

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

Ana Luiza Stiebler Vieira*
Else Barholdy Gribel**

RESUMO - Objetivando demonstrar a plena utilização dos Recursos Humanos de Enfermagem, o compromisso social desta com grupos da população reconhecidamente carente da assistência à saúde e a viabilização da extensão de cobertura, as autoras descrevem e avaliam as atividades da equipe de enfermagem junto a uma população de baixa renda no município do Rio de Janeiro.

ABSTRACT - In order to demonstrate the entire utilization of the nurses staff, the social compromise of this Foundation with population groups well known as needing health assistance and viabilization of coverage extension, the authors describe and appraise the nurses staff activities with the low profit population of Rio de Janeiro city.

1. INTRODUÇÃO

A magnitude dos problemas de saúde, a desigualdade da mesma nas populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento aliada à prerrogativa de ser a saúde um direito humano fundamental, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concitou aos governos a apoiar, desenvolver e colaborar na implantação dos cuidados primários de acordo com a Declaração de Alma-Ata (Organização Mundial da Saúde, 1987). O conceito de Saúde para todos está baseado em princípios tais como: a equidade, no sentido do direito real de acesso à informação e aos recursos para o cuidado da saúde; na eficiência como meio para combater o desperdício da utilização dos recursos destinados à mesma que enfrenta a falta de cobertura e as mortes ocorridas por causa evitáveis; no princípio da participação efetiva da população, abrindo mecanismos para sua viabilização e no princípio da integração com a característica de coordenação e articulação das atividades do setor saúde e desses com o processo geral de desenvolvimento.

As Américas vivenciam hoje, o desafio da reforma dos modelos econômicos (de caráter organizacional exclusivamente economicista e comprovadamente deficiente) e o reestabelecimento da ordem democrática.

Assim, se faz necessário redefinir o desenvolvimento, enfatizando o aspecto social e a participação organizada e mobilizada da população o que vai ao encontro às recomendações de Alma-Ata. É nesse momento que os trabalhadores de saúde e entre eles nós, a equipe de enfermagem, podemos contribuir efetivamente no processo desenvolvimentista com idéias novas, reformulação das nossas práticas, canalizando esforços para o melhor desempenho e participação nas decisões do setor saúde; como ocorreu, recentemente, na VIIIª Conferência Nacional de Saúde.

MAHLER (1977) diz que "as enfermeiras de que o mundo necessita são as que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger, proporcionar e promover a saúde geral da população, as que podem cuidar dos doentes e dos incapazes e as que podem ensinar o próximo a cuidar de si mesmo". Para tornar viável os princípios da Atenção Primária de Saúde, na equipe de enfermagem, os enfermeiros (já respaldados na nova legislação do exercício profissional, Brasil, 1986), necessitam ainda valorizar a contribuição do pessoal técnico e auxiliar, comprometer-se com a sua formação e educação continuada, garantindo, assim, uma assistência de enfermagem abrangente e de qualidade aceitável como, também, devem assumir a responsabilidade direta com o cliente.

* Enfermeira da Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria

** Enfermeira da Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria.

As proposições básicas formuladas pelo Ministério da Saúde dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Criança e da Mulher (Ministério da Saúde 1987) fixam diretrizes e objetivos gerais para a cobertura dos grupos mais vulneráveis conforme a 8ª recomendação de Alma-Ata.

O conjunto de ação dos programas supracitados visam assegurar a solução dos problemas de saúde mais prementes e de maior prevalência nas mulheres e crianças menores de cinco anos de idade, ações que fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população.

Dentro dos princípios da Atenção Primária e dos objetivos dos Programas de Saúde Pública, a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF) como objetivo de assistência, ensino e pesquisa, atua junto a uma população carente (sete favelas e um conjunto residencial) localizada em Manguinhos com área geográfica de 3 km² da Área Programática 3.1 na Xª Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro. Essa população caracteriza-se pela heterogeneidade na sua origem e na sua condição sócio-econômica sendo dividida em três tipos segundo Gaspar (1981): a primeira é formada por pessoas provenientes da zona rural do Nordeste e Sudeste do país ocupando-se, principalmente, com biscates e atividades pouco especializadas. A segunda pela "classe média das favelas" em que predominam funcionários e empregados do comércio em melhores condições que a anterior, e a terceira de condições mais precárias origina-se da migração dentro do município do Rio de Janeiro devido a piora progressiva de suas condições de vida.

Baseada nos Censos do IBGE de 1970 e 1980 (com taxa anual de crescimento de 0,85% da Xª R.A.) a estimativa da população da área de atuação da UTGSF para menores de um ano é de 640 crianças; de um e quatro anos, 2.740; cinco a catorze anos, 5.956; quinze a quarenta e nove anos, 12.456 (6.378 mulheres), 700 gestantes, cinquenta anos e mais, 2.006 pessoas.

Torna-se interessante destacar que a implementação do serviço de enfermagem da UTGSF (final da década de 60) foi feita por enfermeiros da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. Atuavam como agentes multiplicadores em outras instituições, na ampliação do campo de responsabilidade da equipe de enfermagem inclusive com um enfermeiro assumindo a chefia da unidade, tornando assim sua atuação diferenciada da assistência de enfermagem vigente na época. Desde 1968, por consenso dos funcionários e alunos do 2º Curso de Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, o atendimento de enfermagem nessa unidade foi considerado uma atividade final passando, então, a ser chamado de consulta de enfermagem.

Objetivamos avaliar a utilização plena dos recursos de enfermagem em 1985, em particular no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e da Mu-

lher, bem como a solução de problemas de saúde prevalentes e a extensão de cobertura nesses dois grandes grupos de risco.

2. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PAISC)

Esse programa vem sendo desenvolvido, na unidade, através de uma equipe multiprofissional (dois pediatras, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem) em atividades específicas e comuns, priorizando as ações básicas de acordo com as diretrizes do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984b). A população alvo, crianças de zero a cinco anos totaliza 3.380 sendo 640 delas menores de um ano, cuja faixa etária o programa prioriza para o desenvolvimento das atividades de enfermagem.

Para reativar o centro de recuperação de desnutridos, a psicóloga atualmente elabora um programa de estimulação essencial cuja vigilância nutricional (desnutridos de IIº e IIIº graus) fica a cargo da nutricionista, bem como o programa de suplementação alimentar recentemente implantado e operacionalizado na casa comunitária de uma das favelas. As atividades comuns aos profissionais do programa, junto à clientela, são os grupos de sala de espera (com participação espontânea e de caráter informativo, centrado em temas levantados pelos próprios participantes). Constam, também, de reuniões semanais para planejamento, avaliação das ações, treinamento e reciclagem com a participação de residentes da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). Mensalmente, o grupo de trabalho da criança na Área Programática 3.1 (Xª R.A., XIª R.A., XXª R.A.) reúne-se para discussão da implementação e operacionalização das propostas do PAISC e estabelecimento do sistema de referência e contra-referência.

A rotina da assistência à criança, na Unidade, estabelece que em todas as inscrições elas compareçam à consulta de enfermagem tendo as sadias seis agendamentos no primeiro ano de vida e mais cinco aparaamentos até completar cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984c). Se a causa do comparecimento à Unidade for por doenças diarreicas, verminoses, pediculose, escabiose, infecção respiratória leve, desnutrição de 1º grau, cólicas do recém-nacido, brotoejas, dermatopias leves, ferimentos, anemia ferropriva, mordeduras, prematuridade, etc., essas são de rotina encaminhadas à consulta de enfermagem. As patologias mais graves, os desnutridos (II e III graus) e os distúrbios de desenvolvimento, encaminhados para a consulta médica, nutrição e psicologia respectivamente. A clientela é avaliada por auxiliares de enfermagem, na recepção, onde é triada para o tipo de atendimento necessário. Após a retirada da ficha única do arquivo, são verificados os sinais vitais e dados antropométricos, por auxiliares de enfermagem no preparo, sendo então, as

crianças destinadas às consultas. Após estas, as crianças podem ser ou não encaminhadas para outros profissionais e/ou setores tais como: sala de curativo, nebulização, reidratação oral, vacina, etc.

À enfermeira cabe a coordenação, execução e avaliação da assistência específica no programa, bem como a reciclagem de funcionários e treinamento destes ou alunos da ENSP ou de outras instituições.

A consulta de enfermagem consta basicamente do levantamento de problemas, observação sistematizada, diagnóstico, prescrição de acordo com as rotinas da UTGSF, educação em saúde e registro na ficha única. Fica, também, a cargo da enfermagem o controle de comparecimentos aprazados e a solicitação de visitas domiciliares aos faltosos ou das crianças de risco. A diferenciação básica da consulta de enfermagem, executada pelas auxiliares de enfermagem sob supervisão e treinamento da enfermeira, situa-se nos critérios de risco, cabendo a este último o atendimento das patologias mais complexas dentre as supracitadas, prestando, também, o atendimento às crianças saudias.

3. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

As ações prioritárias definidas pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984a) do referido programa, vem sendo desenvolvidas por uma equipe composta por um ginecologista, dois gineco-obstetras, um obstetra, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um nutricionista e uma assistente social. A população alvo é de 6.378 mulheres de quinze a quarenta e nove anos e 700 gestantes residentes na área de atuação da UTGSF. Cabe aos obstetras o acompanhamento da gestação de risco III (ganho ponderal insuficiente, antecedente de recém-nascido de baixo peso, desnutrição crônica, prenhez prolongada, endocrinopatias, bacteriúria assintomática, pielonefrite, cardiopatias, pneumopatias, Rh-sensibilizado, toxemias, DST, etc.). À nutricionista cabe o atendimento e acompanhamento das gestantes, com ganho ponderal insuficiente e diabéticos. A clientela é, então, encaminhada ao serviço social, cuja atuação visa a melhoria das situações que se apresentam como problemas individuais ou familiares. O atendimento ginecológico é feito exclusivamente através da consulta médica, sendo que essa clientela participa de grupos de mulheres organizados ou de salas de espera (onde, também, os demais profissionais do programa atuam em rodízio) com o objetivo de informar e de esclarecer as questões levantadas. Pela mesma metodologia realizam-se, semanalmente, grupos do pré-natal, de anticoncepção e de puerpério.

Além dos grupos, a equipe do programa tem como atividades comuns as reuniões semanais para planejamento, avaliação das ações, treinamento e reciclagem como, também, mensalmente junto à profissionais do grupo da mulher da Área de Planejamento 3.1 (A.P.

3.1), o grupo reúne-se para solidificar a implantação e operacionalização do programa e estabelecer o sistema de referência e contra-referência na A.P. 3.1.

O aprazamento do atendimento ginecológico às mulheres até quarenta anos é bianual sendo, anualmente, agendadas após esta idade.

Toda gestante inscrita na UTGSF passa pela consulta de enfermagem onde é acompanhada até o puerpério se for classificada nos Riscos I e II (**Risco I:** multiparidade, tabagismo, proteinúria no primeiro trimestre, cesáreas anteriores, anemia ferropriva, lues positiva, gestantes fisiológicas; **Risco II:** má formação, prematuridade, gestações amiúde repetidas, adolescentes, primíparas idosas, multiparas, Rh-não sensibilizado).

Roteiramente, elas são encaminhadas a três consultas médicas para bacterioscopia e cultura de secreção cervical, exame preventivo do câncer ginecológico, resultado e tratamento e no final da gestação. Essa rotina se altera ao serem detectadas patologias de Risco III onde as gestantes passam a ter acompanhamento exclusivamente médico.

A consulta de enfermagem à gestante segue a mesma metodologia da consulta de enfermagem à criança, cabendo ao enfermeiro o atendimento à gestantes de Risco II e à auxiliar de enfermagem o atendimento de Risco I sob treinamento e supervisão desse enfermeiro.

Cabe, também, ao enfermeiro o controle do comparecimento das gestantes na UTGSF solicitando visita domiciliar às faltosas ou mediante resultados de exames que requeiram tratamento imediato.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984c) preconiza uma concentração mínima de onze consultas às crianças de zero a cinco anos, sendo essas datas selecionadas para o 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º, 24º meses de vida e os três restantes distribuídos no 3º, 4º e 5º ano. Esse agendamento permite que num mesmo atendimento a criança se beneficie de um maior número de ações, como a avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e introdução de alimentos de desmame. Esse calendário é modificado nas seguintes situações: crianças até seis meses de idade com peso de nascimento inferior a 2.500 g e desmame precoce; déficit de crescimento, problemas de desenvolvimento e patologias crônica ou aguda.

Verificamos, na Tabela 1, uma cobertura maior de 100% para os menores de um ano, fato constatado em serviço, que se deve à migração temporária de crianças de outros estados, principalmente do Nordeste, para a casa de parentes na nossa área de atuação. Esse percentual torna-se praticamente impossível de ser calculado devido ao receio das mães de não serem atendidas, dizendo-se, então, moradoras da área. Devemos apreciar, também, na cobertura por faixa etária a ques-

tão da estimativa da população já que essa é calculada pelos censos de 1970 e 1980 com extrapolação para 1985. Para obtermos números mais exatos necessitaríamos minimamente de um inquérito populacional intercensitário. Tal fato contribui para a subestimação da população, não sendo, porém, maior de cem crianças menores de um ano em 1985, segundo dados preliminares de pesquisa em desenvolvimento na ENSP. A ocorrência se dá, também, nas outras faixas etárias, mas numericamente, muito pequena para interferir na análise em questão.

Tabela 1

Cobertura da população alvo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e a concentração por tipo de consulta na UTGSF em 1985.

POP. ALVO		INSCRIÇÕES		CONS. MÉD.		CONS. ENF.		TOTAL CONS.	
Idade	Nº	Nº	COB.%	Nº	CONC.	Nº	CONC.	Nº	CONC.
1	640	791	123,5	1964	2,5	3125	3,9	5880	7,4*
1-4	2740	1808	65,9	4944	2,7	2094	1,2	8846	4,9*

FONTE: UTGSF/1985

(*) Somado 1% de concentração das inscrições.

Podemos verificar 12,3 consultas para cada criança de zero a quatro anos inscritas no serviço ultrapassando um pouco às recomendações do Ministério da Saúde supracitadas. Tal fato também ocorre nos menores de um ano com um concentração de 7,4 consultas por criança. A cobertura das crianças de um a quatro anos e a concentração de consulta de enfermagem é menor devido a ênfase que o programa dá aos menores de um ano, canalizando todos os esforços para manutenção da saúde da criança após o seu nascimento, cujo trabalho é predominantemente desenvolvido pela enfermagem com 3,9 consultas por criança inscrita. Coadjuvando, as principais causas de consulta de enfermagem em menores de um ano, segundo o estudo de demanda da UTGSF, são em primeiro lugar os sadios (75%), em segundo as diarreias (8,5%), em terceiro as gripes (8,2%), em quarto as doenças de pele e mucosas, predominantemente as dermatites, e em quinto lugar as verminoses.

Para as consultas médicas, na mesma faixa etária, as principais causas são doenças do aparelho respiratório, doenças de pele e mucosas, doenças do aparelho digestivo (excluindo diarreias), doenças endócrinas e metabólicas e doenças dos órgãos dos sentidos em 1º, 2º, 3º, 4º, 5º lugares, respectivamente. Ao compararmos a concentração de consultas médicas (2,5) e de enfermagem (3,9) com as causas das mesmas, nos menores de um ano, verificamos o trabalho da enfermagem com os sadios, fato que, nas demais unidades assistenciais tradicionalmente não se observa, pois suas atenções estão voltadas para a doença, subestimando

a importância da orientação às mães; o controle das crianças para a manutenção de sua saúde; a prevenção da ocorrência de doenças imunizáveis ou não, que superlotam os consultórios e leitos hospitalares dos serviços de saúde do país.

Pelas causas de consultas médicas verificamos o encaminhamento de crianças com patologias que necessitam prioritariamente de sua especificidade. A consulta de enfermagem com responsabilidade direta com o cliente resolve 90% das causas encaminhadas, fazendo apenas 10% de encaminhamento para o próprio serviço ou outros.

Na faixa etária de um a quatro anos verificamos a concentração mínima recomendada de cinco consultas por criança inscrita, sendo mais significativa para o atendimento médico com 2,7 consultas. Pelo estudo de demanda da UTGSF as cinco primeiras causas de consulta médica são as doenças respiratórias, verminoses, doenças de pele e mucosas, doenças do aparelho digestivo (excluídas diarreias) e infecto contagiosas; para a consulta de enfermagem são: as diarreias, verminoses, sadios, gripe e desnutrição.

Podemos evidenciar aqui a afirmativa da ênfase do trabalho da enfermagem nos menores de um ano para os sadios onde são a primeira causa de consulta e nos anos subsequentes passa para o terceiro lugar. Essa inversão se verifica desde a implantação do programa de Terapia de Reidratação Oral na Unidade que, tendo como clientela uma população carente de saneamento básico, as doenças diarreicas surgem como premente problema de saúde nas crianças de um a quatro anos representando no nosso serviço 65,0% das notificações de doenças na Vigilância Epidemiológica. Vale dizer que 35,4% (741) do total de consultas de enfermagem são por essa causa onde temos somente 2,4% de encaminhamento para a consulta médica. Majoritariamente, são diarreias agudas sem desidratação onde a enfermagem atua na prevenção da desidratação com a manutenção do soro de reidratação oral, cuidados com a alimentação e principalmente orientação à mãe. Podemos verificar que o programa é assegurado pela enfermagem já que as diarreias correspondem a 0,5% das consultas médicas nas crianças de um a quatro anos. No ano de 1985, segundo os dados de produção da UTGSF, o total de reidratação oral foi de 886, procedimento que só é feito quando se observa dificuldades da mãe ou responsável para a administração do soro oral no domicílio e em casos de desidratação leve ou moderada. O acompanhamento, orientação e administração da terapia específica ficam a cargo das auxiliares de enfermagem, na sala de reidratação, sendo a criança avaliada periodicamente por quem a encaminhou. Apesar de estarmos lidando com as patologias nesse grupo etário, por força até da demanda espontânea, são doenças que requerem todo um trabalho de prevenção das novas ocorrências, agravamento e complicações dos casos de diarreias, verminoses, gripes, e

desnutrição. Para a atenção médica constatamos, pelo estudo de demanda, o atendimento de patologias ou manifestações graves dentro dos grandes grupos de classificação das causas. Pela mesma referência, verificamos que as verminoses ocupam 25,4% das consultas de enfermagem e 19,6% das consultas médicas sendo esse último percentual elevado para ocupar a hora médica, porém, na maioria das vezes, constatamos ser causa secundária da consulta.

O retorno à consulta de enfermagem, para as verminoses, é de 87,5% o que se justifica pela solicitação e resultado do exame parasitológico de fezes e principalmente pelo círculo vicioso (tratamento e reinfestação) dada as baixas condições de saneamento básico nas favelas, onde os barracos são construídos ao lado e até em cima das valas de esgoto a céu aberto, aliados à falta de áreas de lazer para as crianças.

O estudo de demanda revela, também, que os casos moderados e graves de doenças respiratórias são as responsáveis, em primeiro lugar como motivo de consulta médica o que corresponde a 45,0% dessas em 1985. Para a consulta de enfermagem, a maior incidência é de casos leves e conforme já citado como a quarta causa desse atendimento. Tal comportamento revela a implantação do Programa de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984) na UTGSF que pela racionalização, hierarquização das ações, padronização de diagnóstico e tratamento permite a redução de internações dispensáveis, o uso de antibióticos e redundância na maior cobertura a estas infecções que chegam a representar 25% da demanda de consultas em serviços de saúde nas crianças até cinco anos de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984a). Pelos dados de produção da Universidade, 80% do total de nebulizações (2072) foram administradas nas crianças de um a quatro anos sobre a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, nos casos leves de infecções respiratórias.

Tabela 2

Cobertura vacinal em menores de um ano (640 crianças) na UTGSF em 1985.

VACINAS	DOSES	
	Nº	%
BCG-ID	730	114,1
SABIN (3º)	469	73,3
DPT (3º)	488	76,3
SARAMPO	450	70,3

FONTE: Vigilância Epidemiológica da UTGSF - 1985

A cobertura vacinal corresponde à vacinação de rotina, sendo excluídos dados de campanha e crianças fora de área, ressaltadas as observações feitas, anteriormente, quanto à estimativa de população de crianças menores de um ano e às referências de endereço. Se considerarmos o acréscimo de cem crianças meno-

res de um ano como erro de estimativa da população, baseado nos dados preliminares divulgados a nível interno de pesquisa da ENSP, a cobertura vacinal decresce para o BCG-ID em 99%, SABIN 63%, DPT 66% e SARAMPO para 61%. O abandono anual se dá em torno de 25% para as vacinas SABIN, DPT e SARAMPO, evasão que é constatada pela vigilância epidemiológica, através da visita domiciliar por motivos variados tais como: a alta rotatividade da população, vacinação em campanha, vacinação em outros postos de saúde, etc.

As desvantagens do método administrativo para avaliação da cobertura vacinal tais como: a invasão e evasão de demanda; o não registro de vacinas feitas em campanha; os movimentos da população, etc., está motivando o serviço de vigilância epidemiológica e o programa da criança a utilizar o método estatístico, com um projeto de inquérito de cobertura vacinal, apesar desse último também ter a desvantagem de fornecer a prevalência instantânea.

O percentual de cobertura vacinal no Brasil em 1980 (incluindo vacinação de campanha) para o sarampo, defteria, coqueluche e tétano não chega a 60%; para a poliomielite é de 70% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Consideramos que a cobertura vacinal nos menores de um ano mostra-se razoável, pois, os percentuais tendem a elevar se acrescentarmos os registros das campanhas de poliomielite, nas quais rotineiramente são administradas as outras vacinas e, principalmente, tendo como base a vigilância epidemiológica que através da observação e análise das tendências da distribuição de casos e óbitos das doenças evitáveis por imunizantes, na área de atuação da UTGSF, constata um recrudescimento dessas ocorrências ao longo dos anos. Para tal observação, os dados de ocorrências de doenças e óbitos são colhidos pelo método administrativo, pela investigação em campo, comunicação da própria comunidade, escolas, associações de moradores e análise das causas dos óbitos, nessa faixa etária, junto à Secretaria Estadual de Saúde.

Os objetivos programáticos da assistência à mulher em nível ambulatorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984a) centra-se no aumento de cobertura e concentração do atendimento pré-natal; prevenção da gravidez indesejada; implantação ou ampliação de atividades de identificação e controle do câmbio cêrvico-uterino e mama; doenças sexualmente transmissíveis; patologias de maior prevalência no grupo e implementação de métodos e técnicas de planejamento familiar; diagnóstico e correção dos estados de infertilidade.

Baseado no impacto das taxas de morbimortalidade nas mulheres de quinze a quarenta e nove anos, brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984a) e nas condições sócio-econômicas destas da nossa área de atuação (GASPAR, 1981), o programa da mulher na UTGSF as define conforme recomendação de Alma-Ata como população alvo para o desenvolvimento das ações supracitadas.

TABELA 3 — Cobertura da população alvo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e concentração por tipo de consulta da UTGSF em 1985.

POP. ALVO		INSCRIÇÕES		CONS. MÉD.		CONS. ENF.		TOTAL CONS.	
Idade	Nº	Nº	COB. %	Nº	CONC.	Nº	CONC.	Nº	CONC.
♀ 15-49	6378	3076	48,2	7315	2,4	1825	0,6	12216	4,0*
Gestantes	700	433	62,0	1360	3,1	1834	4,2	3627	8,3*

FONTE: UTGSF/1985

(*) Somado 1% da concentração das inscrições.

Na Tabela 3 esse grupo está separado das gestantes para melhor avaliar a cobertura e concentração do atendimento ginecológico e pré-natal. Do total de atendimentos à mulher de quinze a quarenta e nove anos, 40% foi para a atenção aos problemas ginecológicos, em 1985, segundo o estudo de demanda. Considerando que, desde a implantação do serviço em 1982, a média anual tem sido em torno de 40% e o aprazamento bianual, concluímos que esse atendimento atingiu em quatro anos a cobertura de 80% das mulheres da área. A concentração de 2,4 para consulta médica corresponde ao retorno para resultado do exame e tratamento. A enfermagem vem atuando com esta clientela sob a forma de grupos de mulheres ou de sala de espera, onde o espaço é reservado para discussão das questões das mulheres que, atualmente, em 1986, já conta com a implantação do projeto de planejamento familiar. Surge logicamente, paralelo ao atendimento ginecológico, um aumento de 70% de notificação de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as infecções gonocócicas, sífilis, condilomatose e a tricomoníase onde a atuação das visitadoras domiciliares torna-se valioso instrumento no controle destas patologias.

As principais causas para a consulta de enfermagem nas mulheres de quinze a quarenta e nove anos são amenorréia; infecção urinária; anemia e aborto em primeiro, segundo, terceiro e quarto lugares, respectivamente. Para não mascarar a concentração de consultas, no pré-natal, a gestante só é inscrita e computada, como tal, a partir do diagnóstico definitivo.

Podemos notar, na Tabela 3, uma cobertura de 62,0% às mulheres grávidas o que corresponde ao percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda, enquanto nos extratos de maior renda ascende a 94%. É importante notar que isoladamente a concentração de 4,2 consultas de enfermagem no pré-natal, executadas somente por duas profissionais, supera os padrões mínimos de atenção ao pré-natal segundo recomendações do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984a) e se somado à concentração de consultas médicas totaliza 8,3 consultas por gestante inscrita, cujo total é mais elevado que a clínica privada. Cabe aqui uma

reflexão, mesmo considerando o maior aprazamento para as gestantes de risco: diminuir a concentração de consultas e aumentar a cobertura para os anos subsequentes é proceder à atividades de captação de gestantes?

Finalmente, para constatar a produção da equipe de enfermagem nos referidos programas, os dados da UTGSF, em 1985, revelam que o total dessas consultas é de 8887 e das consultas médicas 15583. Considerando que em todo o comparecimento, o cliente passa pelo preparo, atividade do auxiliar de enfermagem, o total resulta em 33357 atendimentos. Acrescentando ainda a este, o total de vacinações - 5.892; nebulizações - 2.072; visita domiciliar - 200; hidratação oral - 886, temos 42407 atendimentos (excluindo várias outras atividades tais como curativos, orientação individual na distribuição de medicamentos, grupos de espera) que dividimos por 233 dias trabalhados, no ano em questão, obtém-se 182 atendimentos de enfermagem diários e 16,5 atendimentos diários por profissional, nesses dois grupos de clientela.

Para cada profissional, a média anual é de 2222 consultas de enfermagem. Consideramos tais registros de uma importância para, rotineiramente, avaliar nosso desempenho separando as atividades meio das atividades finais.

5. CONCLUSÃO

Se suspendéssemos o trabalho da enfermagem nos referidos programas, um dos dois fatos ocorreria: as crianças sadias e gestantes fisiológicas seriam atendidas pelos médicos e em contrapartida as patológicas ficariam sem atendimento ou vice-versa. Evidencia-se que este trabalho já ocupa o seu espaço diante da equipe de saúde da unidade e da população, pela própria história de implantação e linha de atuação da assistência de enfermagem na UTGSF. A maior cobertura a esses dois grupos vulneráveis e o atendimento nas ações básicas atingem os percentuais constatados devido à hierarquização e racionalização da assistência à

saúde e à doença dentro do serviço e, majoritariamente, pelas atividades de enfermagem no tocante às crianças menores de um ano e gestantes. Evidentemente, não otimizamos as metas cumpridas, elas serão melhoradas paulatinamente, como vem sendo ano a ano de acordo com a capacidade real do serviço e na vontade centrada para o alcance destas, tendo como diretriz única a melhoria do atendimento à população através do trabalho de equipe.

Para que se utilizem todos os recursos de enfermagem, com qualidade razoável, como estratégia nos cuidados primários, achamos necessário delegar função assumindo o enfermeiro o controle dessa qualidade e em contrapartida atividades de maior complexidade e responsabilidade direta com a clientela.

Dentre as funções delegadas, inclui-se a consulta de enfermagem hierarquizando-a segundo as causas do atendimento e, longe de participa das discussões que durante décadas ocupam a prioridade de muitos, reinteramos nossa preocupação com a clientela reprimida e, conseqüentemente, com a omissão consciente do nosso papel na sociedade. Concluímos, também, que a consulta de enfermagem deve conter os requisitos básicos adaptados à realidade da clientela, sem considerar “fórmulas” para tal procedimento mas, utilizar essa atividade com racionalidade como estratégia para o aumento da cobertura e minimização dos problemas de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GASPAR, E. D. *Estudo de Morbidade e Utilização de Serviços de Saúde pela População Favelada da Xª Região Administrativa*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, M.S., 1981.
2. BRASIL. Leis, Decretos, etc. LEI nº 7498, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Atos do Poder Legislativo. *D. O.*, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de junho de 1986.
3. MAHLER, H. Plan de Salud para Todos. *Cron. OMS*, 31:343-352, 1977.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, Centro de Documentação do M.S., Brasília, 1984a.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984b.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. *Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984c.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas. *Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança*. Centro de Documentação do M.S., Brasília, 1984. 1984.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa Ampliado de Imunizações. Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 sept. 1978.
10. RODRIGUES, B.A. *Fundamentos de Administração Sanitária*. 2. ed., Brasília, 1979.