemplo:

1 — o paciente está em preparo para vestibular. Bastante preocupado pela interferência da sua hospitalização no regime de estudos.

2 — Apresenta-se hiperemotivo, chora fàcilmente, reage com atitudes negativas aos cuidados que lhe são prestados.

3 — Recebe visitas freqüentes dos familiares e da noiva.

4 — Apresenta grande ansiedade ante a perspectiva de qualquer tratamento.

Verificou-se que houve uma tendência das enfermeiras em usar o ítem de aspectos situacionais não com fatos sociais, familiares e econômicos, mas principalmente com aspectos patológicos de evolução do quadro do paciente. Imaginamos que isto tenha ocorrido devido à maior facilidade de verificação dêstes aspectos e por não estar ainda o profissional bastante despertado para a descoberta dos indicados.

Ficha n.º 2

Plano de assistência de enfermagem

Na parte referente ao plano diário ,embora não se tivesse conseguido atingir o ideal, pôde-se chegar à conclusão de que mesmo assim se conseguiu ter uma visão da situação global do paciente, através dos planos realizados com seqüência.

Objetivos

Deve especificar o que se pretende com o plano do dia, como meio de atinigir a finalidade da hospitalização do paciente. Pode um mesmo plano ter um ou mais objetivos, de acôrdo com o que se planejará os cuidados gerais ou especializados que se façam necessários.

Êste foi um dos ítens que mais dificuldades ofereceram à supervisão e, posteriormente, à avaliação das fichas estudadas, visto que foi estabelecido o aproveitamento de uma mesma ficha para mais de um plano, e os objetivos existentes na ficha não ficavam bem definidos se correspondiam ou não a todos os planos. Isto foi superado usando-se o recurso de assinalar os objetivos alcançados e estabelecer novos, quando necessário.

No plano diário devem se considerar os seguintes pontos:

repouso — no leito ou relativo, tipo de movimentação que deve ser feita com o paciente, posições a serem adotadas, tipo de ambulação;

higiene — banho no leito ou banheiro, (se necesita ou não de ajuda), higine oral, da cabeça, íntima, unhas e cavidades, necessidade de tricotomia nas diversas áreas;

dieta — tipo de recomendações quanto à ingestão ou abstenção de alimentos;

contrôles — TPR e TA, pêso, glicosúria, líquidos (ingeridos e eliminados), dejeções;

medicação-recomendações quanto a aspectos especiais a serem observados;

cuidados específicos — curativos, sondagens, enemas, lavagens (gástrica, vaginal, colédoco, vesical etc), aspiração de secreções, massagens, exercícios respiratórios e preparo adequado para os diversos tipos de exame;

assistência psíquica — orientação do paciente em relação ao ambiente hospitalar, sua doença e o tipo de tratamento ou cuidados a que será submetido; tipo de abordagem recomendável para o paciente, ocupações indicadas durante sua hospitalização, recreações que devem ser proporcionadas;

assistência espiriual fundamentada em valôres religiosos do paciente;

Assistência à família do paciente.

Exemplo:

PLANO DE ENFERMAGEM

Ficha n.º 1
Nome J. M. S. Sexo: Masculino Idade 20 anos
Estado Civil: Solteiro Côr Branca Nacionalidade Brasielira
Profissão: Estudante Religião: Católica Pêso inicial 70 kg Alt. 1,72
Diagnóstico — Cisto Broncogênico Data de Admissão 18/5/68
Operação Exérese do cisto Data de operação 21/5/68
Enderêço: Avenida Sete, 17 Aptº 306 Telefone 3-4315

Recomendações Especiais	Aspectos Situacionais do Paciente
Cuidados com a drenagem de tórax — Manter o circuito fechado — Evitar tração do dreno Movimentar cuidadosamente o paciente — Observar o funcionamento — Manter o vidro em nível mais baixo que o tórax do paciente	1 — O paciente está em preparo para vestibular Bastante preocupação pela interferência da sua hospitalização no regime de estudos 2 — Apresenta-se hiperemotivo, chora fàcilmente reage, com atitudes negativas, aos cuidados que lhe são prestados 3 — Recebe visitas freqüentes dos familiares 4 — Apresenta grande ansiedade ante a perspectiva de qualquer tratamento

Ficha n.º 2
Objetivos
1 — Prestar cuidados pós-operatórios
2 — Fazer profilaxia de complicações
22/V/68 1.º dia de pós-operatório

Repouso relativo Banho no leito T.P.R. 6/6 hs T.A. 6/6 hs Pêso Semanal Dieta líquida	1 — Controlar líquidos — ingeridos e eliminados 2 — Estimular o paciente a: — fazer exercícios respiratórios — movimentar-se e sentar-se no leito 3 — observar os cuidados com a drenagem do tórax — vide recomendações especiais 4 — Fazer a sedação e o antitérmico, se houver necesidade — vide prescrição médica 5 — Se o paciente ficar muito inquieto e não conseguir dormir à noite ministrar o Valium prescrito 6 — Observar a aceitação da dieta

Ass.

REGISTRO: NOME: J. M. S.

RESULTADO DA EXPERIÊNCIA REALIZADA

Para as avaliações foram recolhidas tôdas as fichas kardex preenchidas até aquela data, obedecendo ao seguinte critério:

Completas

até a falta — constando de fichas n.º 1 e n.º 2, desde a admissão até a alta ou óbito do paciente, com todos os ítens devidamente preenchidos;

sem alta assinada — fichas n.º 1 e n.º 2, com os ítens preenchidos e com uma seqüência de planos sem que conste a alta, ficando a dúvida quanto ao destino do paciente;

Incompletas

— apenas fichas isoladas ou uma serie de fichas n.º 1 e n.º 2. Após a tabulação dos dados das fichas, foram realizadas entrevistas das enfermeiras-chefes das unidades nos períodos da manhã, tarde e noite.

Foi realizada, concomitantemente, observação direta das unidades quanto à ordem, numeração dos prontuários, cartões, leitos e fichas do kardex, bem como do funcionamento global do plano.

Foram observados em tôda experiência 583 pacientes nas várias unidades num total de fichas kardex n.º 1 — 475; fichas kardex n.º 2 — 665.

Dêste total foram selecionadas 448 fichas completas, sendo 294 até a alta e 154 sem a alta assinada.

Total de fichas incompletas — 135.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Foram entrevistadas 16 enfermeiras-chefes, 10 do período da manhã, sendo uma substituta de folgas, e 6 dos períodos da tarde e noite.

Foi unânime a afirmação de que o plano contribuiu para melhor assistência de enfermagem aos pacientes, mesmo na opinião daquelas que ainda não tinham feito implantação, mas falavam pela experiência quando de plantão nas unidades que haviam implantado o plano.

Das 10 entrevistas correspondentes ao período da manhã, 3 não haviam iniciado o plano, mesmo assim opinaram favoràvelmente, justificando a sua omissão na implantação do mesmo, por circunstâncias tais como: dificuldade inicial de aceitação; falta de preparo de pessoal; receio de assumir a responsabilidade de uma mudança radical.

O aspecto que merece ser ressaltado das entrevistas é a comprovação da eficiência do plano no que se refere à assistência ao paciente e especificação da área de enfermagem. (Vide apenso 1).

CONCLUSÕES

Observou-se que a melhoria proposta no padrão de assistência prestada ao paciente foi atingida satisfatòriamente.

A delimitação da área profissional foi verificada por uma maior concientização, por parte da enfermeira, quanto aos aspectos que deveriam ser observados como básico para a sua prescrição de cuidados ao paciente.

Como o plano exige para a sua realização maior conhecimento da pessoa do paciente e do seu quadro patológico, òbviamente requer maior necessidade de estudo por parte do profisisonal, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.

Com base em todos êstes aspectos, pôde-se concluir também pela validade do plano, quanto ao maior desenvolvimento da capacidade de liderança do profisisonal de enfermagem pela responsabilidade que impõe na elaboração de uma assistência integral e de intercomunicação que êle estabelece.

SUGESTÕES

Dentre as sugestões apresentadas durante a experiência as que carecem ser consideradas são:

que as fichas sejam arquivadas para posterior consultas de pessoas interessadas no estudo do planejamento da assistência integral de enfermagem;

que, após a apresentação dêste trabalho, seja estudada a possibilidade de sua utilização em outras instituições, com a finalidade de comprovação da sua validade nos diversos aspectos.

RESUMO

O trabalho apresenta uma experiência, realizada num hospital escola, de um plano escrito de assistência integral de enfermagem a pacientes hospitalizados, visando sobretudo estabelecer melhoria no padrão de assistência de enfermagem. Foram observados 583 pacientes em várias unidades do hospital, nos quais aplicou-se o plano durante um período experimentl de 180 dias, o que foi avaliado e aprovado para aplicação em tôdas as unidades de enfermagem do referido hospital.

APENSO I

TABELA — I Resultado das entrevistas das enfermeiras Chefes

a) — **Dados positivos**

Perguntas	Sim	Não	Sem respostas
1 Acha o plano possível de ser executado?	100%	0	0
2 Acha que o plano dá uma visão global do paciente e continuidade da assistência de enfermagem?	100%	0	0
3 Considera o plano importante para melhor especificação da área de enfermagem?	90%	0	10%
4 Acha que o relatório da unidade não faz falta, desde que seja atualizado o censo?	70%	30%	0
Total Geral	90%	7,5%	2,5%

b) — **Dados negativos**

Perguntas	Sim	Não	Sem respostas
1 Acha que houve falha na orientação para a implantação	20%	70%	10%
2 Observou falhas nos lançamentos da fôlha de censo?	10%	60%	30%
3 Houve deficiência no fornecimento do material — fichas e cartões?	100%	0	0
4 Considera ainda deficiente o preenchimento dos ítens das fichas?	20%	50%	30%
5 Acha que a deficiência de pessoal prejudicou a execução do plano?	60%	30%	10%
Total Geral	42%	42%	16%

BIBLIOGRAFIA

BARRET, J. — La jefe de enfermagem como administradora e maestra. México, La Prensa Médica Mexicana, 1963. 396 p. ilust.

BROX, E. S. — New dimension of patient. New York, Russel Sage Foundation, 1961. 3v.

CONFIEND, B. R. — Relações públicas. São Paulo, Pioneira, 1961. 2v.

FINER, H. — Administração e serviços de enfermagem. Rio, USAID, 1966. 352 p.

GUINES, K. K. — Enseñanza de enfermeria: objetivos y métodos. México, Interamericana, 1966. 198 p.

HEIDGERKEN, L. E. — Enseñanza en las escuelas de enfermeria. 2.ª ed. México. Interamericana, 1963. 401 p. ilust.

HENDERSON, V. R. N. — Princípios básicos sôbre cuidados de enfermagem. Rio, Associação Brasileira de Enfermagem. 1962. 62 p.

KRAUSE, Werther — Curso técnico de supervisão. São Paulo, IDORT, s. d. 89 p.

LAMBERTSEN, E. — Equipe de enfermagem, organização e funcionamento. trad. e rev. de H. D. Aguiar e Clarice Ferrarini. Rio, SESP, 1966. 103 p.

LOCKERBY, F. K. — Communication for nurses. 2 and. ed. St. Louis. Mosby, 1963. 207 p. ilust.

PENTEADO, J. R. W. — A técnica da comunicação humana. São Paulo, Pioneira, 1964. 332 p.

Técnica de chefia e liderança. São Paulo, Pioneira, 1965. 234 p.

PERSON, H. S. — Execução planejada. Rio, Escola Brasileira de Administração Pública, s. d. 29 p. (cadernos de administração pública n.º 34).

PERRODIN, C. M. — Supervision de los servicios de enfermeria. México, Interamericana, 1965. 407 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE — Enfermeria — recompilación de trabajos. Washington, 1963. 2 v. ilus. (Publicaciones científicas, 78).

COMUNICAÇÃO — A ENFERMEIRA E A SUBNUTRIÇÃO

Yolanda Sinderberg Lima *

Desde os primórdios de sua formação, a enfermeira é despertada para auscultar as necessidades do seu paciente. Quando esgotam seus recursos técnicos em atendê-las, ainda encontra as reservas de sua humanidade. Com um gesto, uma palavra ou um silencioso apoio, ela ainda "segura" a vida para a esperança. Assim, somam-se as solicitações à enfermeira, pois seus conhecimentos, habilidades e atitudes a fazem o elemento precioso nos programas de saúde.

O panorama mundial da nutrição humana se faz perturbador, ante os dados estatísticos. Não mais animador é o quadro do Brasil, país em desenvolvimento, com necessidades múltiplas e de atendimento insuficiente, face ao rápido e progressivo aumento demográfico. Estas perspectivas definem um dos maiores problemas de Saúde Pública da atualidade — a subnutrição.

São complexas a abordagem e a solução do problema ,visto que há a exigência de providências concomitantes: alimentar e educar o homem para capacitá-lo às próprias realizações.

De muito nos viemos indagando porque a enfermeira está se distanciando do atendimento às necessidades básicas do paciente. Essa preocupação está aliada à dos dirigentes de Escolas de Enfermagem, de chefias hospitalares e do Campo de Saúde Pública.

Como obter um diagnóstico preciso para traçar novas diretrizes de ação?

Para tanto, com apoio e incentivo da Associação das Nutricionistas da USP, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Escola Paulista de Enfermaegm e Refinações de Milho Brasil, nos propusemos a fazer um estudo sôbre o assunto.

Este projeto é amplo no seu planejamento e execução.

Aproveitando a oportunidade do XX Congresso Brasileiro de Enfermagem em Recife, distribuiremos os questionários, esperando como colaboração, sua pronta resposta.

---

* Vice-Diretora e Professôra de Nutrição e Dietética da Escola Paulista de Enfermagem.

OBJETIVOS

1 Levantamento do estado atual do ensino de Nutrição no currículo das Escolas de Enfermagem no Brasil, por meio de:

a) questionário sôbre o ensino de Nutrição;

b) estudo dos programas de Nutrição das escolas de enfermagem.

2 Levantamento sôbre a participação da enfermeira no atendimento às necessidades básicas do paciente (necessidades nutritivas) por meio de:

a) questionário dirigido às enfermeiras.

BIBLIOGRAFIA

Na bibliografia consultada não encontramos referência a qualquer trabalho realizado sôbre Levantamento do Ensino da Nutrição em escolas de enfermagem do Brasil.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Publicada bimestralmente, nos meses de fevereiro, abril, junho, agôsto, outubro e dezembro.

A Revista Brasileira de Enfermagem agradece a todos que desejarem colaborar, enviando artigos para publicação. Não assume, entretanto, responsabilidade por conceitos emitidos em artigos assinados.

A direção reserva-se o direito de recusar trabalhos, de acôrdo com as recomendações, assim como fazer revisão editorial que julgar necessária, incluindo a condensação ou emissão de parte de texto, quadros, ilustrações e anexos.

Os artigos devem versar sôbre temas de interêsse da classe e não devem conter declarações ou referências de caráter político. Todos os originais devem ser datilografados de um só lado, 3 (três) espaços, com margem de 3 (três) em cm de cada lado e com referência bibliográfica segundo as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Solicita-se permuta	On désire établir échange
Exchange is requested	Se solicita el canje

Esta Revista está registrada no Departamento Nacional da Propriedade Industrial sob n.º 274 047, desde 12-7-1962

ESPARADRAPO Johnson's

Aderência instantânea e aderência firme Como tôdas as outras, estas propriedades do Esparadrapo Johnson's são rigorosamente testadas, tendo que passar, em provas de laboratório, por padrões muito superiores aos estabelecidos. Cada amostra permanece meses e meses em observação e análise.

RESISTÊNCIA À TENSÃO
IMPERMEABILIDADE TOTAL
FLEXIBILIDADE MÁXIMA
ACOMPANHA AS MENORES DOBRAS DA PELE
FÁCIL DE RASGAR — NÃO DESFIA
FÁCIL DE DESENROLAR
NÃO CAUSA IRRITAÇÕES

Johnson & Johnson
DIVISÃO HOSPITALAR