

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS ÁREAS DE ATRIBUIÇÃO

EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE CURITIBA

T H E R E Z A M E I G A P I N T O

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS-SC

1980

T H E R E Z A   M E I G A   P I N T O

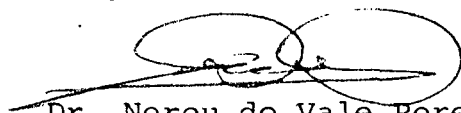
ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS ÁREAS DE ATRIBUIÇÃO  
EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE CURITIBA

Dissertação apresentada à Uni  
versidade Federal de Santa Ca  
tarina para obtenção do Grau  
de Mestre

FLORIANÓPOLIS - SC

1980

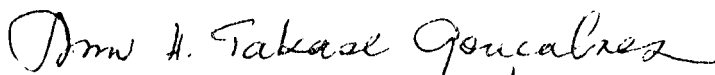
Esta dissertação foi julgada .a.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .a.provada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação.



Dr. Nereu do Vale Pereira - Orientador

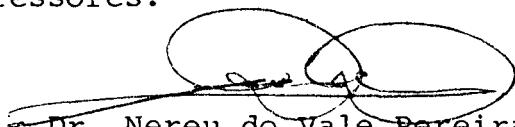


Mestre Maria de Lourdes de Souza - Coorientadora

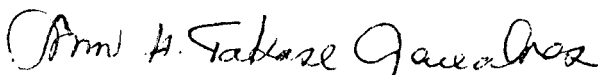


Dra. Lúcia H. T. Gonçalves - Coordenadora do Curso

Apresentação perante a banca examinadora composta dos professores:



Dr. Nereu do Vale Pereira - Presidente



Dra. Lúcia Hisaco Takase Gonçalves - Examinadora



Dra. Maria Jacyra de Campos Nogueira - Examinadora

Este trabalho foi realizado com o auxílio da Universidade Federal do Paraná e da Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

### AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultante da colaboração das enfermeiras da Divisão de Enfermagem do Hospital de Clínicas e do Departamento de Enfermagem do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, e de todas as pessoas e instituições às quais registramos nossos agradecimentos:

- ao Professor Doutor NEREU DO VALE PEREIRA,  
do Departamento de Sociologia do Centro de Ciências humanas da UFSC, cuja encorajadora orientação em todas as etapas deste trabalho, suscitou a crença na viabilidade que permitiu a busca e a aquisição de novos conhecimentos;
- à Professora Doutora LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES,  
Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFSC, pelo apoio incondicional e pela ajuda inestimável, concedidas em todas as oportunidades;

- à Professora Mestre MARIA DE LOURDES DE SOUZA, do Departamento de Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da UFSC, pela manifestação de desprendimento, característica daqueles cuja crença está baseada na universalidade do saber;
- às Enfermeiras EREGY MOURA, Diretora da Divisão de Enfermagem do HC, GLAUCIA BORGES SERAPHIM, Chefe do Departamento de Enfermagem, e MARY ELIZABETH WESTEPHALEN, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, da UFP, cujo incentivo impulsionou nossa dedicação a este trabalho;
- às Enfermeiras IVANILDE HASS, LUCY MARQUES e RUTH TÚLIO, das entidades ambulatoriais do Hospital de Clínicas, e GUIOMAR BERNINI e LÍGIA ROHRBACHER, do Departamento de Enfermagem da UFP, cuja colaboração permitiu nossa dedicação exclusiva ao curso de Pós-Graduação;
- às Enfermeiras do HC, do INAMPS e de SESB, pela boa vontade, com que nos franquearam o campo de trabalho e pela ajuda em superar as dificuldades administrativas;
- ao Pessoal de Enfermagem das entidades ambulatoriais do HC, do INAMPS e da SESB, pela valiosa colaboração na coleta de dados;
- à Enfermeira MARIA DE LOURDES CENTA, do Departamento de Enfermagem da UFP, pelo incansável apoio e cooperação, impulsionadores da realização e da concretização deste

trabalho;

- às Enfermeiras MERCEDES TRENTINI do Departamento de Enfermagem da UFSC e CLEUSA RIOS, do Hospital Geral Governador Celso Ramos, pela ajuda e companheirismo durante a realização deste trabalho;
- à bibliotecária ESTELA VIEIRA DE OLIVEIRA, da Biblioteca Universitária, pela revisão final das bibliografias consultadas e referenciadas;
- à Professora SIDNEY GASPAR DE OLIVEIRA, do Departamento de Língua e Literatura Vernáculas, pela revisão definitiva da redação;
- à Professora NANCY STANLEY MILLER, do Departamento de Língua e Literatura Estrangeira, pela versão do resumo para o inglês.
- à MARIA SALETE INACIO, pelo equilíbrio na incansável luta contra o relógio, o esmero na datilografia deste trabalho, como também pela iniciativa e boa vontade para a realização de outras tarefas;
- finalmente, a todos os que direta ou indiretamente, colaboraram na execução deste trabalho.

## RESUMO

O presente trabalho, refere-se à atuação de enfermagem em entidades ambulatoriais de Curitiba, cujo estudo foi desenvolvido em duas etapas.

Após a tentativa de situar os serviços ambulatoriais no contexto do setor saúde, e em última instância, os serviços de enfermagem nas entidades ambulatoriais diversas quanto à finalidade, teve início a primeira etapa do trabalho. Essa etapa, constituiu-se de uma certificação preliminar, para a identificação relativa à evolução da enfermagem em seus serviços.

Nessa evolução, foram considerados aspectos relativos à renovação e à adaptação da enfermagem, no que se refere à substituição de tipos de categorias funcionais, e a instituição da consulta e/ou do plano de assistência, como ação própria e privativa do enfermeiro.



Após as informações obtidas através da certificação, teve início a segunda etapa, com a verificação da atuação de enfermagem, através da representatividade expressa nos tipos de tarefas executadas, segundo as áreas a ela atribuídas.

Das áreas atribuídas à enfermagem (doméstica, básica, técnica, de orientação, e de administração em enfermagem), constam as maneiras de atuar, evidenciando o que é instituído como rotina, e o que é estabelecido a partir de necessidades imediatas, cujo atendimento se faz de maneira eventual pelo elemento compreendido na enfermagem, que estiver disponível no momento.

Do resultado obtido, surgiram as evidências, que foram consideradas coincidentes, divergentes ou diferentes das afirmações e/ou suposições emitidas por diversos autores, como também de outras suposições atinentes a este trabalho.

As divergências e as coincidências são relativas à situação das enfermeiras na estrutura organizacional, e à representatividade da enfermagem segundo as áreas de atuação, nas duas redes de assistência que prestam atendimento de saúde à população.

A representatividade da enfermagem em determinadas áreas de atuação, pode induzir a evidência sobre a identidade dos princípios de enfermagem, e sobre a diferença no que se refere à finalidade da instituição.

A consulta e/ou o plano de assistência, embora instituído em legislação, não se encontram implantados nas entidades ambulatoriais componentes da segunda etapa do trabalho.

Nessas entidades, a enfermagem, reunindo todos seus elementos, está representada em todas as áreas a ela atribuídas. Essas áreas, tem como componentes as tarefas, que por sua vez, são definidas como atos.

Deste modo, evidencia-se que a enfermagem nessas entidades, encontra-se em fase de atuação, e não alcançou ainda, a fase final de ação propriamente dita.

## ABSTRACT

This study, which has been developed in two stages, is an analysis of the present status of nursing in out-patient clinics in Curitiba. After attempting to situate out-patient services in the context of the health sector, and, in the last instance, to situate nursing services in the various out-patient units (in accordance with the purpose of this research project), we were able to begin the first stage. This stage consists of a preliminary check to identify the development of nursing and its services.

In tracing this development, we have considered aspects related to the renovation and adaptation of nursing, in terms of the substitution of types of functional categories, and the institution of consultation and/or assistance plans as a sphere of action peculiar to nursing.

After obtaining information through our preliminary

check, we began the second stage of our project. This stage consisted in verifying the representativeness of the nursing performance in the kinds of tasks carried out the various areas attributed to nursing.

In these different nursing areas (domestic, basic, technical, nursing counseling and nursing administration) we have noted two types of activities: (1) those considered to be institutionalized as routine and (2) those which arise through immediate necessities, whose manner of attending is on a chance basis, and is done by whoever happens to be available at the moment.

The results which came out of the findings in some cases proved and in others disproved statements and suppositions of several different authors and researchers on the subject matter.

The agreements or disagreements depend on the nurses' situation in the organizational structure, and on how representative nursing is of the various areas within the two networks of health-care assistance.

The representativeness of the nursing performance in the areas attributed to nursing could give evidence for the identity of the nursing principles, and of divergence in terms of the purpose of nursing institutions.

The consultation and/or care plan, although legally institutionalized, has not been implemented in the out-patient units, components of the second stage of our

project.

In such institutions all elements of nursing would be represented in all the areas normally attributed to it. These areas have as components tasks in turn are defined as "acts" (functions).

Thus we concluded that nursing in these establishments is still in a provisional phase, and has not yet reached the final phase in which its functions are fully defined.

## SIGLAS

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CS - Centro de Saúde

HC - Hospital de Clínicas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previd  
dência Social.

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

PM - Prefeitura Municipal

SESB - Secretaria do Estado de Saúde e do Bem Estar Social

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFP - Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

	Página
1 - INTRODUÇÃO	1
1.1. O atendimento às necessidades de saúde	6
1.2. Os serviços ambulatoriais	15
1.3. O atendimento de enfermagem em ambula- tórios e o contexto institucional	20
1.4. Considerações sobre os serviços de en- fermagem em ambulatórios	38
2 - OBJETIVOS	47
2.1. Geral	47
2.2. Específicos	47
3 - MATERIAL e MÉTODO	48
3.1. Etapas preliminares do estudo	48
3.2. População de estudo	49
3.2.1. Critérios para seleção da primeira população	50
3.2.2. Critérios para seleção da segunda população	51

	Página
3.3. Coleta de dados	52
3.3.1. Processo de estudo-instrumento	52
3.3.2. Material	60
3.4. Apuração dos resultados	60
3.5. Apresentação dos resultados	60
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1. Os locais selecionados e a presença de enfermeiras	61
4.1.1. As entidades ambulatoriais e as enfermeiras segundo a situação na estrutura organizacional	64
4.1.2. A certificação preliminar sobre as etapas evolutivas de enfermagem nas entidades selecionadas	69
4.2. A representação da enfermagem segundo as áreas de atuação	72
4.2.1. A identificação dos elementos componentes da enfermagem	73
4.2.2. A atuação de enfermagem segundo os tipos de tarefas executadas	77
4.2.3. A representação do quantitativo de elementos componentes da enfermagem segundo as áreas de atuação	92



	Página
5 - CONCLUSÕES	106
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
7 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	116

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
1 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelas enfermeiras, nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.	78
2 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.	80
3 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos atendentes de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e do CS de Curitiba-Pr, 1979.	83
4 - Representação do percentual do tipo de tarefas	

- executadas rotineira e eventualmente pelos auxiililares operacionais, nas diversas áreas de atuação no sistema ambulatorial do HC de Curitiba -  
-Pr, 1979. 85
- 5 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos técnicos de enfermagem do Centro de Saúde de Curitiba-Pr, 1979. 87
- 6 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos visiitadores sanitários do CS de Curitiba-Pr, 1979. 90
- 7 - Média percentual, relativa às enfermeiras representadas de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 93
- 8 - Média percentual, relativa aos auxiliares de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 95
- 9 - Média percentual, relativa aos atendentes de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e CS de Curitiba-Pr, 1979. 97

## Página

- 10 - Média percentual, relativa aos técnicos de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979. 99
- 11 - Média percentual relativa aos visitantes sanitários representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979. 101
- 12 - Média percentual dos elementos compreendidos na enfermagem em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 103

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
I - INSTRUMENTO	
- Instrumento de pesquisa sobre a atuação de enfermagem em entidades ambulatoriais	129
II - QUADROS	
1. Número de enfermeiras e de entidades ambulatoriais, segundo instituição correspondente, na cidade de Curitiba-Pr, 1979	140
2. Certificações preliminares, relacionadas ao atendimento do paciente, realizadas com enfermeiras de entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.	141
3. Certificações preliminares relacionadas a assistência de enfermagem, realizadas com enfermeiras de entidades ambulatoriais de	

	Página
Curitiba-Pr, 1979.	142
4. Elementos compreendidos na enfermagem, segundo categoria funcional em entidades ambulatoriais componentes do estudo, Curitiba-Pr, 1979.	143
 III - ORGANOGRAMAS	
1. Organograma do Hospital de Clínicas de UFP	144
2. Áreas de Trabalho do Serviço de Enfermagem do PAM - 514.435.	145
3. Setores componentes da Unidade Sanitária.	146
 IV - TABELAS	
1. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelas enfermeiras, nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.	147
2. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.	148
3. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmen-	

- te pelos atendentes de enfermagem das diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e do CS de Curitiba-Pr, 1979. 149
4. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares operacionais, nas diversas áreas de atuação no sistema ambulatorial do HC de Curitiba-Pr, 1979. 150
5. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos técnicos de enfermagem do Centro de Saúde de Curitiba-Pr, 1979. 151
6. Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos visitantes sanitários do CS de Curitiba-Pr, 1979. 152
7. Média percentual, relativa aos enfermeiros representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 153
8. Média percentual, relativa aos auxiliares de enfermagem, representados de maneira rotineira e eventual nas diversas

- áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 154
9. Média percentual, relativa aos atendentes de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e CS de Curitiba-Pr, 1979. 155
10. Média percentual, relativa aos técnicos de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979. 156
11. Média percentual, relativa aos visitantes sanitários representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979. 157
12. Média percentual dos elementos compreendidos na enfermagem segundo os tipos de tarefas executadas nas diversas áreas de atuação de enfermagem em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979. 158



## 1 - INTRODUÇÃO

Os aspectos relacionados à atuação de enfermagem em ambulatórios, implicam considerações referentes ao contexto onde estão inseridos e do qual decorrem.

Essa atuação se realiza para atender necessidades originadas no processo saúde-doença, e constitui parte do que se denomina saúde, como campo de atividade humana produtiva.

A assistência à saúde individual ou coletiva, depende de atividades realizadas em áreas ou setores diferenciados em função das técnicas que utilizam.

O conjunto de atividades desempenhadas constituem -se em serviços, onde são realizadas as ações de saúde a serem oferecidas à população.

As atribuições dos elementos que realizam as técnicas derivam das ações, de acordo com planos estabelecidos e

segundo níveis específicos. Deste modo, as ações podem ser examinadas a partir de possíveis significações em diversos planos, ou em áreas representativas de atividades diversas.

Da análise relativa à finalidade das instituições onde se realizam as ações de enfermagem, e do significado da enfermagem em relação à sua função própria surge o problema da identificação referente ao seu conceito.

Embora o atendimento às necessidades de saúde cumpra a finalidade de assistência a tipos diferenciados de demanda, as ações de enfermagem desenvolvidas nessas instituições, quer em caráter rotineiro, quer em caráter eventual, atendem à demanda relacionada à necessidades sentidas, uma vez que a sua finalidade é o atendimento relacionado à ajuda.

Dependendo da demanda e do imediatismo requerido ao atendimento, umas ações se processam como que revestidas de maior importância que as outras. Esse fato pode ser observado nas áreas de atuação da enfermagem.

Entre essas áreas, estão relacionados os componentes representados por tarefas, cuja execução torna-se necessária ao cumprimento da finalidade da instituição, ou do alcance do objetivo da enfermagem relacionado ao seu conceito.

A execução das tarefas constantes nas áreas de

atuação é realizada pelas diversas categorias de elementos compreendidos na enfermagem.

A diversidade, referente a esses elementos, é relativa à evolução da profissão, no que diz respeito ao conhecimento formal exigido em decorrência dos conhecimentos oriundos da evolução científica.

As suposições que deram origem ao desenvolvimento deste trabalho estão relacionadas aos princípios de enfermagem no que se refere aos seus conceitos e aplicação, e à diferença das instituições, no que se refere ao tipo de demanda a ser atendida.

Como os princípios de enfermagem são considerados os mesmos, seja qual for a finalidade da instituição, supõe-se que as áreas de atuação relacionadas às necessidades básicas sejam aproximadamente idênticas nos serviços de enfermagem selecionados para este trabalho, com exceção dos relacionados aos ambulatórios hospitalares.

A suposição relativa à essa área é baseada na evidência comprovável ou não, de conceitos de enfermagem, elaborados ou citados por autores, cujos trabalhos entre outros, representam os estudos relacionados à definição de enfermagem e à delimitação de suas funções próprias.

Quanto à demanda a ser atendida, no que se refere à finalidade da instituição, supõe-se que a atuação de enfermagem se represente diferenciada na área técnica.

Além dessas áreas de atuação, foram consideradas outras, que em seu conjunto representariam as etapas evolutivas da enfermagem, relacionadas ao nível de complexidade de tarefas e capacidade de execução.

Os elementos constituintes que deram origem às suposições e às considerações relativas ao contexto, justificam um tipo de abordagem na qual os vários fatores implícitos estão relacionados.

As funções do enfermeiro, bem como as atribuições dos elementos componentes das categorias profissional e ocupacionais compreendidas na enfermagem, têm sido temas de interesse para os elementos participantes da categoria funcional enfermeiro. Isso, porque sendo a equipe de enfermagem composta por elementos de diferentes níveis de preparo, faz-se necessária uma hierarquização na distribuição de tarefas, segundo a capacidade atribuída a cada tipo de elemento da referida equipe.

O aspecto hierarquização na distribuição de tarefas interessa, também, aos órgãos formadores, no que diz respeito à orientação e treinamento e ao órgão que controla e fiscaliza o exercício profissional, no que se refere ao mercado de trabalho.

Entre esses fatores existe a preocupação concernente ao conceito de enfermagem relacionada a seus princípios e à sua função. Assim sendo, as tarefas atribuídas aos compo-

nentes da equipe de enfermagem, ou seja, dos elementos componentes das categorias de enfermagem, constituem as atividades que se requerem dessas categorias.

As atribuições do enfermeiro em ambulatório são de difícil limitação, devido a escassez numérica deste tipo de profissional nessas entidades.

Embora seja evidente a necessidade de sua presença em unidades de serviços externos anexos a hospitais, e haja um crescimento da assistência ambulatorial da previdência social empregando maior número de enfermeiros, a delimitação de função, ou de atribuições definidas através de órgãos de classe, na prática, pode sofrer interferências das estruturas organizacionais.

Deste modo, o serviço de enfermagem que deve partir de um só princípio em qualquer tipo de serviço ambulatorial, mesmo nos de saúde pública, pode demonstrar diferenciação apenas de categorias de elementos. As tarefas poderão ser as mesmas, apenas executadas por diferentes tipos de categorias.

Do reconhecimento da etapa evolutiva em que se encontram as áreas de atuação de enfermagem, em relação às suas categorias de elementos, poderiam surgir delimitações mais condizentes com o ideal, isto é, com os princípios e com as normas.

Nas considerações relativas aos serviços de enfermagem em ambulatórios, estariam implícitas, portanto, as referentes ao contexto institucional, no qual estão incluídas as considerações concernentes aos serviços ambulatoriais, que fazem parte das entidades compreendidas no setor que presta atendimento às necessidades de saúde.

### 1.1. O atendimento às necessidades de saúde

Os cuidados requeridos para assistir o ser humano em suas necessidades de saúde manifestam-se por ações que dependem de recursos e constituem uma das formas de manifestação da função social.

A realização dessas ações é condicionada a diversos fatores sociais, que determinam seu desenvolvimento em etapas, nem sempre condizentes com as perspectivas ideológicas explícitas em normas.

Exemplos de perspectivas ideológicas são os fundamentos expressos na CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<sup>9</sup> e no preâmbulo da CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE<sup>17</sup>.

Entre os títulos da primeira, encontra-se o da Ordem Política e Social, onde é assegurado o direito de assistência à saúde. Desse título, presume-se a decorrência de definições legais, referentes a grupos específicos da população, que podem interferir ou não na produção econômica do país.

Os princípios, contidos na segunda, evidenciam a importância da saúde como um dos direitos de todo ser humano, a responsabilidade do governo pela saúde do povo e a necessidade de expansão dos benefícios decorrentes das ciências relacionadas à saúde.

Esses fundamentos expressam, portanto, o reconhecimento de que a saúde é uma preocupação nacional, não apenas para tornar o País mais produtivo, como também, devido a crença nos direitos e na dignidade humana.

Refere BELDA<sup>6</sup>, que todas as atividades do ser humano, quer instituídas, quer devidas às solicitações do meio, são funções de necessidades. Quando não é possível atender a todas elas, escolhem-se as mais importantes, estabelecendo-se prioridades. Em relação às necessidades de saúde, as atividades podem ser divididas em grupos, segundo o que mais diretamente se pretende atender. Estes grupos, de acordo com MASCARENHAS<sup>27</sup>, configuram os chamados setores de atividade, dentre os quais se destaca o setor Saúde. Este setor abrange os serviços, que para SEIXAS<sup>36</sup>, representam algo mais complexo do que simples conjuntos de ações de saúde. São conjuntos de ações que apresentam determinado grau de organização e competente reconhecimento do poder público.

De acordo com AZEVEDO<sup>4</sup>, as ações de saúde podem ser determinadas por necessidades sentidas e por necessidades não sentidas pela população. As necessidades não sentidas pela população, mas identificadas como reais, pelo corpo técnico

de saúde, vão se constituir em demanda técnica. Assim sendo, tanto as necessidades sentidas, quanto as não sentidas pela população, ao serem transformadas em ação, constituem-se em demanda.

Os serviços para atender a demanda são oferecidos à população, por instituições públicas de diversos níveis de administração direta ou indireta, autárquicas, privadas, com ou sem fins lucrativos. Diferenciam-se também, quanto ao financiamento e retribuição da clientela.

O financiamento dos recursos para a atenção médica no Brasil, é feito de três formas: a pública, prestada pelo Ministério da Saúde, disponível à população geral; a privada, ou seja, paga por aqueles que queiram e possam fazê-lo; e a previdenciária, que atua mediante a contribuição da União, do empregador e do empregado.

Segundo ALQUERES<sup>2</sup>, o setor público é o grande financiador do processo assistencial e o empregador de recursos humanos de maior qualificação. O setor privado é o prestador de cuidados hospitalares e empregador de maior parte de recursos humanos de menor qualificação.

Os avanços técnico e científico introduzidos no processo de produção de bens e serviços de saúde vão constituir, de acordo com BRAGA<sup>8</sup>, um fator fundamental da dinâmica do setor, uma vez que aparecerão como determinante, tanto na evolução da rede de serviços, em seus aspectos hospitalar e ambulatorial, quanto nas relações sociais vividas pela



mão-de-obra médica. Como resultado mais imediato da inovação técnico-científica, aparece a especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho. Esta especialização acentua a complementariedade entre as diferentes formas de trabalho e, conseqüentemente, a dependência entre os especialistas.

Segundo AZEVEDO<sup>4</sup>, as distorções na formação profissional, a grande dispersão populacional, a existência de grandes contingentes humanos em estado de carência e as características econômicas do país fazem com que as ações de interesse coletivo, de grande alcance, sejam postergadas em benefício de ações mais complexas, que atendem às necessidades sentidas de uma pequena proporção da população. Assim, continua o desequilíbrio entre as necessidades e recursos, uma vez que a capacidade para atender não aumenta na mesma proporção que as necessidades sentidas pela população, embora haja tentativa de compatibilizar o sistema formador com o sistema utilizador de recursos.

A resolução desses problemas depende de medidas cuja adequação é difícil de se obter, em virtude da complexidade inerente às necessidades e a organização e coordenação dos recursos exigidos.

Refere CHERUBIN<sup>14</sup>, que embora existindo órgãos normativos em âmbito nacional, quase nada foi feito que figurese obrigações no sentido de um comportamento homogêneo, disciplinado e tecnicamente bem conduzido, por parte dos indivíduos e instituições, no exercício de atividades em áreas de saúde.

O descompasso entre a lei e os fatos, segundo DIAS & JUAREZ<sup>16</sup>, causa transtornos para a ação das autoridades competentes pela falta de embasamento para seus atos. Assim, torna-se necessário contar com bases legais adequadas, que correspondam a critérios atuais e reflitam formalmente, os progressos da ciência e da técnica em seu próprio campo.

O acúmulo de problemas relacionados à realidade institucional e pessoal que caracteriza uma situação do sistema de saúde, de acordo com AZEVEDO<sup>4</sup>, não é passível de superação imediata e vem sendo modificado progressivamente.

O progresso se evidencia na seqüência cronológica que demonstra as providências tomadas em relação à realidade, em seus aspectos de necessidades e recursos, bem como nas bases legais referentes ao processo de implantação gradativa de um sistema coordenado.

O Ministério da Saúde, resultante do desdobramento do antigo Ministério de Educação e Saúde, em 25 de julho de 1953 (LEI Nº 1.920)<sup>10</sup>, começou, segundo MACHADO<sup>26</sup>, como um órgão burocrático. Seus objetivos foram fixados somente em 1967 (DECRETO-LEI 200)<sup>14</sup>, quando então tornou-se explícita a responsabilidade desse Ministério pela formulação e coordenação de uma política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional. Entre os objetivos expressos no referido decreto lei, está o do entrosamento entre as atividades desempenhadas por órgãos diferenciados quanto ao tipo de abrangência e de financiamento; e a realização de convênios entre as enti-

dades públicas e privadas existentes na comunidade.

Em maio de 1970, foi fixada a nova estrutura básica do Ministério de Saúde (DECRETO-LEI Nº 66.623)<sup>14</sup>, e entre outras, figuram explicitações referentes à política nacional de saúde a ser formulada e implantada. Nesse mesmo ano, foi criada em 22 de maio (DECRETO-LEI Nº 66.628)<sup>14</sup>, a Coordenação de Assistência Médica Hospitalar. Entre as finalidades desta, estão as atividades atinentes à recuperação de saúde, à reintegração social do indivíduo e a sua reabilitação, bem como o estudo e orientação de política hospitalar, estabelecendo normas e padrões para hospitais e serviços ambulatoriais.

A 25 de junho de 1974, foi desdobrado o Ministério do Trabalho e Previdência Social, e instalou-se o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), abrangendo três áreas de atuação: a de previdência social, a de assistência social e a de assistência médica.

Com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, em 1978 (PROJETO DE LEI Nº 11/77)<sup>12</sup>, foi estabelecido o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado a absorver os serviços médicos ainda a cargo de outros institutos.

De acordo com RODRIGUES & ALVES<sup>31</sup>, o Conselho de Desenvolvimento Social, criado a 6 de outubro de 1974 (Lei Nº 6.118)<sup>14</sup>, resolveu que, para evitar a falta de coordenação no tratamento dos assuntos de saúde pelos diferentes ór-

gãos e instituições, além das formas distorcidas de atividade, impunha-se transformar o sistema espontâneo existente de fato, em Sistema Nacional de Saúde. Esse foi o primeiro passo verdadeiramente sério, segundo CHERUBIN<sup>14</sup>, para disciplinar a área, coordenando atividades, distribuindo responsabilidades e estabelecendo condições básicas da prestação de serviços de saúde à população.

O Sistema Nacional de Saúde, cuja organização foi instituída em 17 de julho de 1975 (LEI Nº 6.229)<sup>12</sup>, abrange o complexo de serviços dos setores público e privado, voltados para as ações de interesse da saúde. De acordo com as definições contidas nessa lei, a formulação da política nacional de saúde, e a promoção ou execução das ações preferencialmente voltadas para as medidas e para os atendimentos de interesse coletivo são de responsabilidade do Ministério da Saúde. As ações voltadas, preferencialmente, para o atendimento individual são de responsabilidade do Ministério de Previdência e Assistência Social.

A implantação de um processo organizacional complexo como o do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com SEIXAS<sup>36</sup>, pode ocasionar a concentração de decisões em grupos técnicos restritos, portanto, mais distantes física e culturalmente dos anseios e possibilidades dos usuários, bem como dos agentes periféricos do sistema.

Refere RODRIGUES<sup>30</sup>, que o planejamento de saúde a nível nacional será normativo, definindo a estratégia a ado-

tar, enquanto que a nível regional e local o planejamento será de ordem tática e operacional, com base no tipo de informações disponíveis a cada nível de atuação.

É a nível local, que são operacionalizadas as ações concernentes ao tipo de demanda, cujo atendimento depende da coexistência de duas redes de serviços. Uma destinada ao atendimento de necessidades sentidas, relacionadas principalmente a ocorrências de patologias, e outra relacionada principalmente à promoção e proteção de saúde.

Segundo AZEVEDO <sup>4</sup>, a distinção entre as redes decorre da diferente capacitação dos seus agentes e dos diferentes recursos diagnósticos. Eles são autônomos, mutuamente complementares, devendo funcionar em regime de integração programática. Ambas as redes obedecerão os princípios de medicina preventiva e serão organizadas segundo hierarquia de complexidade crescente.

Segundo MACHADO <sup>25</sup>, o Ministério da Saúde não pode omitir-se na prestação de serviço a indivíduos. Assim sendo, haverá integração entre a atenção individual e medidas de alcance coletivo, em redes hierarquizadas de complexidade crescente. A rede médico-hospitalar não se omitirá quanto às medidas de alcance coletivo, compatíveis com seus recursos.

A rede de assistência médico-sanitária é constituída por unidades diferenciadas em três níveis, de acordo com a complexidade e conforme a regionalização.

No primeiro nível está o posto de saúde, que é uma unidade periférica, simplificada, e que utiliza pessoal treinado. As atividades curativas a este nível são previamente delimitadas.

No segundo nível está o centro de saúde, que é uma unidade mais complexa, com a presença permanente de médico e aparelhada para programar e supervisionar as atividades do posto de saúde.

Refere RODRIGUES<sup>30</sup>, que num centro de saúde razoavelmente organizado, estarão reunidas as ações envolvendo a medicina preventiva e a medicina curativa. O número de profissionais variará de acordo com a população a atender, os problemas a solucionar e os recursos disponíveis.

O terceiro nível da rede é caracterizado pela unidade de mista, que se constitui de um centro de saúde acoplado a um hospital com pequeno número de leitos. Nesse tipo de hospital pode haver internação de pacientes, nas quatro clínicas básicas, que de acordo com AZEVEDO<sup>4</sup>, são as seguintes: pediatria, clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia.

A rede médico-hospitalar é constituída de postos de assistência médica, que são unidades sem leitos, destinadas ao atendimento da demanda individual de serviços de saúde, em sua maioria curativos.

Em nível de maior complexidade, estão as policlínicas, isto é, serviços ambulatoriais, capacitados para oferecerem atendimento de diversas especialidades.

Tanto dos ambulatorios da rede de assistencia-medico-hospitalar, quanto das unidades sanitarias da rede de assistencia-medico-sanitaria, são encaminhados aos hospitais os pacientes que requerem cuidados de saúde, em nível de maior complexidade que os dos postos e policlinicas.

Segundo RODRIGUES<sup>30</sup>, em qualquer das unidades locais, onde se atende diretamente o público, é que se cristalizam as diretrizes técnicas e se consubstanciam na prática, todas as teorias meditadas e programações elaboradas, transformando-se em resultados concretos. Estes resultados são obtidos pela operacionalização realizada através dos serviços, que por sua vez, são representados pelo conjunto de determinada atividade, desempenhada em domicílio, na comunidade, em clínica, em dispensários ou em ambulatorios. Deste modo, entre as unidades locais estão os serviços de ambulatório, constituindo uma das portas de entrada ao sistema que visa ao atendimento de saúde às pessoas.

## 1.2. Os Serviços Ambulatoriais

A prioridade ao atendimento às necessidades de saúde da população fez com que o termo ambulatório fosse conceituado em relação às atividades requeridas para a satisfação dessas necessidades. Entretanto, nem sempre foi assim.

Os primeiros ambulatorios de que se tem notícia, segundo referências de ALVES e Col.<sup>3</sup>, eram destinados ao atendimento de doentes pobres, tidos então como indigentes. Nes-

sas entidades, além do tratamento médico e do fornecimento gratuito de medicamentos, era fornecida também, a alimentação aos que dela necessitassem.

As primeiras policlínicas do Brasil foram as do Rio de Janeiro, fundada em 1882, e a de São Paulo, fundada em 1895. A de São Paulo foi formada com a finalidade de prestar assistência gratuita aos que dela necessitassem e servir de campo para o ensino e prática aos médicos e aos estudantes de medicina.

Segundo COSTA<sup>15</sup>, esses serviços, que surgiram com a finalidade de atendimento a doentes pobres, sofreram grandes transformações até nossos dias, e têm se multiplicado. Esse fato pode ser atribuído ao progresso das ciências e técnicas médicas, aos novos conceitos de saúde, ao incremento de medidas preventivas e de reabilitação, ao crescimento demográfico, além de fatores sociais.

Atualmente, são atendidos também em ambulatórios, pacientes capacitados a pagar os serviços profissionais, direta ou indiretamente através dos institutos e outras entidades. Assim, o conceito de que os ambulatórios são destinados apenas a servir a pessoas pobres, vai sendo modificado, com o progresso das ciências e com a evolução da previdência social.

A partir de 24 de janeiro de 1923, desde a promulgação de Lei Elói Chaves (DECRETO-LEGISLATIVO Nº 4.682)<sup>12</sup>, foram sendo criadas as caixas de assistência e previdência,



incluindo entre os seus encargos, o da prestação de assistência médica.

Refere LANDMANN<sup>23</sup>, que no início, a prestação de assistência através das caixas e institutos foi a de atendimento ambulatorial. Para a assistência hospitalar, os segurados tinham de recorrer aos hospitais públicos ou de caridade. Quando a assistência hospitalar foi ampliada, o problema se inverteu. O tratamento ambulatorial ficou por conta do beneficiário, e a previdência passou a cuidar mais da hospitalização.

Segundo BRAGA<sup>8</sup>, entre 1974 e 1976, ganha ênfase especial o atendimento de ambulatório, porém com taxas de atendimento hospitalar também elevadas.

De acordo com ALQUERES<sup>2</sup>, já em 1975, a prestação de assistência médica, no âmbito da previdência, é descentralizada quanto aos atendimentos hospitalares, e ao inverso, no que se refere aos atendimentos ambulatoriais. Assim sendo, a assistência médica administrada pelas instituições da previdência é indireta no que toca aos serviços hospitalares, enquanto que nos serviços ambulatoriais é direta, e prestada por pessoas dos quadros das instituições.

Assim foi se desenvolvendo uma das partes constituintes da rede de assistência-médica, destinada a satisfazer necessidades sentidas e que correspondem ao atendimento individual.

Os serviços ambulatoriais para o atendimento das

necessidades de interesse coletivo, isto é, os referentes à demanda técnica, foram implementados a partir da reforma Carlos Chagas, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, a 2 de janeiro de 1920 (DECRETO LEGISLATIVO Nº 3.987)<sup>30</sup>.

Referem SILVA & MAHAR<sup>38</sup>, que a partir de 1923, pode ser distinguida uma bifurcação no desenvolvimento das atividades sanitárias no Brasil. A ação da União foi mantida no domínio da medicina preventiva e na preservação da saúde coletiva, ou seja, na adoção de medidas destinadas à profilaxia, em massa, de moléstias infecto-contagiosas e ao controle e erradicação de surtos endêmicos. A assistência médica e hospitalar para os portadores de outras doenças não endêmicas, voltada para a preservação da saúde individual, ficou sendo da responsabilidade dos estados, municípios e dos órgãos de previdência.

Com o aumento progressivo do número de consultas diárias, quer pelo desenvolvimento econômico-social e cultural da população, quer pela maior divulgação decorrente da propaganda e educação sanitária, orientadas pelos órgãos estatais, os ambulatórios tornaram-se de extrema importância dentro da dinâmica do setor saúde.

A importância decorre de sua finalidade, que é a do atendimento às necessidades de saúde e do desempenho de suas funções principais. Estas funções, de acordo com VOROBOW<sup>42,43</sup>, podem ser referentes ao hospital, ao ensino, às pes-

soas e à comunidade. Delas decorrem as atribuições relativas à medidas concernentes à hospitalização desnecessária, como a seleção dos doentes; o tratamento daqueles que não necessitam de internação; a continuidade de tratamento aos doentes, que tendo obtido alta hospitalar necessitam ser mantidos sob orientação médica; os meios para prevenção das doenças, seu diagnóstico e tratamento precoce; a educação sanitária da comunidade, visando melhorar a saúde individual e coletiva; o desempenho de atividades relacionadas ao ensino médico, de enfermagem e de outras profissões afins; e às condições para a pesquisa científica.

Entre as referências de RODRIGUES<sup>30</sup>, encontra-se a de caracterização de ambulatório como sendo uma unidade estática, porque nesse tipo de entidade, tudo que se relacione com a família do cliente ou à comunidade onde ele vive é ignorado. Ou então, sua ação em relação à comunidade está limitada e condicionada pela presença do cliente na unidade.

Dadas as condições de saúde das pessoas que procuram atendimento nos ambulatórios, ou que a ele são encaminhadas, esses tipos de entidades se diferenciam pela dinamização.

Desta maneira, surgem os serviços integrados e os serviços simultâneos, não raro em funcionamento na mesma área física, na qual funciona a unidade de ambulatório.

Em geral, o atendimento nesse tipo de ambulatório é feito por diversos serviços, em etapas sucessivas, até chegar à assistência médica e à de enfermagem.

Em determinadas situações, faz-se necessário o atendimento de solicitações relacionadas às necessidades humanas básicas, que são afetadas durante o processo saúde-doença. Assim sendo, elementos componentes da enfermagem tornam-se necessários e fazem-se presentes, desde as primeiras etapas do processo de atendimento nos serviços ambulatoriais.

### 1.3. O atendimento de enfermagem em ambulatórios e o contexto institucional

As atividades necessárias ao atendimento de enfermagem em ambulatórios estão condicionadas a um processo de renovação e de adaptação.

As perspectivas de renovação são visualizadas através dos conhecimentos adquiridos na escolaridade formal, na superação evolutiva de algumas das competências instituídas em legislação, e na tentativa de novas definições legais relativas às suas ações e atribuições.

A interdependência e a complementariedade, entre as atividades dos serviços realizados nessas entidades, exigem uma adaptação, em resposta ao ambiente social no qual as ações e atribuições de enfermagem são realizadas.

Segundo HORTA<sup>20</sup>, os conceitos que definem as pro -

fissões modificam-se à medida que a sociedade evolui, e não satisfazem mais os conhecimentos da época. Com o aparecimento de novas profissões inserindo-se e integrando-se no contexto social, surgem as delimitações, fazendo com que sejam verificadas as caracterizações que as diferenciam.

A prioridade, estabelecida em relação ao atendimento às necessidades de saúde em ambulatórios, faz com que a demanda seja para a assistência médica. Entretanto, a presença de enfermagem se faz necessária, porque as necessidades que o paciente têm de satisfazer, de acordo com PAIM<sup>29</sup>, existem independentemente do diagnóstico médico. Este mesmo autor, referindo-se a Bachand, cita as caracterizações referidas por este estudioso, que reconhecendo uma área de superposição de atividades relacionadas à função de médico e do enfermeiro, deixou evidente que a função precípua do primeiro é a cura, enquanto que a do segundo, é o cuidado.

Um dos conceitos de enfermagem é o elaborado por HORTA<sup>20</sup>, explicando a assistência no atendimento das necessidades básicas do ser humano, em que a enfermagem faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer, porque lhe falta o conhecimento, a vontade, ou as forças.

Outro conceito de enfermagem é o de E. Lambertes, citado por PAIM<sup>29</sup>, e que tem como fundamento aspectos relacionados à função social da enfermagem, resultando no seguinte: sendo um processo dinâmico, educativo e terapêutico em satisfazer necessidades de saúde da sociedade, a função dis-

tinta da enfermagem refere-se às respostas fisiológicas e psicossociais à saúde, que podem ou fazem resultar em uma dependência de outros, para satisfazer necessidades que estão normalmente dentro do potencial do indivíduo ou da família.

Os cuidados de enfermagem, prestados em ambulatorios, são relativos à capacidade dos pacientes em prover necessidades decorrentes do processo saúde-doença, considerando também as implicações sócio-culturais que lhes são inerentes. A condição de dependência, que pode resultar desse processo, é que determina o tipo de cuidado a ser prestado. Quando um indivíduo dependente é deixado no ambulatório sem alguma pessoa da família, ou de outra que o acompanhe, pode trazer maiores implicações para o serviço de enfermagem. Existem circunstâncias, em que o indivíduo precisa de ajuda desde o momento que chega à unidade de ambulatório. A verificação de necessidades como o de alimentação, locomoção e de orientação relativa aos diversos setores, fazem com que em determinados tipos de ambulatorios, a atuação do serviço de enfermagem ocorra durante todo o processo de atendimento.

A citação de HOELTZ<sup>19</sup>, de que quando alguma coisa é feita para, com, ou ao paciente, por uma pessoa da equipe de saúde, dificilmente não precisa de apoio, complementação ou de outro cuidado da enfermagem, aplica-se também aos serviços de enfermagem de ambulatório. Nessas unidades, quando é necessário, além do cuidado ao paciente e da orientação aos acompanhantes, são atribuídas à enfermagem, atividades

que pertencem a outras áreas de serviço, ou atividades que realizadas através de atos sucessivos, resultam em atividade final de outros profissionais.

A crescente complexidade dos processos de tratamento e diagnósticos médicos, como também as necessidades oriundas de outros serviços, ainda supridos pelo serviço de enfermagem, resultaram em atribuições diversificadas. Elas foram se acumulando, de acordo com funções, e diferenciando-se segundo áreas de atuação, constituindo áreas compreendidas no serviço de enfermagem.

Exemplo de áreas de serviço, com tarefas atribuídas à enfermagem, constituem as citadas por SANTOS<sup>34</sup> e que são as seguintes: área básica, definida a partir das necessidades gerais dos seres humanos e independentes da condição do doente; área doméstica, compreendendo as tarefas, que existem na entidade, da mesma forma que existem em qualquer habitação; área técnica, incluindo as tarefas executadas com ou para o paciente, pelo fato de ele estar doente; área de organização, compreendendo as tarefas necessárias à administração e ao funcionamento da entidade; e a área de orientação, compreendendo as tarefas ligadas ao preparo formal e à supervisão de alunos de enfermagem.

O acúmulo de atribuições relativas às áreas de atuação de enfermagem faz com que esse serviço seja afetado por duas espécies de problemas. Um deles, é inerente à assistência de enfermagem, compreendendo o cuidado direto ao pa -

ciente; e o outro, é inerente à instituição, compreendendo alguns dos serviços, cujas tarefas, necessárias à sua realização, poderiam ser atribuídas a outros grupos de trabalho, ainda não supridos por pessoal adequado. Assim sendo, o serviço de enfermagem tem duas referências diversas para delimitar suas atividades. Uma delas é relativa à necessidade de cuidado direto ao paciente, e a outra, à necessidade decorrente de outros serviços da instituição.

Além de atividades de natureza simples, algumas delas tradicionalmente atribuídas ao serviço de enfermagem, surgiram atividades de natureza mais complexa, resultantes do conhecimento científico e da tecnologia usada para o atendimento às necessidades de saúde.

As tarefas necessárias ao desempenho dessas atividades são executadas pelos grupos profissional e ocupacionais de enfermagem. O primeiro é representado pelos enfermeiros. O segundo pelos técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem.

Os grupos diferenciam-se pelo nível de preparo, ao qual deveria corresponder o desempenho de atividades. Entretanto, referem MENDES e Col.<sup>28</sup>, que através de literatura, pode ser verificado que atividades de natureza mais complexa, ainda estão sendo assumidas pelos atendentes. Esse fato pode refletir o problema da utilização de recursos humanos



não qualificados, com que se defronta a enfermagem brasileira, e que tende a perdurar por muito tempo, devido a escassez de profissionais de enfermagem.

Comparando tipos de atividades desempenhadas pelas diversas categorias de enfermagem, concluem SANTOS & MINZONI,<sup>35</sup> que esse pessoal realiza tarefas que não estão de acordo com a sua formação. Referem esses autores, que nos locais onde foi realizado o trabalho que possibilitou a comparação, os auxiliares estão desperdiçando seu preparo em tarefas de atendentes e, desempenhando funções que deveriam ser executadas por enfermeiros, enquanto que os atendentes trabalham em tarefas predominantemente de seu nível, mas executam também as de auxiliares, e em percentagens menores, atividades de todos os níveis.

Após estudos realizados em serviços de saúde e hospitalares de treze (13) Estados brasileiros, SOUZA e Col.<sup>39</sup>, emitiram a suposição de que, como o tipo de cuidado de enfermagem, em todos os serviços e especialidades estudados, é similar, não se observando diferença marcante entre as atividades realizadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes, esses serviços obedecem puramente a uma rotina tradicional.

Os problemas referentes à rotina, aos recursos humanos e à distribuição de atividades, relacionados às tendências evolutivas da enfermagem, em seus aspectos de educação formal e exercício profissional, são observados e referidos,

também, por outros autores, embora individualmente cada um de les possa não se referir a todos esses aspectos em conjunto.

Segundo HORTA<sup>21</sup>, o cuidado dos pacientes são delegados aos atendentes e auxiliares de enfermagem, e a maioria das enfermeiras, tanto em hospitais, como em saúde pública, estão desempenhando atividades administrativas.

Refere BOEMER<sup>7</sup>, que a enfermeira no exercício das suas funções está, cada vez mais, assumindo o papel de assistente de médico, ou sendo absorvida por tarefas burocráticas e que a sua ação não está centralizada no paciente.

Essas observações e os trabalhos mencionados parecem refletir a situação comentada por MENDES e Col.<sup>28</sup>, de que embora se tenha exigido maiores responsabilidades da enfermagem, no que tange à distribuição e à utilização de recursos humanos, pode ser verificado que a organização funcional de muitos serviços de enfermagem é, de modo geral, inadequada e deficiente.

A consideração feita por SALUM<sup>32</sup>, relacionando a integração harmoniosa e a prioridade à educação, pode, por analogia, ser aplicada à distribuição de atividades entre as diversas categorias de enfermagem, uma vez que em seu conjunto ou em sua somatória, são dirigidas ou fazem parte do atendimento às necessidades de saúde da sociedade. Assim sendo, as mesmas observações referentes ao processo social podem ser aplicadas ao processo funcional das atividades de enfermagem. Para esse autor, a educação é um indicador e um gerador de

desenvolvimento, que começa a existir quando medidas racionais escalonadas em grau de prioridade começam a ser adotadas. A adoção destas medidas é feita para superar hábitos cristalizados, romper rotinas estabelecidas e determinar a correção da dosagem das várias tendências existentes, sem a qual não se poderá fazer uma integração harmoniosa.

De acordo com DOURADO<sup>18</sup>, é a partir de condições próprias que as profissões se estabelecem nos diversos países, e que no Brasil, o estabelecimento do modelo da profissão de enfermagem, deve-se ao exercício do enfermeiro, para o qual interagem todos os complexos institucionais, não só de enfermagem, como também da educação nacional, da saúde e do trabalho.

Refere KURCGANT<sup>22</sup>, que as enfermeiras desejam poder participar com autoridade das resoluções que possam afetar sua situação na equipe de saúde, e ter o controle da própria profissão.

Com a criação dos Conselhos Federais e Regionais de enfermagem, em 12 de julho de 1973 (LEI FEDERAL Nº 5.905)<sup>10</sup>, surgiu o instrumento adequado para a disciplinação e a fiscalização do exercício de enfermagem no Brasil. Entre as medidas tomadas para a consecução dessas ações, foram criados os quadros, que são distintos, segundo as categorias de profissionais e surgiram as providências no sentido de instituir a diferenciação na atribuição de atividades e tarefas, de acordo com o nível de preparo compatível a cada categoria.

As ações de enfermagem, as atribuições do enfermeiro e as dos integrantes das outras categorias de enfermagem estão relacionadas, entre outras disposições, no ANTE-PROJETO DE LEI de 1975, constante no Conselho Federal de Enfermagem.

Uma visão retrospectiva de algumas das atribuições de enfermagem, contidas em determinados decretos e leis, até a elaboração do ante-projeto mencionado, e a verificação das tarefas executadas atualmente em algumas das instituições de saúde pelo serviço de enfermagem, poderiam talvez, evidenciar a referência de BARRET<sup>5</sup>, de que as mudanças são sempre gradativas e não ocorrem simultaneamente em todas as instituições.

Entre as atribuições e deveres dos enfermeiros do exército (DECRETO Nº 15.230/21)<sup>10</sup>, constam as seguintes: a observação das ordens relativas aos doentes, à sua higiene, e à sua disciplina; a verificação da distribuição da dieta; a organização das escalas para os serviços de plantão; a verificação da distribuição de remédios, da execução de curativos e de zelo pelo asseio e boa ordem do estabelecimento. Esses enfermeiros deveriam acompanhar os doentes que eram transferidos, e nos hospitais onde não houvessem irmã de caridade, o enfermeiro seria encarregado dos pertences do doente e da rouparia do hospital.

Com a aprovação do Regulamento do Hospital Geral

de Assistência Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DECRETO Nº 15.799)<sup>10</sup>, foram instituídas atribuições para as enfermeiras que atuariam na futura Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Além da superintendência das enfermarias do hospital, essas enfermeiras seriam incumbidas da organização e distribuição de cuidados aos doentes, da cozinha dietética e da rouparia. Os cuidados aos doentes seriam orientados pelos médicos-chefes, dos quais as prescrições deveriam ser rigorosamente cumpridas.

O serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujo regulamento foi aprovado em 1923 (DECRETO Nº 16.300)<sup>10</sup>, teria enfermeiras-chefes encarregadas da direção das visitadoras de higiene, ou das enfermeiras de saúde pública.

Em 1955, com a regulamentação do exercício da enfermagem profissional (LEI Nº 2.604)<sup>10</sup>, além do exercício, é atribuída aos enfermeiros, a direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde, (LEI Nº 775/49)<sup>10</sup>. As outras atribuições referem-se à participação no ensino e à direção de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, e à participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem. Aos auxiliares de enfermagem são atribuídas as atividades da profissão, excluídas as referentes ao ensino e à direção de serviços.

Já em 1961, foi regulamentado o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares em todo o território nacional (DECRETO Nº 50.387)<sup>10</sup>, especificando o exercício profissio

nal, apenas mencionado na Lei nº 2.604. Consta desse decreto, que no exercício de enfermagem e de suas funções auxiliares estão compreendidos os atos, que em seus respectivos campos profissionais, sejam executados visando ao seguinte: a observação, o cuidado e a educação sanitária do doente, da gestante e do acidentado; a administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médico; a educação sanitária do indivíduo, da família e de outros grupos sociais, para a conservação e recuperação da saúde e prevenção das doenças, e a aplicação de medidas destinadas à prevenção de doenças. Além da especificação relativa ao exercício de enfermagem, no que concerne às atribuições, está expressa a palavra-administração em substituição à palavra-direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e de saúde pública. Nos itens referentes ao ensino, foi incluído o treinamento de pessoal em serviço, a inspeção de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, e a participação em bancas examinadoras de concurso para seleção e provimento de cargos de enfermeiro e de auxiliar de enfermagem. As atividades dos auxiliares de enfermagem continuam sendo as da profissão, com exclusão das já referidas, sendo acrescentada a observação, de que seriam desempenhadas sempre sob a orientação de médico ou de enfermeiro.

Em determinados artigos do ANTE-PROJETO DE LEI de 1975 constam especificações relacionadas às ações de enfermagem e às atribuições do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem.

Entre as ações de enfermagem, tidas como privati -

vas do enfermeiro, estão incluídas as seguintes: o atendimento em consulta de enfermagem: o diagnóstico das necessidades do paciente; o registro e a subscrição no prontuário do paciente, do plano de assistência de enfermagem e sua evolução; a administração da unidade e serviços de enfermagem; o ensino, compreendendo a docência em disciplinas específicas de enfermagem em todos os graus. Consta ainda entre as atribuições do enfermeiro, a provisão de condições de segurança, higiene e conforto do paciente; a verificação de sintomas; a aplicação de curativos e tratamentos complexos; a aplicação de perfusões, e a visita domiciliar.

Ao técnico de enfermagem são atribuídas a execução das atividades prescritas no plano de assistência de enfermagem; o preparo do paciente para cirurgia e tratamento; o registro e subscrição das observações sobre o estado de saúde e os cuidados prestados ao paciente; o preparo do paciente para cirurgia e tratamento; as aplicações e leitura de testes imuno-diagnósticos, e a visita domiciliar.

Entre as atividades atribuídas ao técnico, estão algumas que são atribuídas ao auxiliar de enfermagem como tarefas, e que são as seguintes: colheita de espécimes para laboratório; curativos e tratamentos; administração de medicamentos e de imunizantes; sondagem e instilação vesical; execução de atividades de apoio necessárias às ações de enfermagem; cuidados de higiene e conforto, com observação de medidas de segurança, e a orientação para a saúde do indivíduo e da família. Entre as tarefas atribuídas ao auxiliar de enfermagem que não consta como atividade do técnico, consta a exe

cução de cuidados de higiene e conforto, com observações de medidas de segurança e a verificação e registro de sinais vitais.

Além das ações de enfermagem e das atribuições em que estão implícitas as tarefas de todas as categorias profissionais, constam ainda nesse ante-projeto, entre outras, as especificações relacionadas à abrangência das ações de enfermagem no que diz respeito à ocupação de cargo, função ou emprego em estabelecimentos que prestam atendimento às necessidades da saúde da população.

Pelo já exposto, evidencia-se que de 1921 a 1975, as referências relativas ao serviço de enfermagem e às instituições foram sendo modificadas. Verifica-se que, tarefas, como distribuição de dieta, e responsabilidades, como as de zelar pelo asseio e limpeza de enfermarias e as de organização das rouparias, atribuídas nos primeiros anos, já não lhe são explícitas nos anos mais recentes.

A ênfase dada à superintendência das enfermarias do hospital, sendo a distribuição dos cuidados aos doentes uma das tarefas compreendidas nessa atribuição, parece ter sido substituída, atualmente, pela direção e administração dos serviços de enfermagem.

A orientação dos médicos sobre os cuidados dos doentes, atualmente, poderia estar incluída no plano de assistência de enfermagem, no qual estariam implícitas todas as outras atividades relacionadas ao cuidado do paciente. Assim



sendo, o ponto de referência para a assistência ao paciente seria o plano de enfermagem, para o qual são identificadas as necessidades humanas básicas afetadas, e determinadas as tarefas cuja execução possibilitariam o provimento da ajuda requerida.

No plano de assistência, são consideradas tanto as necessidades decorrentes do processo saúde-doença, para cuja satisfação é essencial a prescrição médica, quanto as necessidades que existem independentemente do diagnóstico médico.

Nas atividades e tarefas respectivas, atribuídas ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, foi observado um escalonamento referente ao nível de complexidade, de acordo com o nível de aprendizado.

Os termos, deveres e incumbência já não são mencionados e aparece a especificação de ato, seguida pela de ações de enfermagem, compreendendo as atividades desempenhadas pelas diversas categorias incluídas em seus serviços.

As delimitações referidas às ações de enfermagem representam um processo de evolução, cuja metodização na ordenação dos atos tem como instrumentos de unificação e de distribuição, o plano de assistência e a consulta de enfermagem.

De acordo com os conceitos de enfermagem e com as atribuições expressas na legislação, estariam estabelecidas as diretrizes para a prática de enfermagem. Para tanto, caberia ao enfermeiro, a execução do plano de assistência de

enfermagem e da consulta de enfermagem, cujo objetivo é dar assistência integral ao paciente em suas necessidades bio -  
-psico-sociais.

Está estabelecido o marco de referência para as ações, através das quais seria prestada a assistência de enfermagem, a qual constitui, segundo PAIM<sup>37</sup>, a função principal do enfermeiro. Deste modo, as atribuições relativas ao ensino, à administração e à pesquisa, seriam funções complementares e assessórias à assistência de enfermagem.

A sistemática de assistência de enfermagem a partir de um plano unificador e distribuidor modifica-se ou nem se institucionaliza de maneira homogênea, devido a necessária adaptação à metodologia de assistência adotada pelo setor saúde. Essa assistência, refere ADAMI<sup>1</sup>, representa uma problemática, que traz como consequência o planejamento de programas prioritários no País, e os serviços de saúde são estruturalmente organizados de modo a atender essas necessidades.

A situação de enfermagem, como recurso humano inserido no contexto do sistema saúde, segundo SILVA<sup>37</sup>, é particularmente crítica, tanto em qualidade como em quantidade. A dinamização do sistema formador de enfermagem, ainda não supre em quantidade as necessidades de pessoal de enfermagem, identificadas nas instituições que prestam atendimento às necessidades de saúde. Deste modo, a composição estrutural dos recursos humanos de enfermagem apresenta distorções, com elevada prevalência de pessoal de nível elementar, o

atendente, sobre o auxiliar de enfermagem, a visitadora sanitária e o enfermeiro.

O enfermeiro acompanhando as tendências organizacionais e metodológicas do setor de saúde, encontra-se integrado nos diversos níveis desse sistema.

A nível central, participa no processo de planejamento global de saúde, enquanto que a nível regional ou intermediário, é de sua responsabilidade a organização dos serviços de enfermagem a serem operacionalizados a nível local, pelas diversas categorias de enfermagem. É neste nível que são atendidas as necessidades sentidas e as que deveriam ser verificadas pela enfermagem, a fim de fornecer subsídios ao planejamento de enfermagem à nível central.

Quanto mais centralizada for a organização desses serviços, tanto mais restritas ficarão as decisões, em grupos distantes física e culturalmente, dos agentes periféricos do sistema, neste caso, os técnicos, os auxiliares de enfermagem, os atendentes e os visitantes sanitários. Assim sendo, as normas e diretrizes de enfermagem, podem ser coerentes com o atendimento prioritário, ou seja, o identificado através da demanda relativa ao processo saúde-doença, pelos técnicos de saúde, mas não pelos de enfermagem. Isso porque, a enfermagem a nível local, ao mesmo tempo que obedece a normas e rotinas, atende a necessidades imediatas e eventuais, sem fornecer subsídios que possibilitem um diagnóstico a partir do qual, seria possível um planejamento de

assistência de enfermagem, que considerasse as suas funções próprias em adequação, com os recursos em disponibilidade.

Ainda em relação ao setor saúde e à sua dinamização sistemática, podem ser verificados alguns pontos análogos, através das já mencionadas observações e referências sobre a prática de enfermagem. Esses pontos são representados pelas observações relativas ao serviço de enfermagem e pelas relacionadas ao sistema de saúde. Embora esses problemas não sejam demonstrados com uma relação direta de causa e efeito, apresentam-se como coincidentes com sua evolução.

Entre as referências relacionadas para o atendimento às necessidades de saúde que coincidem com as relacionadas ao serviço de enfermagem encontram-se as seguintes: o desequilíbrio entre as necessidades e recursos; a necessidade de que se faça algo no sentido de disciplinar e conduzir, por parte dos indivíduos e instituições o exercício de atividades; a necessidade de bases legais adequadas, que correspondam a critérios atuais, e reflitam formalmente o progresso da ciência e da técnica em seu próprio campo; e a implantação gradativa de um processo coordenado.

No atendimento às necessidades de saúde, há a preocupação com a inadequação e a distribuição de recursos; na distribuição das atividades de enfermagem há a preocupação com a adequação do nível de preparo, às necessidades a serem atendidas e os recursos humanos disponíveis.

Foi explicitada na regulamentação do exercício da

enfermagem e suas funções correlatas, a execução de atos visando cuidados a grupos específicos da população, correspondendo às ideologias implícitas nas constituições.

A criação do Conselho de Desenvolvimento Social representa uma das primeiras providências para disciplinar a área da saúde, coordenar atividades, distribuir responsabilidades e estabelecer condições básicas de prestação de serviços à população. Com os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, foram iniciadas as providências para a disciplinação do exercício profissional e o estabelecimento de referências básicas para diferenciação de atribuições e delimitação de responsabilidade.

A sistematização organizacional instituída com o Sistema Nacional de Saúde preconiza a integração entre atendimento individual e as medidas de alcance coletivo, obedecendo os princípios de medicina preventiva; consta que no exercício de enfermagem estão compreendidas ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde e à reabilitação do cliente.

Verifica-se que há uma certa correspondência entre os problemas apresentados e as medidas preconizadas através do sistema de saúde, e a seqüência de providências e medidas relacionadas ao atendimento de enfermagem como participante da dinamização.

As ações a serem desenvolvidas para cumprir a finalidade do sistema de saúde, segundo a integração programática preconizada, tendem a considerar o conceito de atenção

às necessidades básicas de saúde, e dinamizar o nível periférico do sistema, onde estão inseridos os serviços ambulatoriais.

Estes serviços, segundo COSTA<sup>15</sup>, nem sempre têm merecido a atenção que corresponda ao seu valor real. Neles o enfermeiro lida com maior número de pessoas apresentando uma variedade de condição e situações, constituindo-se em um local excelente para treinamento, por oferecer um grande número de atividades de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem prestados em ambulatorios podem apresentar diversidades quanto a seqüência de observação ou de atendimento, mas os princípios a serem observados na assistência de enfermagem em unidades de internação diferem apenas na modalidade de atendimento. Esta modalidade pode representar a função que o serviço de enfermagem desempenha no ambulatório, ou o significado das ações de enfermagem em referência aos cuidados às necessidades de saúde das pessoas e os serviços prestados à instituição.

#### 1.4. Considerações sobre os serviços de enfermagem em ambulatorios

A significação conceitual dos termos enfermagem e ambulatório pode ser abordada a partir das significações fundamentais do termo função, delimitando o conteúdo a ser compreendido nos respectivos conceitos, e focalizando aspectos referentes à instituição e à organização relacionadas à função social correspondente.

Segundo PAIM <sup>23</sup>, a enfermagem deve acompanhar o processo do setor saúde, e o enfermeiro deve iniciar a análise dos cuidados a prestar, baseado em uma definição de funções que mereça aceitação geral, em consonância com a legislação relativa à profissão de enfermagem.

A definição da função de enfermagem no processo do setor saúde é relativa à delimitação conceitual do termo função, cuja conotação referencial compreenda a significação dos termos finalidade e objetivo.

A conotação inferida a esses termos é expressa pela participação que se realiza através das áreas de atuação atribuídas à enfermagem em determinadas instituições, entre as quais estão incluídos os ambulatórios.

Entre os elementos constitutivos de uma instituição, estão a idéia de realização, as atividades grupais socializadas e a divisão de trabalho.

Na prática, o ambulatório é um local que tem como finalidade específica a de receber pessoas para consultas, exames, diagnóstico e tratamento.

Comportando um sistema de atividades humanas diferenciadas e coordenadas, o ambulatório pode ser considerado, também, sob o ponto de vista de uma organização social.

Segundo LOURAU <sup>24</sup>, uma unidade organizada é feita pela disposição específica das funções sociais em redor de

uma função oficialmente privilegiada, e pela exclusão oficial de certo número de outras funções que se tornam então latentes, acidentais ou informais; assim sendo, a função instituída está subordinada a valores sociais vigentes e tem sempre uma finalidade social.

A organização funciona porque o seu todo é pluralista. Tem no seu conjunto uma reunião e uma diferenciação de grupos gerais, que no caso dos ambulatorios podem ser chamados de serviços, entre os quais situa-se o de enfermagem.

Este serviço, embora instituído porque é permanente nas entidades, pode tornar-se apenas complementar aos derivados. Isto porque, a demanda direta não é para a especificidade de suas funções.

O sistema de serviços é formado por subsistemas particulares de necessidades, de técnicas de trabalho, de modos de satisfazer necessidades e de cultura teórica e prática. Aí se distinguem os indivíduos segundo grupos de categorias, e podem ser delimitadas as atribuições correspondentes.

As atribuições compreendidas na função, quando reconhecidas formalmente pelas instituições, disciplinam as atividades próprias de cada categoria profissional, ou de determinados tipos de serviços.

Deste modo, o conceito de função pode estar rela-



cionado a aspectos diversos, embora convergindo ao mesmo objetivo e direcionado a fins idênticos.

Essas afirmações podem ser exemplificadas pelo expresso sobre funções, incluído entre os CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE SAÚDE<sup>11</sup> como sendo "atribuição ou conjunto de atribuições conferidas a cada categoria profissional, ou cometidas individualmente a determinados servidores e/ou empregados para a consecução de determinadas atividades".

A atividade é representada pelo conjunto de tarefas específicas, cuja execução conduz diretamente ao cumprimento dos objetivos de cada área de atuação.

Constituindo um componente da atividade, a tarefa está compreendida no conjunto de ações relacionadas, cuja complexidade varia de acordo com os recursos disponíveis e permite a prestação de uma unidade de serviço.

O estudo da relação entre as ações executadas pelos indivíduos que atuam nos subsistemas permitiria verificar as separações e as articulações entre os grupos provisórios e os duráveis. Entre os duráveis estão os diversos conjuntos de tarefas que compõem as atribuições do serviço de enfermagem. Estas atribuições devem ser apreendidas em seu dinamismo, procurando-se extrair onde está a instituição, isto é, as relações entre a racionalidade estabelecida, os conhecimentos desenvolvidos e os movimentos sociais que se apóiam implícita ou explicitamente sobre a racionalidade estabelecida.

A racionalidade estabelecida é representada pelos

códigos ou pelas normas ditadas pelas instituições. Neste caso, as rotinas formais existentes nos ambulatórios, e as normas contidas no ANTEPROJETO DE LEI de 1975, constantes nos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Os acontecimentos seriam os fatos, neste caso, as atividades resultantes em diversos serviços, e os movimentos sociais seriam representados pela demanda.

Na execução das atividades estariam reunidos o instituinte, no qual estão implícitas a natureza da demanda ou necessidade de atendimento, e o instituído, isto é, o uso de recursos existentes, de maneira apropriada para o momento e situação. Na implicitação, ambos estão relacionados e contêm em si, tarefas componentes das atribuições dos serviços articulados. No caso do serviço de enfermagem, esses tipos de tarefas não representariam articulação, e sim componentes das chamadas atividades de apoio para a realização das ações de enfermagem.

A operacionalização das ações de enfermagem depende pois, da demanda e do recurso existente no momento, em determinada instituição.

A ação de enfermagem, em correspondência com a racionalidade explicitada na ideologia da legislação brasileira de enfermagem, já mencionada, pode ser considerada como somatória ou então como a combinação de tarefas, neste caso, atos, que resultam em atribuições, para cumprir a finalidade da instituição em relação às suas funções, e não as funções próprias do enfermeiro, no que diz respeito aos cuidados e as

sistência de enfermagem. Isso porque, o plano e a consulta de enfermagem, caracterizados como unidades distribuidoras de atos e tidas como atribuições privativas do enfermeiro representam a ação de enfermagem, para a qual convergiriam os atos executados por todos os indivíduos compreendidos no serviço de enfermagem para cumprir sua função própria.

A legislação representa o ideal a ser alcançado gradativamente, pela concretização que se faz no espaço e no tempo, e evoca a afirmação de BARRET<sup>5</sup>, já mencionada, sobre a gradatividade e a não simultaneidade das mudanças estruturais nas instituições. Deste modo, surge a suposição de que podem ser encontradas todas as tarefas já atribuídas à enfermagem, mesmo as não referidas atualmente na legislação atual, mas que são necessárias ao alcance da finalidade da instituição, como componentes das áreas de atuação de enfermagem, porque não foram ainda supridas por substitutos adequados.

Em determinadas situações, o plano e a consulta de enfermagem poderiam representar uma inovação a ser inserida nos ambulatorios. Como as inovações se fazem num momento histórico, têm que estar relacionadas ou serem determinadas a partir de etapa evolutiva em que se encontra esse serviço dentro da instituição.

Quando uma inovação desse tipo vem de uma ideologia, como a das escolas de enfermagem, em que a vivência e a técnica apresentam-se mais evoluídas porque são influenciadas pelo conhecimento, pela disposição de tempo e de recursos, podem tornar-se inoperantes em determinadas instituições que

não contam com as mesmas influências. Isso porque, para ser implantada, depende do existente no momento, com o que tem de articular-se ou constituir mais uma das etapas evolutivas.

A etapa evolutiva em que se encontra em relação ao todo é que possibilitará a implantação de inovações.

A necessidade de compatibilizar o ensino com as necessidades reais de atendimento, de acordo com os recursos disponíveis e o estágio evolutivo das instituições, impõe o reconhecimento da situação atual no que diz respeito às áreas atribuídas à enfermagem em determinadas entidades. Esse reconhecimento poderia fornecer subsídios para uma futura verificação de tendências da enfermagem nessas entidades, relacionados as etapas evolutivas do serviço de enfermagem, às categorias profissionais a serem inseridas no contexto pelo aparelho formador e às atribuições desses elementos, instituídas na legislação.

Os elementos indicadores de evolução compreendem aspectos diversos, incluindo os referentes à enfermagem como profissão, e os relacionados à sua distribuição nos serviços determinados.

Os aspectos relacionados à enfermagem como profissão são representados pelas categorias de profissionais, substituindo os elementos tradicionais compreendidos na enfermagem, enquanto que os relacionados à sua distribuição, dizem respeito à adequação relativa a racionalização precon-

zada pelas rotinas e pela legislação vigente.

O reconhecimento das funções próprias quanto à sua natureza e finalidade em determinada situação e em relação ao conteúdo do presente, isto é, ao contexto, é que vai possibilitar a delimitação de atividades e a instituição das funções de enfermagem.

Como o número de enfermeiros é insuficiente, o cuidado direto ao paciente é feito a partir da verificação de necessidades imediatas, sem um plano estabelecido. Assim sendo, quando muito, são feitas observações do que foi feito em relação a essa situação sem um diagnóstico das reais necessidades do paciente, ficando a enfermagem sem subsídios para um planejamento adequado aos seus serviços, e impossibilitada de definir as suas funções próprias nessas instituições.

Quando a distribuição de tarefas não é feita de maneira adequada aos elementos, segundo a categoria funcional e a área de atuação, o atendimento se torna eventual, porque tem que corresponder às necessidades sentidas, cuja satisfação requer cuidados imediatos, ou porque tem de substituir elementos, cuja atuação é necessária ao cumprimento de finalidade da instituição.

O atendimento em caráter eventual, por ser imediato e necessário, é feito por qualquer dos elementos compreendidos na enfermagem, segundo a disponibilidade e o nível de preparo requerido para a execução da tarefa. Deste modo, su-

põe-se que os indivíduos com maior nível de preparo, quando presentes, atuam eventualmente em todas as áreas atribuídas à enfermagem, enquanto que a atuação dos indivíduos de nível elementar, fica mais restrita à sua rotina, segundo as áreas específicas de atuação.

Portanto, parece que o mais importante, no presente, é o estudo das atribuições quanto aos seus componentes, cuja representatividade por tarefas nas áreas de atuação indicará a etapa evolutiva em que se encontram os serviços de enfermagem em determinadas entidades.

Considerando a integração programática preconizada a partir da instituição organizacional do sistema de saúde, a mobilização do aparelho formador e a tendência atual do exercício profissional segundo a legislação, surge o propósito de verificar as categorias profissionais e não profissionais existentes em determinados tipos de serviços ambulatoriais, formulando os objetivos, de acordo com os aspectos tidos como os mais importantes nesta situação.

## 2 - OBJETIVOS

### 2.1. Geral

Estudar a atuação de enfermagem, segundo áreas de atribuição, em serviços ambulatoriais de Curitiba.

### 2.2. Específicos

2.2.1. Detectar o nível de evolução em que se encontram os serviços de enfermagem nas entidades ambulatoriais componentes do estudo.

2.2.2. Determinar a distribuição de tarefas, segundo áreas de atuação atribuídas aos elementos compreendidos na enfermagem, em serviços ambulatoriais.

### 3 - MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1. Etapas preliminares do estudo

Em consonância com a suposição de que os princípios de enfermagem são idênticos ao que se refere à prestação de serviços nos diversos tipos de instituição, e que a diferença apresentada é resultante da variação relativa à finalidade da entidade onde os serviços são prestados, decidiu-se que para alcançar os objetivos propostos, seria necessário a realização de levantamentos preliminares.

Através dos registros do COREN, foi verificado o número de enfermeiros existentes em Curitiba, e posteriormente foram identificados os lotados em entidades que oferecem atendimento e assistência às necessidades de saúde, através de serviços ambulatoriais.

Para a certificação de que os objetivos propostos não redundariam em uma constatação de estágios já ultrapassa-



dos pelas entidades, foram realizadas entrevistas com as enfermeiras responsáveis pelo planejamento e organização dos serviços visitados.

Através das informações prestadas por enfermeiras situadas nos níveis central e regional, foram localizadas as enfermeiras chefes de serviço, supervisoras e chefes de unidades, responsáveis pela operacionalização dos serviços a nível local. Com essas enfermeiras, realizaram-se entrevistas que possibilitassem a visualização de aspectos referentes ao atendimento e assistência de enfermagem prestados nas diferentes entidades.

Nos manuais de rotinas fornecidos por enfermeiras das três instituições selecionadas, foram identificadas as tarefas atribuídas às distintas categorias de elementos compreendidos nos serviços de enfermagem das entidades respectivas.

Com este levantamento, pôde-se planejar o processo e instrumento da pesquisa, com bases, não só, na fundamentação teórica, mas também no conhecimento da prática de enfermagem.

### 3.2. População de Estudo

Para a consecução dos objetivos propostos, consideram-se neste trabalho dois tipos de população. A primeira refere-se aos serviços ambulatoriais onde o estudo seria desenvolvido; a segunda, aos elementos compreendidos na enfer

magem, onde seria observada a atuação de enfermagem propriamente dita.

### 3.2.1. Critérios para seleção da primeira população

Em concordância com o artigo 25 do ante-projeto de lei de 1975, do COFEN, segundo o qual, a expressão "enfermagem" é designativa de empresa ou organização de prestação de serviços, e privativa de entidades mantidas por enfermeiro, foram escolhidas as entidades nas quais a presença desse elemento fosse permanente.

Dependendo da presença de enfermeiros em suas entidades, as instituições foram selecionadas segundo as identidades e as diferenças. Como identidade considera-se a atenção às necessidades de saúde através dos serviços ambulatoriais; como diferença, a vinculação da instituição e a espécie de demanda.

Quanto à vinculação, foram selecionados os ambulatorios do HC, os postos de Assistência Médica do INAMPS, e as unidades sanitárias pertencentes à SESB.

Estas instituições constituem tipos diferenciados de serviços no que diz respeito a demanda a ser atendida, e os únicos serviços ambulatoriais da cidade de Curitiba, onde foi constatada a presença de enfermeiras a nível local.

A exigência da presença de enfermeiros a nível lo-

cal está relacionada à própria expressão enfermagem e à sua significação. Nesta significação, estão implícitos os aspectos relativos aos elementos compreendidos na enfermagem, isto é, seus componentes, e os elementos compreendidos em suas funções.

Entre os elementos compreendidos nas funções, consideram-se como componentes de atividades, as tarefas atribuídas aos elementos compreendidos na enfermagem, segundo as áreas de atuação nas diversas entidades.

### 3.2.2. Critérios para a seleção da segunda população

Os elementos compreendidos na enfermagem que passariam a compor o estudo, seriam representados pelas diversas categorias diferenciadas pelo nível de preparo e/ou treinamento, que estivessem presentes e quisessem preencher o formulário, por ocasião do comparecimento da coordenadora da pesquisa nas entidades selecionadas (ANEXO I).

Entre os elementos componentes dos grupos diferenciados pelo nível de formação estão o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem.

Enfermeiro é o profissional de nível superior, que quando presente a nível local, é o responsável pela operacionalização das atividades de enfermagem e pela execução de tarefas compreendidas nas áreas de atuação de enfermagem consideradas mais complexas, ou pelas que requerem

grau maior de aprendizado.

Técnico de enfermagem é o indivíduo com formação a nível de segundo grau, referido por TURKIEWICZ<sup>4,0</sup>, como profissional intermediário entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. Segundo a terminologia contida no caderno de Orientação das Atividades da SESB, aquele é um profissional preparado para executar e controlar atividades de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro.

Auxiliar de Enfermagem é o elemento preparado para realizar as ações de base, sob a supervisão do enfermeiro ou sob a orientação do técnico de enfermagem.

Os elementos diferenciados pelo tipo de preparo e/ou treinamento são representados pelos atendentes e pelos visitantes sanitários, que não possuem o preparo formal referente às outras categorias. Esses indivíduos adquirem conhecimentos através dos programas de treinamento em serviço, e/ou adquirem habilidades através de execução prática de tarefas repetitivas.

### 3.3. Coleta de Dados

#### 3.3.1. Processo de estudo-instrumento

Para a obtenção dos dados, sistematizou-se um processo de estudo com base em considerações teóricas.

Em relação ao desempenho das funções de enfermagem, tanto as referentes ao cuidado prestado ao paciente, quanto as necessárias à realização da finalidade da entidade, foram consideradas certas distinções.

Face a necessidade de constatação do estágio evolutivo das entidades, no que diz respeito às ações de enfermagem, as perguntas feitas para as enfermeiras responsáveis pela operacionalização das atividades de enfermagem foram elaboradas visando a estabelecer diferenciações entre atendimento e assistência.

No atendimento está compreendida a satisfação de necessidades sentidas, cuja providência se realiza em caráter imediato ou eventual.

Na assistência estão compreendidos o atendimento das necessidades que são identificadas, e os cuidados prestados pelos elementos componentes da enfermagem.

Quando no estágio evolutivo estiverem compreendidos o plano ou a consulta de enfermagem, os cuidados prestados ao paciente serão providenciados a partir da identificação de necessidades.

Neste sentido, todos os atos realizados estão compreendidos nas ações de enfermagem, e direcionados para a sua função própria, isto é, o cuidado direto ao paciente.

A conotação do termo ação pode ser considerada a

partir do significado referido por VASQUEZ<sup>41</sup>, como sendo uma ação que não cria ou não produz um objeto alheio ao agente ou à sua atividade, tendo portanto, um fim em si mesma.

A consulta de enfermagem, segundo CASTRO<sup>13</sup>, é uma atividade final de enfermagem. É uma atividade acabada, e que evolui por etapas.

Considera-se que todo o enfermeiro tenha preparo para executar essa atividade. Portanto, se não a manifesta como atividade intencionada e reconhecida na instituição, subentende-se que ela permanece em latência.

Quando não existe uma metodologia para o atendimento de enfermagem, as necessidades podem não ser identificadas. Isto no que se refere às necessidades que, para serem atendidas, são independentes do tratamento médico, e que fazem parte dos cuidados de enfermagem.

Pode resultar que o serviço de enfermagem dedique o seu tempo em atividades diretas, colaborando apenas com o alcance dos objetivos do médico, e com a administração relativa à instituição.

Assim sendo, as atividades que têm princípio e finalidade relacionadas diretamente às etapas evolutivas das ações do médico, ou das relacionadas diretamente aos serviços da instituição, que são alheias ao objeto da enfermagem, neste caso, o cuidado do paciente a partir de identificação feita pela enfermeira, resultam em ações diretamente rela -

cionadas ao alcance dos objetivos da instituição no que se refere às prioridades.

Como a prioridade, já mencionada anteriormente, é a assistência médica, os recursos são mobilizados em primeiro plano para o alcance desse objetivo.

Dada a insuficiência dos recursos humanos nos serviços de enfermagem e as necessidades das instituições, nas ações de enfermagem, podem estar compreendidos apenas os atos relacionados ao atendimento do paciente, e os relacionados diretamente ao cumprimento da finalidade da instituição.

Na tentativa de verificar os aspectos referentes à ação e/ou atuação de enfermagem, foi elaborado um roteiro de perguntas, para a certificação da existência ou não de uma metodologia, que a partir da identificação das necessidades do paciente, possibilitasse o planejamento da assistência de enfermagem.

Nas entidades e/ou unidades, onde não fosse constatada a elaboração de um plano de cuidados, como rotina e de maneira sistematizada, seria aplicado o formulário, no qual constam as áreas atribuídas à enfermagem.

A atuação de enfermagem em ambulatórios pode ser necessária desde que o paciente chega a entidade. Para a constatação dessa atuação, as perguntas elaboradas são refe

rentes ao recebimento do paciente, às providências tomadas no caso de ajuda para a satisfação de necessidades, e no caso de cuidados que requerem execução de tarefas específicas.

Para verificar a existência de uma metodologia para a assistência de enfermagem, foram feitas perguntas referentes a etapas que podem ser compreendidas num plano de assistência.

Para o estabelecimento das áreas de atuação, foi copiada a idéia das áreas de atribuição e de função, já usada por SANTOS<sup>34</sup> e por SANTA e Col.<sup>33</sup>, como instrumento de pesquisa.

As definições de termos relativos a essas áreas foram mudadas e/ou adaptadas aos conceitos correspondentes à ação e às atribuições de enfermagem.

Deste modo, considera-se cinco as áreas de atuação, nas quais estão compreendidas as tarefas atribuídas à enfermagem. Assim sendo, pode ser verificada a atuação de enfermagem relativa às áreas doméstica, básica, técnica, de orientação e de administração em enfermagem.

As tarefas são constituídas pelos atos componentes das áreas de atribuição, cuja execução visa a alcançar os objetivos relacionados às respectivas áreas de atuação. Frente a essa conceituação, são consideradas, como elementos para este trabalho, as áreas de atuação atribuídas à enfermagem, das quais os atos ou tarefas serão os componentes ne -



las compreendidos.

As tarefas são relacionadas segundo área de atuação, e deveriam ser atribuídas aos elementos das categorias de enfermagem, de acordo com os manuais de normas e rotinas das respectivas entidades, com o nível de preparo do elemento de enfermagem e com as necessidades da entidade.

Quando não é possível o seguimento das normas e rotinas instituídas formalmente, supõe-se que a execução das tarefas se faz de maneira rotineira ou de maneira eventual.

A primeira é realizada, diária ou continuamente, quando o elemento de enfermagem sabe as tarefas que lhe competem, sem precisar de constantes determinações. Mesmo quando a tarefa a ser executada não é estabelecida formalmente como rotina para um determinado elemento, sempre que se faz necessário, ele costuma executá-la. Este é o significado do termo rotina, a constar dos resultados.

A maneira eventual pode ocorrer quando surgem determinadas situações problemáticas, cuja solução requer providência imediata e para a qual não existe na ocasião um elemento especificamente determinado. Essas situações podem estar relacionadas ao cuidado do paciente, e/ou ao desempenho de atividades relacionadas às necessidades da entidade.

A ocorrência eventual se efetua quando o atendimento é feito através da execução de tarefas, pelo elemento da enfermagem que estiver disponível no momento, e que se

julgue preparado para prestar o cuidado requerido, ou para solucionar o problema relacionado às necessidades da entidade.

Deste modo, tanto a realização de rotina, quanto a ocorrência eventual podem estar compreendidas nas áreas de atuação atribuídas à enfermagem.

As tarefas compreendidas nas áreas de atuação foram selecionadas e distribuídas considerando-se a sua execução, no que se refere aos seus princípios e finalidades.

Na área doméstica foram incluídas as tarefas cuja execução é necessária à dinamização do ambulatório, da mesma maneira que seria necessária ao funcionamento de uma casa. Essas tarefas foram consideradas como as menos complexas, e que embora exijam prática ou habilidade para a execução, podem não requerer qualificação formal.

A área básica constitui-se por tarefas essenciais no que diz respeito à satisfação de necessidades humanas básicas, e/ou à ajuda requerida durante o processo saúde-doença.

O nível de complexidade na execução dessas tarefas pode ser variável, e dependeria de discernimento, segundo a situação apresentada. Face a complexidade ou a simplicidade, nessa área poderiam confluír todos os elementos da enfermagem.

As tarefas da área técnica estão relacionadas ao

processo saúde-doença e têm origem ou decorrem do atendimento médico, com exceção da aplicação de vacinas, que obedece outras formalidades.

A execução dessas tarefas são condizentes com habilidades adquiridas através de um processo formal de aprendizado.

Na área de orientação, estão as tarefas relacionadas à colaboração, participação e realização de pesquisa, e de programas relacionados à educação, supervisão de funcionários, estagiários e pacientes.

A área de administração em enfermagem está relacionada à administração geral, direcionando seus elementos constituintes em tarefas necessárias à organização e dinamização do serviço de enfermagem.

Tanto na área de orientação, quanto na de administração em enfermagem, estão incluídas tarefas que podem ser realizadas pelos diversos elementos da enfermagem, ou até por outra categoria de pessoal, com exceção daquelas ações cuja execução são consideradas como privativas do enfermeiro.

Pelo exposto, torna-se evidente que os elementos considerados em última instância foram as áreas de atuação atribuídas à enfermagem, os componentes das categorias de enfermagem e os aspectos relacionados à execução de tarefas, no que diz respeito à rotina e ao caráter eventual na distribuição das tarefas a serem executadas.

### 3.3.2. Material

O material utilizado neste trabalho compreendeu informações obtidas a níveis central, intermediário e local da Divisão de Enfermagem do HC; níveis regional e local das chefias de Enfermagem do INAMPS; níveis central, regional e local das chefias de Enfermagem relacionadas às Coordenadorias da SESB; Nível regional do COREN do Paraná, e informações obtidas durante o desenvolvimento do processo do estudo.

### 3.4. Apuração dos resultados

A apuração das informações obtidas foi realizada manualmente.

### 3.5. Apresentação dos resultados

Em decorrência do processo de estudo aplicado, considerou-se que a melhor forma de expressar os resultados obtidos seria a apresentação gráfica e tabular.

Através de gráficos, poderia ser visualizado o percentual relativo aos diversos elementos compreendidos na enfermagem, e o relativo ao tipo de tarefas executadas, segundo área de atribuição.

Esses percentuais relativos às áreas de atuação, nas quais estão compreendidos os tipos de tarefas executadas, e à enfermagem, na qual estão compreendidos os seus diversos elementos componentes, poderiam expressar a representatividade dos elementos componentes, segundo área de atuação, nas determinadas entidades.

#### 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obtenção do resultado final foi possibilitada após a consecução dos levantamentos preliminares relativos aos locais selecionados, à presença e situação das enfermeiras nesses locais, e à certificação sobre o estágio evolutivo da enfermagem nas referidas entidades.

As implicações, relativas ao contexto onde estariam inseridas as ações de enfermagem nas entidades delimitadas, são referentes aos planos estruturais compreendidos nas instituições das quais são partes constituintes, e a situação de atuação dos elementos compreendidos na enfermagem, à nível local.

##### 4.1. Os locais selecionados e a presença de enfermeiras

O atendimento às necessidades de saúde através dos serviços ambulatoriais na cidade de Curitiba, é prestado em entidades pertencentes às duas redes de assistência.

Na rede de assistência médico-hospitalar, estão incluídos os ambulatorios hospitalares e os postos de assistência médica do INAMPS, enquanto que em sua rede de assistência médico-sanitária, estão incluídos os postos Saza Lattes, os postos e unidades sanitárias pertencentes à PM, e os pertencentes à SESB.

Das 133 enfermeiras registradas no COREN do Paraná, em exercício profissional em Curitiba, 58 fazem parte do pessoal integrado nos serviços ambulatoriais das referidas instituições, com exceção da PM.

Foi constatada a presença de enfermeiras em 1 dos serviços ambulatoriais, entre os 54 hospitais existentes na cidade, em 1 dos 21 postos de saúde Saza Lattes, em 2 das 14 unidades sanitárias da SESB, nos postos de assistência médica do INAMPS, e em nenhum dos postos da PM.

A distribuição dessas enfermeiras nas instituições respectivas pode ser visualizada no quadro 1 (ANEXO II).

Foram excluídos da representação em gráficos e tabelas, os resultados referentes a ambulatorios que constituem unidades específicas e os dos que apresentam sistematização da assistência de enfermagem. Os serviços de enfermagem nesses tipos de ambulatorios, são diferenciados dos demais, por apresentarem fichas e/ou roteiro para identificação de problemas e/ou orientação individual de pacientes.

Por esse motivo, não foram computados os dados referentes aos serviços de enfermagem dos ambulatorios do

pré-natal e de puericultura do HC; os de um dos postos - do INAMPS, que presta assistência médica especificamente em pediatria, os do posto de saúde Saza Lattes, onde é desenvolvido um trabalho de enfermagem extensivo às famílias, e as atividades desempenhadas pela enfermeira envolvem integração com a comunidade religiosa. As providências tomadas por essa enfermeira, além das medidas relacionadas às necessidades de saúde, abrangem outras relacionadas às diversas necessidades sociais, diferenciando-se das atividades desempenhadas à nível local, pelas outras enfermeiras; os de uma das unidades de saúde da SESB, que está em fase de reorganização; e os do centro de esterilização de material do INAMPS.

Com base no quadro de pessoal existente, no quantitativo de pessoal que foi excluído com a não computação dos dados das referidas entidades, e na quantidade de formulários preenchidos, pode-se estimar que a população de estudo é representada por 75% das enfermeiras, 100% dos auxiliares de enfermagem, 100% dos atendentes e 83,3% dos auxiliares operacionais do sistema ambulatorial do HC; 75% dos enfermeiros e 69% dos auxiliares de enfermagem do INAMPS; e 100% dos enfermeiros, 42,5% dos atendentes, 26,3% dos técnicos e 100% dos visitantes sanitários de um dos CS da SESB.

A diversidade proporcional evidenciada no tamanho da população, é decorrente dos critérios estabelecidos previamente, uma vez que, a fração não foi quantificada em decorrência de projeção numérica e sim das condições próprias da pesquisa.

#### 4.1.1. As entidades ambulatoriais e as enfermeiras na estrutura organizacional

O HC é um hospital de atendimento geral e constitui uma das unidades da Universidade Federal do Paraná. Nele são atendidas, além dos beneficiários do INAMPS, instituição com a qual o hospital mantém convênio, as pessoas que procuram atendimento, e que não são contribuintes da instituição previdencial.

O atendimento às necessidades de saúde, através das entidades ambulatoriais do hospital, é prestado pelos serviços do sistema materno-infantil, compreendendo os ambulatórios de pré-natal e de puericultura, e pelos do sistema ambulatorial, nos quais está compreendida a interligação dos serviços de ambulatórios, de triagem médica, de pronto atendimento e de emergência. Esse sistema funciona com assistência de clínica geral, e conta com o apoio de clínicas especializadas.

As enfermeiras, que atuam nas entidades ambulatoriais desse hospital, fazem parte das 51 constantes do quadro de pessoal da Divisão de Enfermagem, cuja situação estrutural em relação à instituição, é apresentada através de organograma (ANEXO III).

Nesse organograma, constata-se que a seção de enfermagem de ambulatórios do HC, constitui uma das 5 seções da divisão, onde está incluído todo o pessoal de enfermagem existente na instituição.



Das 4 enfermeiras integradas nas entidades ambulatoriais desse hospital, 1 atua nos serviços de enfermagem materno-infantil, e as outras 3, no sistema ambulatorial.

Essas 3 enfermeiras estão situadas de maneira diferente, em relação ao plano estrutural, quanto aos níveis de atuação, mas todas têm oportunidade de atuar a nível local, o que não ocorre com as enfermeiras das outras instituições.

Entre os serviços de atendimento às necessidades de saúde, prestados pelo INAMPS aos beneficiários da Previdência Social, estão incluídos os 7 postos de assistência médica existentes em Curitiba.

As 30 enfermeiras integradas no quadro de pessoal dessa instituição estão distribuídas em níveis diversos de atuação.

Nesses níveis, estão o da Coordenadoria Regional, o de chefia de enfermagem, o de supervisão de enfermagem, e o de enfermeira chefe de unidade. Os três últimos níveis correspondem ao de atuação de enfermagem no local em que são operacionalizadas as atividades dos diversos serviços.

Do modo pelo qual é feita a distribuição dessas enfermeiras em níveis diversos, nem todas essas profissio - nais têm oportunidade de atuar junto aos beneficiários, mesmo as situadas à nível local.

A nível de Coordenadoria Regional, atuam 2 das

30 enfermeiras, sendo que uma delas exerce função de assessoria.

Atuando nos locais onde são operacionalizados os serviços de enfermagem, encontram-se 28 enfermeiras.

Entre estas, excetuando-se chefes de serviço, supervisoras e enfermeiras que atuam em serviço específico, são 16 as que têm oportunidade de atuar junto aos beneficiários e de executar tarefas necessárias à dinamização das referidas entidades.

A situação estrutural dos serviços de enfermagem a nível local, nas entidades ambulatoriais do INAMPS, representada no organograma 1 (ANEXO III) demonstra que esse serviço está compreendido nas chefias médicas dos postos de assistência da referida instituição.

Na SESB, as enfermeiras estão distribuídas de maneira tal que as suas atividades são compreendidas nos serviços das Coordenadorias e nos Programas de Saúde desenvolvidos por essa secretaria.

Das 23 enfermeiras contadas como integrantes das entidades ambulatoriais da instituição, 5 dessas profissionais atuam na Escola de Auxiliares de Enfermagem, e 1 na Escola de Saúde, pertencente à Coordenadoria de Orientação à Comunidade; na equipe técnica da Coordenadoria Operativa, estão integradas as atividades de 2 enfermeiras, e na coordenadoria de atenção médica integral, consta a atuação de 1 enfermeira.

Nos programas desenvolvidos pela Secretaria, estão integradas as atividades de 3 enfermeiras, enquanto que o programa relacionado ao INAN, conta com a participação de 1 enfermeira.

Além dessas, que atuam nas coordenadorias e nos programas de saúde, encontram-se, na SESB 6 enfermeiras que atuam a nível central.

Deste modo, verifica-se que a nível local, atuam 4 das 23 enfermeiras constantes do quadro de pessoal da SESB.

O serviço de enfermagem a nível local, conforme o organograma 2 (ANEXO III), constitui um dos setores específicos de trabalho nas unidades sanitárias, e faz parte dos componentes da Coordenadoria Operativa.

A situação estrutural desses profissionais nessas instituições apresenta aspectos diversos, tanto no que diz respeito à distribuição entre os planos, quanto ao aspecto relativo às funções que parecem exercer, com exceção das atividades desempenhadas a nível local.

A distribuição estrutural relativa aos planos, pode estar relacionada à interdependência e à complementariedade entre as atividades dos diversos serviços realizados nessas entidades, enquanto que a operacionalização que se realiza a nível local, pode estar condicionada à exigência de adaptações para responder ao ambiente social onde a atuação de enfermagem é realizada.

A interdependência e a complementariedade parecem estar representadas pela integração das atividades das enfermeiras na SESB, e a assessoria exercida a nível regional , por enfermeiras do INAMPS.

Esse tipo de situação, dependendo do número de concentração de enfermeiras em cada nível de atuação, pode dar margem a procedimentos diversos, no que se refere ao direcionamento de sua atuação.

A atuação pode tornar-se relativa às prioridades consideradas pela instituição, e ao desenvolvimento das consideradas funções próprias da enfermeira.

Concentrando o maior número de enfermeiras a níveis central, regional ou intermediário, e um mínimo a nível local, a enfermagem pode ficar condicionada a elaborar os seus programas, com os subsídios relativos aos dados fornecidos pelo planejamento do setor, e portanto, condicionada a prioridade estabelecida por outras áreas que não a de enfermagem.

Deste modo, o planejamento das atividades para o nível local fica determinado a partir dos tipos de demanda relacionadas ao processo saúde-doença, e em decorrência da exigência das funções tidas como prioritárias.

Por outro lado, as enfermeiras que atuam a nível local, dependem para a sua atuação, do ambiente social onde são desenvolvidas as atividades.

#### 4.1.2. A certificação preliminar sobre as etapas evolutivas da enfermagem nas entidades selecionadas

Através do diálogo com as enfermeiras das instituições, foram feitas as perguntas relacionadas ao atendimento (QUADRO 2) e a assistência ao paciente (QUADRO 3), e obtidas as respostas, cujo conteúdo é apresentado em duas partes distintas (ANEXO II).

Embora as perguntas tivessem sido elaboradas previamente, o diálogo se desenvolveu de maneira informal, e as respostas foram selecionadas, de modo que pudessem ser evidenciadas algumas das caracterizações relativas às entidades, no que diz respeito ao atendimento e à assistência.

As respostas obtidas evidenciam a não existência de uniformização de metodologia no atendimento do paciente, mas denotam a existência de circunstâncias, nas quais a presença de enfermagem se faz necessária, desde as primeiras etapas do processo de atendimento da pessoa nesses serviços, principalmente no ambulatório hospitalar.

O atendimento é feito de maneira diferente entre as entidades, destacando-se como idênticos, o aspecto de enfermagem no atendimento às pacientes de ginecologia, nas entidades da rede de assistência que atende a demanda individual.

Observa-se o caráter evolutivo, no que diz respeito

to ao plano de assistência e da consulta de enfermagem, no envolvimento com grupos específicos da população, como o atendimento à gestante e à criança, e à identificação dos pacientes tidos como graves.

Entretanto essa etapa evolutiva, além de restringir-se a grupos específicos da população, não se apresenta em todas as entidades ambulatoriais selecionadas.

A evolução, que se faz de maneira lenta e progressiva, pode ser evidenciada a partir das observações concernentes à atuação de enfermagem nessas entidades.

As respostas evidenciam a tentativa da enfermagem na implementação e implantação do plano, mas essa tentativa, parece estar relacionada às atividades já desenvolvidas, cuja ideologia é expressa, ou incluída nas Constituições. Tanto é, que as atividades de enfermagem planejadas, referem-se a grupos específicos da população e à tentativa de implantação do plano de assistência a pacientes tidos como "graves". Este último fato, pode estar relacionado à demanda individual, e portanto a necessidades sentidas, correspondendo à finalidade da instituição.

No CS, verifica-se que com o contingente de enfermeiras situadas em outros níveis que não o local, é impossível o desenvolvimento do plano de assistência, com aquela caracterização de ação privativa do enfermeiro. Assim sendo, manifesta-se essa ação, como sendo desenvolvida pelo educador sanitário.

Feitas as identificações, constatou-se que esse tipo de plano constitui uma das etapas de um atendimento tido como específico, e que pode ser feito por outra categoria, mesmo não compreendida na enfermagem. Esse plano, não constitui portanto, aquele cujo processo de execução corresponde à ação privativa do enfermeiro.

Considera-se que a etapa evolutiva referente às atividades necessárias ao atendimento de enfermagem estejam condicionadas a um processo de renovação e de adaptação.

No aspecto de renovação, são considerados os tipos de elementos componentes da enfermagem, que por sua vez estão relacionados às preconizações da legislação do exercício profissional, e a esse exercício, no que diz respeito à concretização de atribuições.

No exercício profissional, constituindo um ideal a ser atingido pelos profissionais através de ações privativas, está a consulta ou o plano de enfermagem.

Para a concretização desse ideal, existe o condicionamento social. Deste modo, a situação de enfermagem pode produzir um objeto alheio às atividades que seriam consideradas em relação às suas funções próprias.

O condicionamento ao processo de renovação e de adaptação que lhe é implícito, não pode ser deduzido de alguns serviços de enfermagem nos quais foram constatados os planos de assistência.

Frente a essa situação, em que verificou-se a não existência da consulta ou do plano de enfermagem instituídos nessas entidades, parece evidente que essa etapa evolutiva ainda não foi alcançada, o que propiciou a distribuição dos formulários.

Como no aspecto de renovação está compreendida a existência de elementos componentes da enfermagem com escolarização formal, e o processo de adaptação nas entidades depende do ambiente social no qual se realizam as atividades desses elementos, a aplicação dos formulários possibilitaria também, algumas respostas nesse sentido.

#### 4.2. A representação da enfermagem segundo as áreas de atuação

A representatividade da enfermagem foi expressa nos formulários, onde foram incluídos os tipos de tarefas executadas pelos diversos elementos componentes da enfermagem, segundo a área de atuação.

Para essa representação, foram incluídas as atividades de enfermagem que são desempenhadas a nível local, em entidades cujos estágios evolutivos não fossem considerados diferentes, ou as desempenhadas em serviços em que as enfermeiras não têm oportunidade de atuar junto ao paciente.

Deste modo, foram excluídas as atividades de en -



fermagem do serviço materno-infantil do HC, as do posto de saúde Saza-Lattes, as de uma das unidades sanitárias da SESB e as do posto de pediatria e da central de material do INAMPS.

#### 4.2.1. A identificação dos elementos componentes da enfermagem

Recolhidos os formulários, verificou-se que entre os elementos que os responderam, foram incluídos os de outras categorias, não consideradas para este trabalho, como a dos educadores sanitários, agentes sociais, agentes de saneamento, operador de Raio X, e a dos "auxiliares do médico", todos representantes de categorias existentes no CS. Esses elementos, executam também, tarefas tidas como de enfermagem.

Foi identificada a presença do atendente no CS e no ambulatório do HC, o que não ocorreu nos do INAMPS, onde também não foi identificada a presença do auxiliar operacional de serviços diversos, manifestada somente no HC.

Ao ser procurada a razão da não identificação, obteve-se a informação de que a categoria atendente já é extinta nas instituições federais. Assim, surge o auxiliar operacional de serviços diversos, com o mesmo nível de atendente.

No HC, esses elementos, quando executam tarefas atribuídas à enfermagem, estão subordinados à divisão de enfermagem, enquanto que os incluídos no INAMPS são subordinados aos serviços administrativos da instituição, e não responderam aos formulários. Nessa entidade, esses indivíduos,

parecem não ser considerados elementos da enfermagem.

Soube-se da existência dos técnicos de enfermagem, no HC e no INAMPS, que se manifestaram como sendo auxiliares de enfermagem, porque essa identificação corresponde a sua categoria de lotação. Nessas instituições, não existe ainda, enquadramento legal para essa categoria.

No CS, o técnico de enfermagem manifestou-se e, posteriormente, foi identificado o visitador sanitário como atendente, no quadro de pessoal dessa instituição.

Em nenhuma das entidades, foi manifestada a presença do prático de enfermagem e do enfermeiro prático.

Frente a essa situação, constata-se que os aspectos concernentes aos elementos compreendidos na enfermagem, como característica de renovação, não se apresentam por igual nas entidades ambulatoriais verificadas, coincidindo com a afirmação de BARRET<sup>5</sup>, sobre a não homogeneidade respectiva à evolução das instituições.

Esses aspectos diferenciados são verificados nas entidades ambulatoriais do INAMPS, onde a identificação manifesta está representada unicamente por categorias com preparo formal.

Na unidade de ambulatório do HC, apresenta-se um estágio que pode ser considerado como anterior ao que é representado pelo INAMPS, com a representação do atendente ,

como categoria a ser suprimida nos quadros da instituição, e já extinta a nível federal.

Entretanto, manifesta-se e é identificada a existência do auxiliar operacional de serviços diversos entre a enfermagem, com as mesmas atribuições, e a nível de atendente. Essa manifestação não ocorreu nas entidades ambulatoriais do INAMPS, onde foi identificada a presença desses elementos.

No CS, embora não identificadas como categorias de enfermagem nos quadros da instituição, são manifestadas várias delas, como executoras de tarefas atribuídas à enfermagem.

Nessa entidade, manifestou-se e foi identificada a presença do técnico de enfermagem, o que não ocorreu nos outros ambulatorios.

Com a informação da existência dessas categorias entre as identificadas como auxiliares de enfermagem, nas entidades ambulatoriais do INAMPS e do HC, soube-se da inexistência de enquadramento das mesmas nas instituições federais.

O aspecto evolutivo nessas entidades parece estar comprovado com a não manifestação e não identificação do prático de enfermagem e do enfermeiro prático, e a extinção gradativa do atendente, elemento que como o visitador sanitário, era considerado pelo COREN, como aqueles que podiam rece -

ber carta de franquia, sendo denominados "os provisionados".

O surgimento do auxiliar operacional e a não identificação do técnico dá margem a outras averiguações.

A extinção do atendente e o não acompanhamento do aparelho formador para satisfazer as necessidades crescentes, faz com que permaneça no social, um elemento que apenas mudou de nome, mas que continua sendo necessário ao atendimento de necessidades, quer da instituição, quer dos pacientes.

Além de extinta com o nome de atendente, pode formar outra categoria, que executando tarefas de enfermagem, está compreendida entre outras categorias que não de enfermagem, situadas no plano estrutural. É o que ocorre no INAMPS, onde o auxiliar operacional está compreendido nos serviços administrativos da instituição, e não nos serviços de enfermagem como ocorre nas unidades de ambulatórios do HC, nas quais todos os indivíduos que executam tarefas relativas à enfermagem, fazem parte do quadro de pessoal da divisão correspondente.

A presença do auxiliar operacional contradiz com a não manifestação e não identificação do técnico de enfermagem, que é admitido como auxiliar de enfermagem. Esta ocorrência, evidencia o descompasso entre a lei e os fatos, afirmação essa, que embora com o sentido de outra amplitude, foi mencionada por DIAS & JUAREZ<sup>16</sup>, sobre a expressão formal dos progressos da técnica em seu próprio campo.

Ao ser comparado o número de formulários recebidos, com o número de elementos incluídos nos quadros de pessoal, verificou-se que nem todos responderam aos formulários.

Considerando o pessoal a ser excluído, e os formulários com respostas duplas foram computados 170, dos 192 formulários recolhidos.

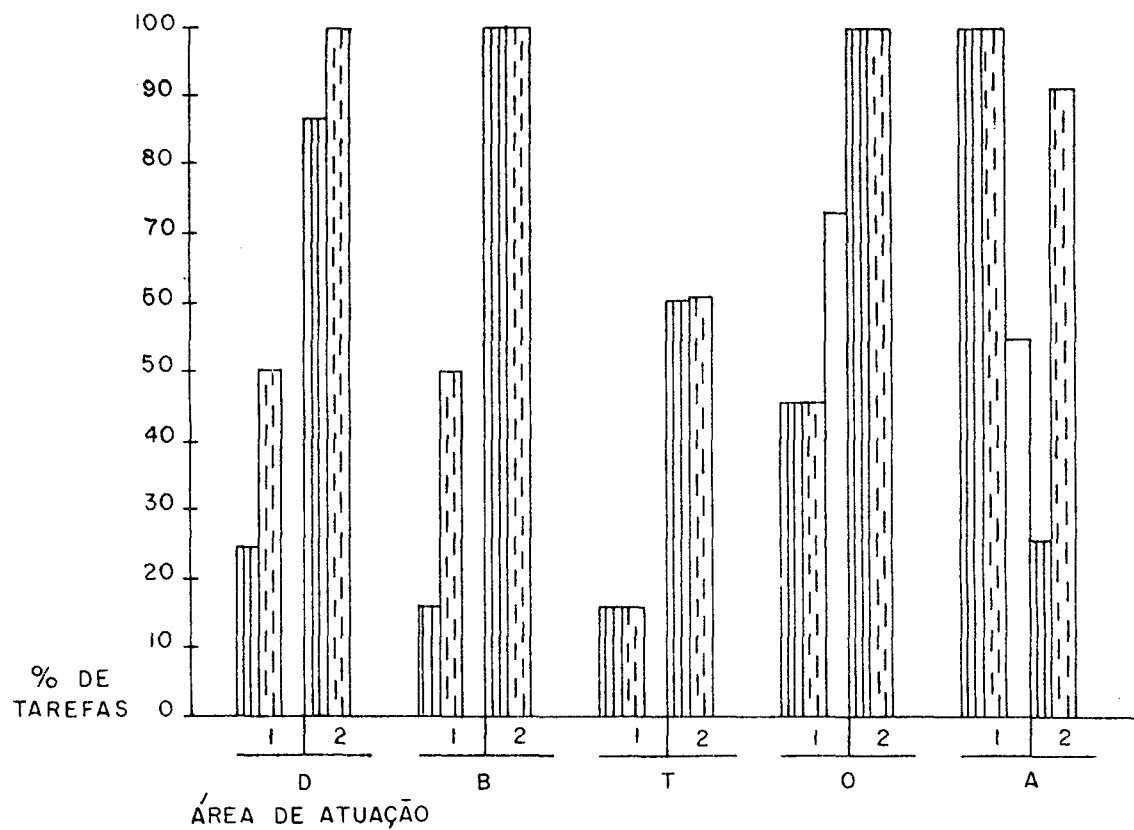
O número de elementos componentes de enfermagem, segundo categoria funcional e instituição de origem, que responderam aos formulários, constam no Quadro 4 (ANEXO II).

A situação desses elementos, segundo a área de atuação nas respectivas entidades, de acordo com o percentual do tipo de tarefas executadas e do número de pessoas que responderam, é apresentada nas tabelas de 1 a 12 (ANEXO IV), cujo conteúdo pode ser representado em gráficos, o que possibilita a demonstração comparativa entre as diversas áreas de atuação nas respectivas entidades.

#### 4.2.2. A atuação de enfermagem segundo os tipos de tarefas executadas

Na representação do gráfico 1, verifica-se que as enfermeiras dos ambulatórios do HC atuam em todas as áreas, predominando rotineiramente na área de administração, e em seqüência decrescente nas áreas de orientação, doméstica, técnica e básica.

GRÁFICO 1 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelas enfermeiras, nas diversas áreas de atuação, em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

1 - ROTINA

2 - EVENTUAL

HC - INAMPS - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

D - DOMÉSTICA

B - BÁSICA

T - TÉCNICA

O - ORIENTAÇÃO

A - ADMINISTRAÇÃO

Em relação às maneiras rotineira e eventual, observa-se a desproporção apresentada nas áreas doméstica, básica e de orientação, constituindo exceção, a área de administração.

Nas entidades ambulatoriais do INAMPS, a representação da atuação rotineira se apresenta, na seqüência ascendente, nas áreas técnica, de orientação, básica, doméstica, e de administração.

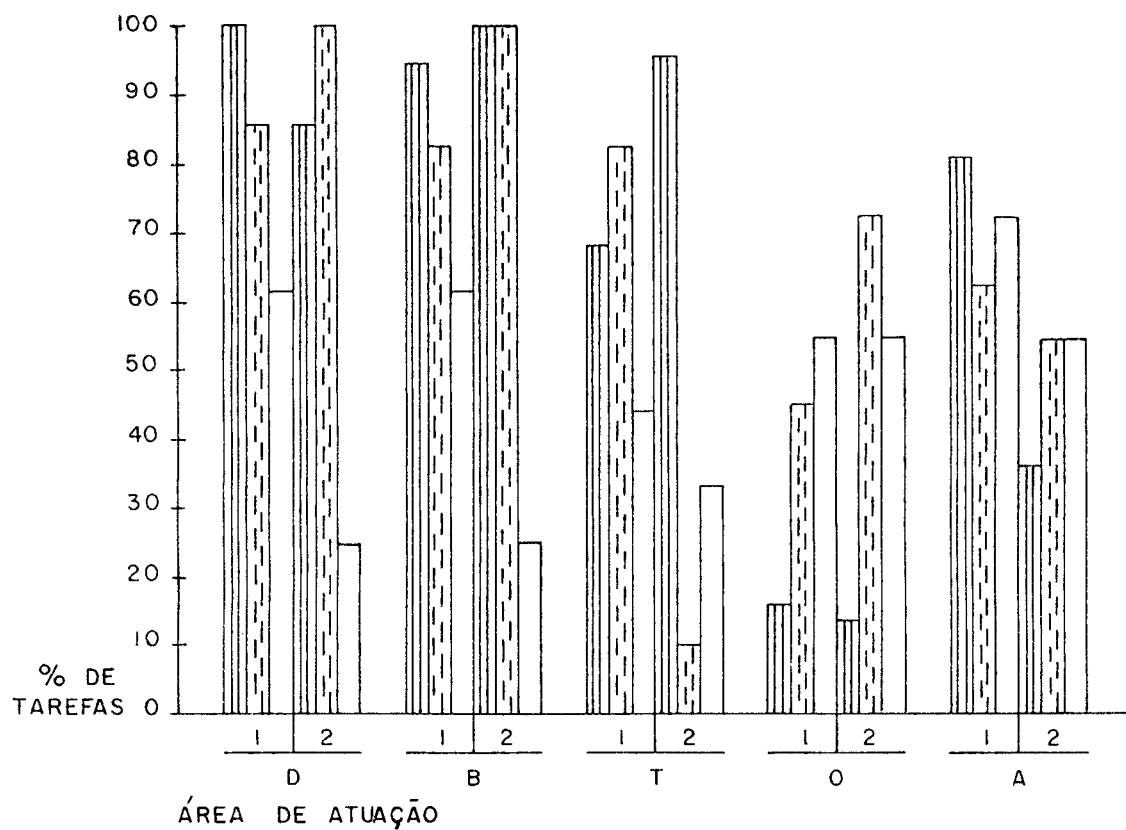
A atuação da enfermeira do CS, é representada pela rotina de orientação e de administração, com predominância da primeira.

Deste modo, existe uma diferença entre a representação da atuação das enfermeiras de entidades, que segundo a referência de AZEVEDO<sup>4</sup>, atendem às necessidades sentidas pela população, com a enfermeira do CS onde é atendida a demanda, que de acordo com esse mesmo autor, atende às necessidades não sentidas pela população.

Da maneira pela qual se apresenta a atuação das enfermeiras dos dois primeiros tipos de entidades, a rotina estabelecida para essas profissionais predomina na área de administração, enquanto que a rotina da enfermeira do CS, é representada com predominância na área de orientação.

Entretanto, a necessidade de atuação das enfermeiras da rede de assistência que atende a demanda individual, é representada na maneira eventual de todas as áreas.

GRÁFICO 2 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA  
2 - EVENTUAL

HC - INAMPS - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA  
B - BÁSICA  
T - TÉCNICA  
O - ORIENTAÇÃO  
A - ADMINISTRAÇÃO



No gráfico 2, está representado o percentual do tipo de tarefas executadas pelos auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação.

Esses ocupacionais do HC estão representados em seqüência decrescente, nas maneiras rotineiras das áreas doméstica, básica, de administração, técnica e de rotina.

Na maneira eventual, apresentam-se como presença necessária, em seqüência ascendente, nas áreas de orientação, de administração, doméstica, técnica e básica.

Os auxiliares de enfermagem do INAMPS também estão representados em todas as áreas. A maneira rotineira das áreas doméstica, básica e técnica mostram-se aproximadas, uma vez que do percentual apresentado, pode-se evidenciar as diferenças de 2,5, 11,5 e 12,3, respectivamente. Nessas duas primeiras áreas sobressaem os auxiliares de enfermagem do HC, enquanto que na área básica, sobressaem os do INAMPS.

A presença necessária, no que diz respeito ao eventual, predomina nas áreas doméstica e básica, seguindo-se pelas áreas de orientação, de administração, e técnica.

No CS, a representação do auxiliar de enfermagem sobressai na rotina da área de administração, seguindo em seqüência pelas áreas básica, de orientação, técnica e doméstica.

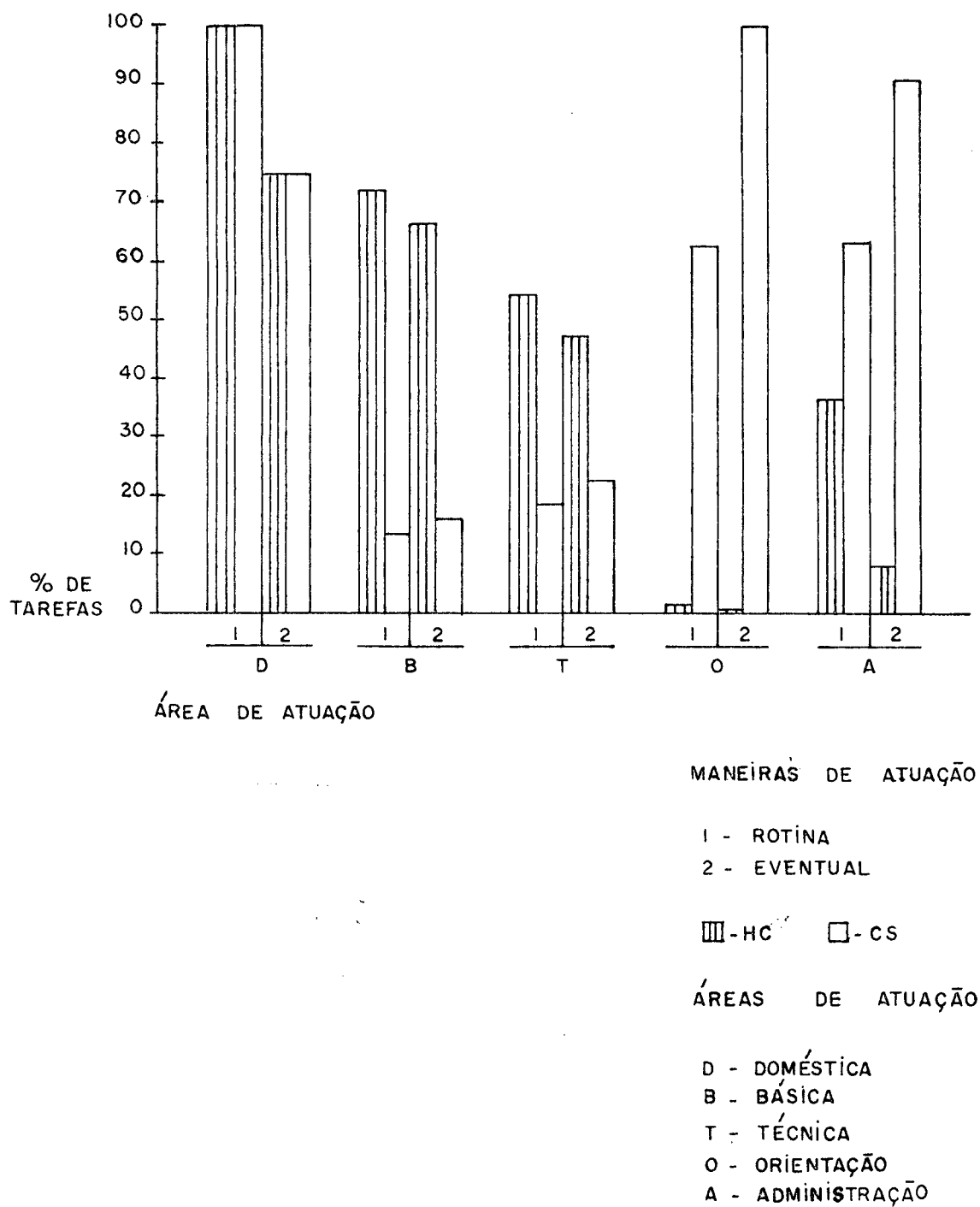
A maneira eventual, com exceção da área de orientação que se mostra por igual, apresenta-se inferior à maneira rotineira correspondente.

Em relação ao representativo das enfermeiras (Gráfico 1), nota-se que existe acentuada diferença no que se refere às áreas de atuação de rotina, com exceção da área de administração.

Sendo um elemento com escolarização formal, a representação de rotina na área doméstica, apresentada nessas entidades, parece condizer com a conclusão de SANTOS & MINZONI<sup>35</sup>, sobre o desperdício de tempo dos auxiliares de enfermagem em tarefas de atendentes, e sobre o desempenho de funções que deveriam ser executadas por enfermeiras, o que pode ser observado na representação de rotina da área administrativa.

A representação do percentual do tipo de tarefas executadas pelos atendentes do ambulatório hospitalar e do CS, no gráfico 3, apresenta a predominância rotineira na área doméstica dos dois tipos de entidade, nas outras áreas apresenta-se de modo decrescente, a básica, a técnica, a de administração, e a de orientação, para o atendente da área hospitalar. Já, para o atendente do CS, a situação mostra-se diferente. A seqüência decrescente, se faz das áreas de administração e de orientação, que se apresentam por igual, para as áreas técnica e básica.

GRÁFICO 3 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos atendentes de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e do CS de Curitiba-Pr, 1979.



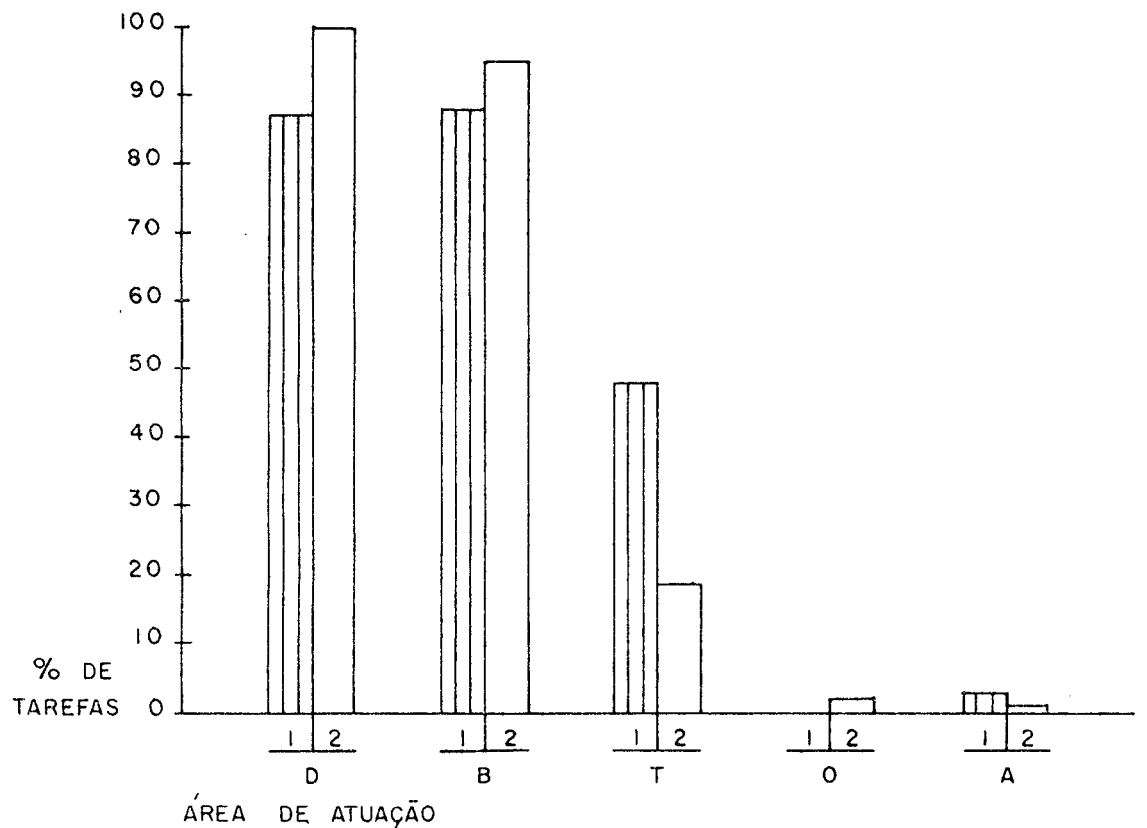
A apresentação de rotina na área doméstica, é condizente com as tarefas racionalmente atribuídas a esses elementos, de acordo com a exigência ou não de escolarização formal.

Quanto a apresentação da maneira eventual, nota-se a diferença entre a atuação dos elementos dos dois tipos de entidades, principalmente nas áreas de administração e de orientação.

Comparando-se a maneira de atuação dos atendentes com a dos auxiliares de enfermagem (Gráfico 2), observa-se que na rotina do auxiliar de enfermagem e na dos atendentes do ambulatório hospitalar, com o atendente do CS, não existe muita diferenciação. Entretanto, a mesma situação não é apresentada entre o atendente e o auxiliar de enfermagem do CS, onde para este último, a rotina da área doméstica apresenta-se com uma diferença (12,5) a mais que a do primeiro, e este com uma diferença (51,6) na área básica, a mais que o atendente.

A atuação predominante do atendente na área doméstica, e em menor proporção em todas as áreas, coincide com as conclusões de SANTOS & MINZONI<sup>35</sup>, sobre o trabalho dos atendentes em tarefas predominantemente de seu nível, mas executando também as de auxiliares, e em percentagens menores, atividades de todos os níveis.

GRÁFICO 4 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares operacionais, nas diversas áreas de atuação no sistema ambulatorial do HC de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

1 - ROTINA

2 - EVENTUAL

ÁREAS DE ATUAÇÃO

D - DOMÉSTICA

B - BÁSICA

T - TÉCNICA

O - ORIENTAÇÃO

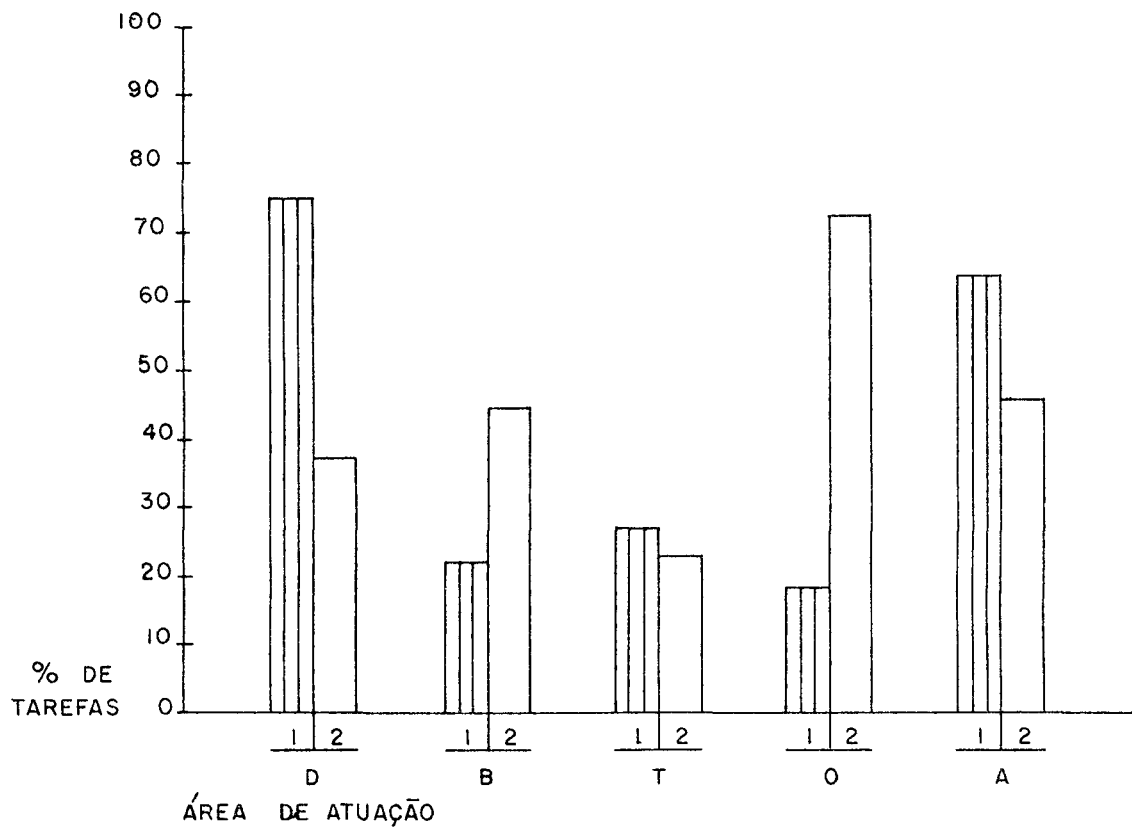
A - ADMINISTRAÇÃO

Na representação do percentual do tipo de tarefas executadas pelos auxiliares operacionais dos ambulatórios do HC, demonstradas no gráfico 4, apresenta-se a maneira rotineira de atuação, em seqüência decrescente, nas áreas básica e doméstica, com ligeira diferença (0,8), enquanto que na mesma seqüência, observa-se maior diferença entre essas áreas e a técnica (40,4), e acentuada desproporção entre essas áreas e as de administração e de orientação, sendo que as diferenças entre as áreas básica e de orientação é de (81,5).

A representação do gráfico 5; sobre a atuação do técnico de enfermagem no CS, apresenta uma situação aproximadamente homogênea na atuação de rotina das áreas básicas e de orientação, com uma ligeira ascendência destas para a técnica (diferença de 8,9 e de 5,1), acentuando-se a seqüência crescente com as áreas de administração e doméstica.

Comparando-se a maneira eventual de atuação desse elemento com o do auxiliar de enfermagem (Gráfico 2), e do atendente do CS (Gráfico 3), observa-se que o atendente sobressai na atuação da área básica (72,2), enquanto que a atuação do técnico de enfermagem na rotina dessa área é bem menor (22,2).

GRÁFICO 5 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos técnicos de enfermagem do CS de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA   
 2 - EVENTUAL 

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA  
 B - BÁSICA  
 T - TÉCNICA  
 O - ORIENTAÇÃO  
 A - ADMINISTRAÇÃO

A situação relativa às áreas de atuação do visita  
dor sanitário, conforme o representativo do gráfico 6, de -  
monstra um percentual relativo à rotina da área básica (77,8)  
superior ao do técnico de enfermagem (22,2), e aproximadamende  
te igual ao do atendente (Gráfico 3), e dos auxiliares de enfer  
magem das outras instituições (Gráfico 2)

Nas outras áreas de atuação a sua representação de  
rotina é apresentada em seqüência decrescente, nas áreas de  
orientação, administração e doméstica, sendo mínima (5,9) a  
sua representação na área técnica.

A necessidade de atuação desses elementos na ma -  
neira eventual é representada na seqüência ascendente, nas  
áreas técnica, administrativa, doméstica e de orientação.

Embora esse elemento seja considerado igual ao  
atendente no que se refere ao nível de preparo, observa-se  
que o estabelecimento como rotina para essas duas categorias  
não se apresenta por igual, ou aproximadamente, em nenhuma  
das áreas de atuação. Nota-se ainda, que o visitador sanitá-  
rio, sobressai ao atendente (Gráfico 3), na rotina das áreas  
de administração e de orientação, enquanto que o atendente  
sobressai na área técnica.

A verificação da representatividade das catego -  
rias de enfermagem, em relação aos tipos de tarefas executa-  
das nas diversas áreas de atuação atribuídas a esses elemen-  
tos, parece pôr em evidência diversos aspectos, que por sua  
vez, podem estar condicionados a diversos fatores.



Os percentuais representativos dos tipos de tarefa executados pelo atendente da unidade ambulatorial do HC (Gráfico 3), e o do auxiliar de enfermagem do INAMPS (Gráfico 2) parecem sugerir que o auxiliar de enfermagem está substituindo o atendente, não existente na referida entidade.

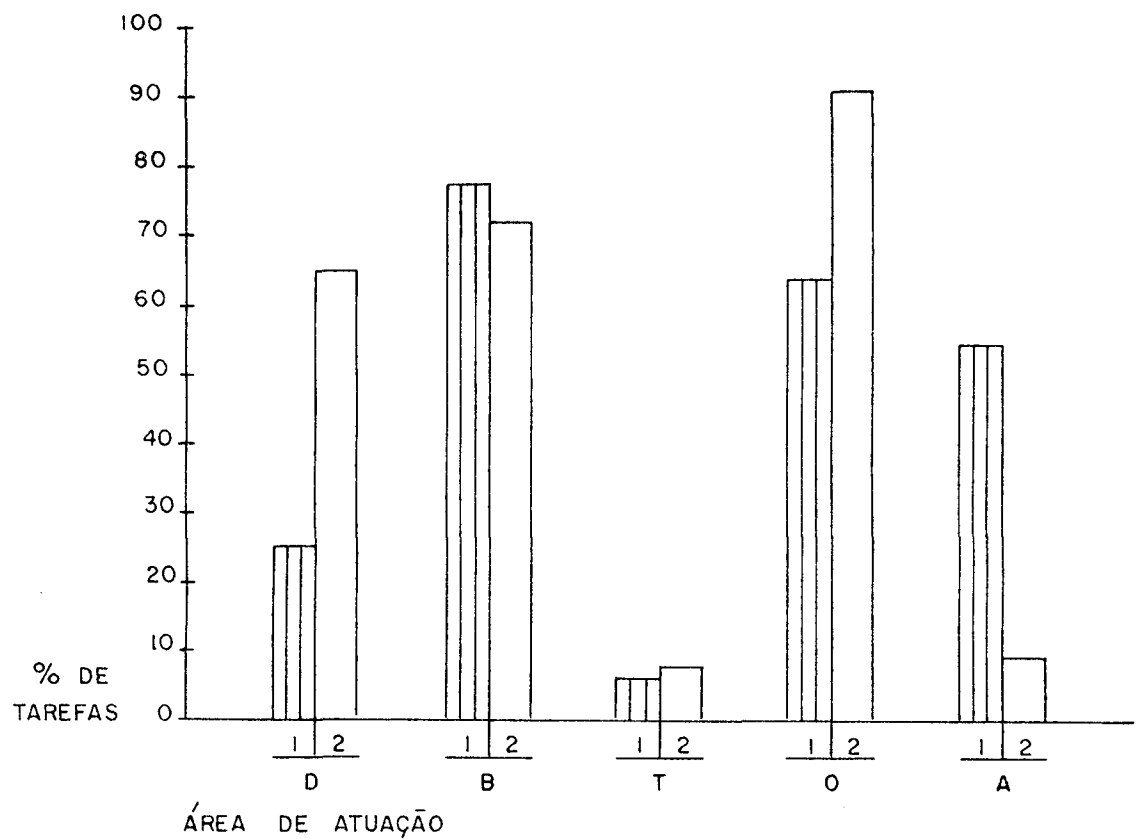
Embora não se verifique a mesma proporção de tipo de tarefas executadas por auxiliares de enfermagem do INAMPS, quanto as executadas pelos do HC, observa-se que as enfermeiras do INAMPS (Gráfico 1), estão representadas em maior proporção na rotina e no eventual dessa área, parecendo suprir as necessidades existentes.

Entretanto, esse fato pode ter sido influenciado pelo número de enfermeiras nessas entidades, pois é proporcionalmente maior que o das enfermeiras do ambulatório hospitalar, que mesmo assim realizam eventualmente todas as tarefas efetuadas nessa área.

A representação da enfermeira do CS, apenas nas áreas de orientação e de administração, pode estar relacionada ao tipo de demanda, para cujo atendimento são estabelecidas rotinas, que por sua vez são favorecidas a estabelecer-se devido ao atendimento de necessidades não sentidas, e sim reconhecidas pela população.

A representação menor dessa enfermeira na área administrativa pode estar condicionada à representação do técnico de enfermagem (GRÁFICO 5), atuando nesse mesmo setor.

GRÁFICO 6 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos visitantes sanitários do CS de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA    
 2 - EVENTUAL

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA  
 B - BÁSICA  
 T - TÉCNICA  
 O - ORIENTAÇÃO  
 A - ADMINISTRAÇÃO

Embora os auxiliares de enfermagem (Gráfico 2), os atendentes (Gráfico 3) e o visitador sanitário (Gráfico 6) estejam representados na área de administração, o percentual relativo ao representativo dos enfermeiros, é menor.

Este fato parece revelar uma diferenciação, daquele contexto referido por MENDES e Col.<sup>28</sup>, sobre a verificação de que atividades de natureza mais complexa ainda estão sendo assumidas pelos atendentes. Se a atuação de enfermagem nessas entidades apresentasse as mesmas características daquelas observadas por autores naquele período de tempo, já evoluiria para uma etapa em que existe hierarquização de função, encaminhando-se para uma correspondência ao preparo formal.

Deste modo, coincide com a referência de SALUM<sup>32</sup>, segundo o qual, o desenvolvimento resultante da educação começa a existir quando medidas racionais escalonadas em grau de prioridade começam a ser adotadas.

A necessidade de preparo formal e a correspondência entre a complexidade das tarefas é demonstrada pelos representativos, onde a apresentação é maior para as categorias sem preparo formal (Gráfico 3 e 4), na área doméstica de rotina (100,0 e 87,5), do que nas áreas de administração (36,4 e 3,1), e de orientação (0 e 1,8).

A representação predominante das enfermeiras nas entidades do INAMPS e do HC (Gráfico 1), na área administra-

tiva, parece coincidir com a afirmação de HORTA<sup>21</sup>, sobre a delegação dos cuidados de enfermagem.

Entretanto, nesta situação, as atividades administrativas das enfermeiras, correspondem àquelas compreendidas na legislação relativa ao exercício profissional, referentes à administração do serviço de enfermagem.

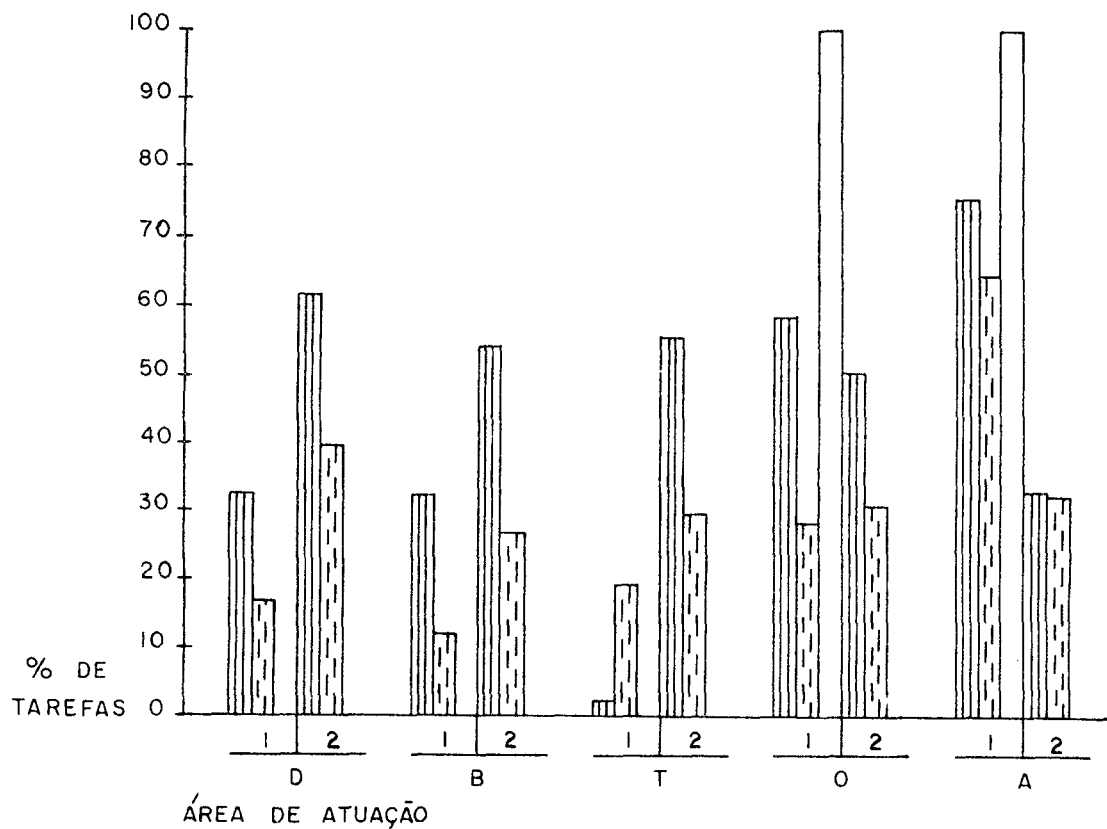
Por outro lado, a representatividade das enfermeiras ligadas à rede médico-hospitalar, na área básica, quer de maneira rotineira, quer de maneira eventual, evidencia a preocupação pela ajuda e pelo atendimento às necessidades básicas do ser humano.

Essa preocupação poderia levar a enfermagem à implementação e à progressiva implantação de programas, que com o tempo reafirmariam o conceito de enfermagem de HORTA<sup>20</sup>, relacionado à ajuda, e o citado por PAIM<sup>29</sup>, relacionados aos aspectos sociais, segundo o qual a enfermagem executa os cuidados que fogem da realização potencial da família.

#### 4.2.3. A representação do quantitativo de elementos componentes da enfermagem segundo as áreas de atuação

A apresentação da média relativa ao percentual de enfermeiras representadas no gráfico 7, demonstra que varia o número desses profissionais segundo as diversas áreas de atuação, com exceção da enfermeira do CS que está representada apenas de maneira rotineira na área de administração.

GRÁFICO 7 - Média percentual, relativa às enfermeiras, representadas de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

1 - ROTINA

2 - EVENTUAL

▨ - HC ▩ - INAMPS □ - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

D - DOMÉSTICA

B - BÁSICA

T - TÉCNICA

O - ORIENTAÇÃO

A - ADMINISTRAÇÃO

Dos enfermeiros do HC, a maior representatividade se faz na área administrativa (76,0), e em seqüência decrescente nas áreas de orientação, básica e doméstica de forma igual, e um mínimo (3,0), na área técnica.

Das enfermeiras do INAMPS, a representatividade maior também se faz na área de administração (64,0) e em seqüência decrescente, nas áreas de orientação, técnica, doméstica e básica.

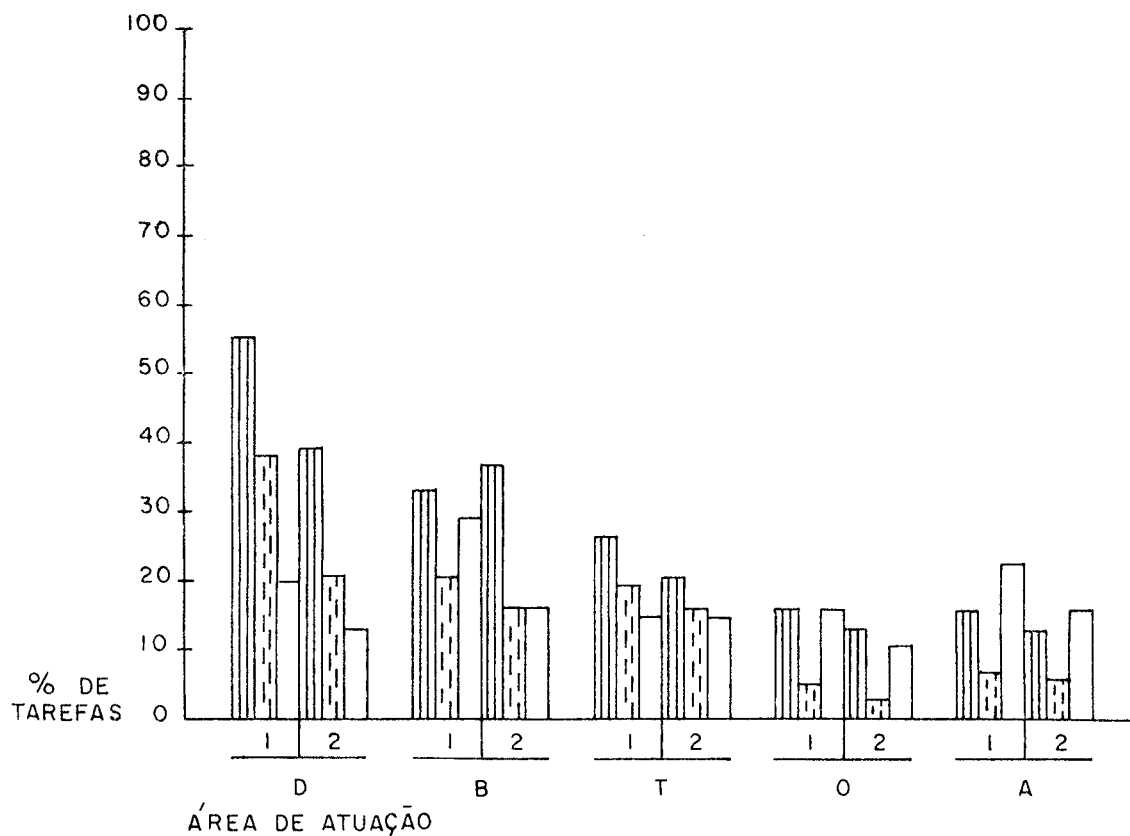
Na maneira eventual, sobressai, também, a representação das enfermeiras do INAMPS, na área administrativa, com uma média percentual inferior à de rotina, e em seqüência decrescente, as doméstica, de orientação, técnica e básica, com uma média percentual superior às de rotina.

Das enfermeiras do HC, a representatividade nas áreas de administração e de orientação de rotina é inferior à eventual, enquanto que nas outras áreas, a eventual é superior, apresentando-se em seqüência ascendente, nas áreas básicas, técnica e doméstica.

Sobressai a diferença entre o percentual da maneira eventual da área técnica (56), com a de rotina (3,0).

No gráfico 8, é apresentada a média percentual, relativa à representação do número de auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação.

GRÁFICO 8 - Média percentual, relativa aos auxiliares de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA  
2 - EVENTUAL

▨ - HC ▤ - INAMPS □ - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA  
B - BÁSICA  
T - TÉCNICA  
O - ORIENTAÇÃO  
A - ADMINISTRAÇÃO

Observa-se que na apresentação dos auxiliares do HC, a seqüência decrescente se faz da área doméstica, seguida pela área técnica, sendo que nas áreas de orientação e técnica se faz por igual na representação de rotina.

A representação eventual desses elementos, com exceção da área básica, apresenta-se inferior à rotina nas outras áreas.

O auxiliar de enfermagem das entidades ambulatoriais do INAMPS, na representação de rotina, apresenta-se em seqüência decrescente, também da área doméstica, mas essa seqüência é seguida pelas áreas básica, técnica, de administração e de orientação.

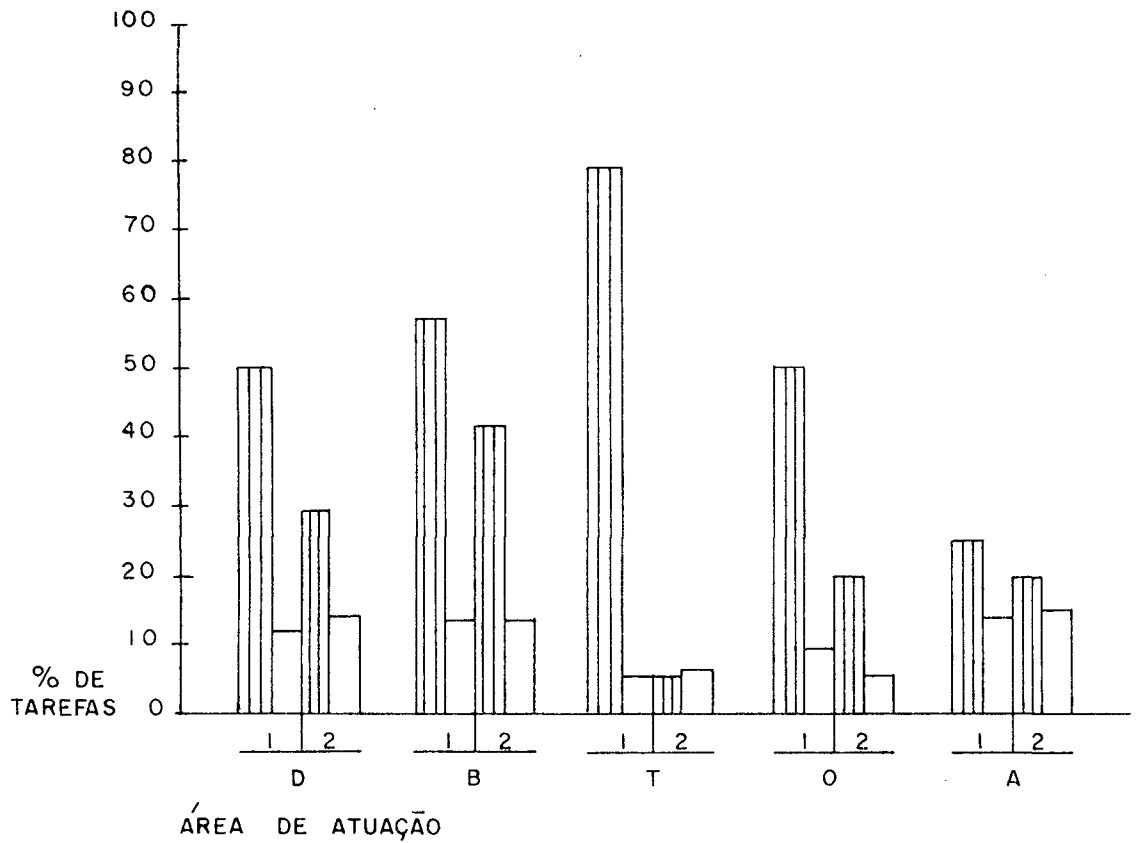
Na representação eventual, a apresentação desses elementos é inferior à de rotina, em todas as áreas de atuação.

Já, a representação, na mesma seqüência, dos auxiliares de enfermagem do CS, tem início com a área básica, seguindo-se as áreas de administração, doméstica, orientação e técnica.

A representação eventual é idêntica à de rotina, na área técnica, enquanto que nas outras, se apresenta inferior.



GRÁFICO 9 - Média percentual, relativa aos atendentes de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e do CS de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

1 - ROTINA

2 - EVENTUAL

▨ - HC    □ - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

D - DOMÉSTICA

B - BÁSICA

T - TÉCNICA

O - ORIENTAÇÃO

A - ADMINISTRAÇÃO

Comparando-se a seqüência de representação desses elementos, com a das enfermeiras (Gráfico 7), observa-se que enquanto a seqüência decrescente de apresentação dos enfermeiros tem início na área administrativa, a dos auxiliares de enfermagem, tem início na área doméstica.

Na representatividade dos atendentes de enfermagem, apresentada no Gráfico 9, sobressai a do atendente do HC, na rotina da área técnica, e em seqüência decrescente, as áreas básica, a doméstica e a de orientação, que se mostram iguais à de orientação e à de administração.

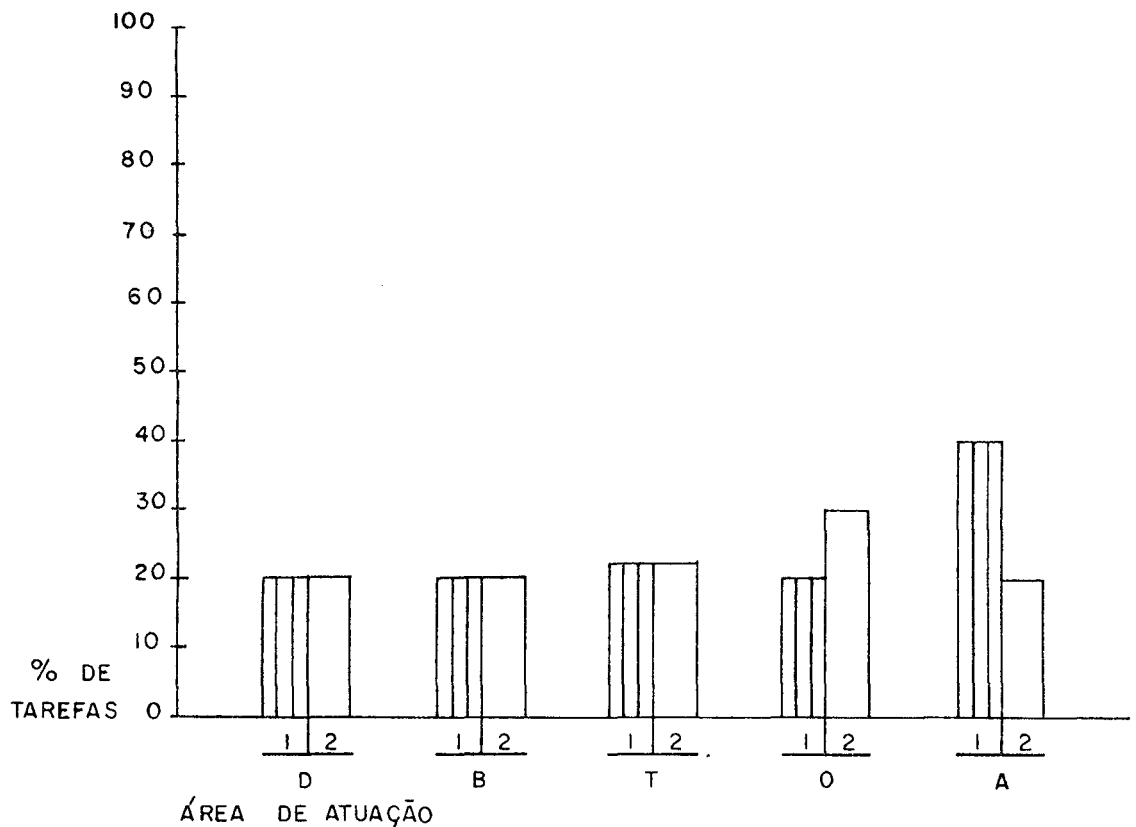
A representação eventual desses elementos, apresenta-se inferior à de rotina em todas as áreas.

A representação do atendente do CS, apresenta-se de modo aproximado nas maneiras rotineira e eventual em todas as áreas, sendo que nas de rotina em seqüência decrescente, apresentam-se as áreas administrativa, básica, doméstica, de orientação e técnica.

Comparando-se a representação desses elementos com a dos auxiliares de enfermagem (Gráfico 8), observa-se que a média percentual relativa ao atendente na atuação de rotina da área técnica, sobressai a do auxiliar de enfermagem nos ambulatórios do HC, enquanto que na área doméstica apresenta-se aproximada.

Outra diferença, que pode ser observada, é a relativa à área de orientação, na qual o atendente também sobressai ao auxiliar de enfermagem.

GRÁFICO 10 - Média percentual, relativa aos técnicos de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em ambulatórios do CS de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA
- 2 - EVENTUAL

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA
- B - BÁSICA
- T - TÉCNICA
- O - ORIENTAÇÃO
- A - ADMINISTRAÇÃO

Os auxiliares de enfermagem do CS apresentam a média percentual superior à dos auxiliares de enfermagem em todas as áreas.

Como a área técnica seria a área condizente com a exigência de preparo formal, verifica-se que, nessa área a distribuição de tarefas não está sendo feita de acordo com o preparo dos respectivos elementos.

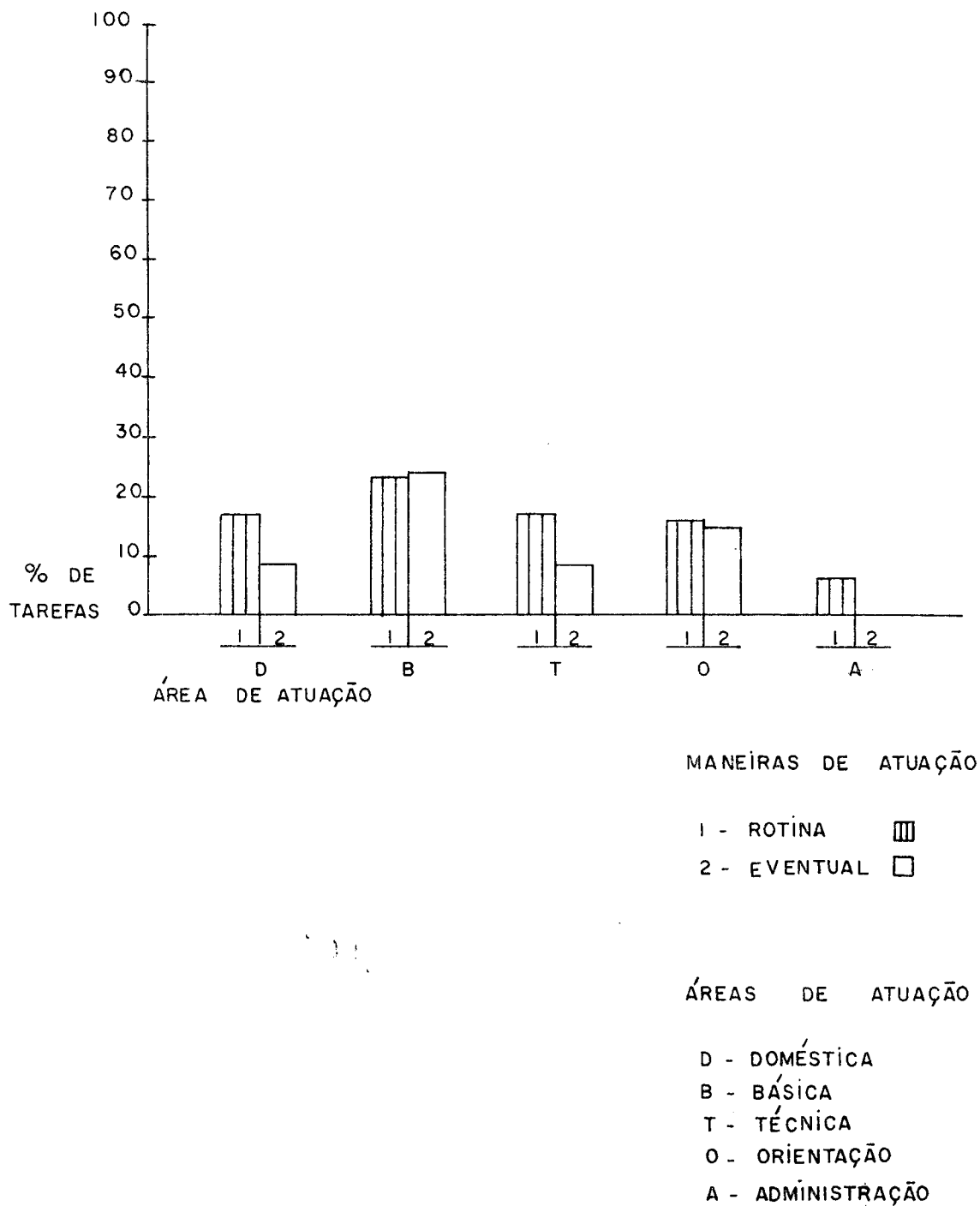
A média percentual, relativa aos técnicos de enfermagem, apresentada no Gráfico 10, sobressai na rotina da área técnica, e em seqüência decrescente, apresenta-se a área administrativa e as áreas básicas e doméstica, que se mostram idênticas.

A maneira eventual e de rotina das áreas doméstica, básica e técnica se mostram por igual, enquanto que a maneira eventual da área de orientação é superior à de rotina correspondente, e a eventual da área de administração é inferior à de rotina da mesma área.

No Gráfico 11, representativo da média percentual dos visitantes sanitários, a seqüência decrescente apresenta-se na atuação de rotina, na básica e de modo igual, nas áreas doméstica e técnica, seguindo-se as de orientação e de administração.

A média percentual da representatividade na maneira eventual se apresenta inferior à de rotina, nas áreas doméstica, técnica, de orientação, de administração, e superior na área básica.

GRÁFICO 11 - Média percentual, relativa aos visitantes sanitários representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979.



A representatividade dos elementos compreendidos na enfermagem, quer profissionais, quer ocupacionais, incluídos em conjunto na apresentação do gráfico 12, pode ser considerada a partir da média, expressa na tabela 12 (ANEXO IV).

Comparando-se o representativo da atuação de enfermagem nas diversas áreas, no que se refere à apresentação superior ou inferior à média referida, verifica-se que a distribuição relativa às tarefas e aos executantes não se apresenta por igual, segundo área de atuação e entidade.

Acima das médias relacionadas às áreas de atuação, tanto na rotina, quanto na eventual (19,3 e 18,2) estão as áreas doméstica, técnica e básica, com predominância desta última.

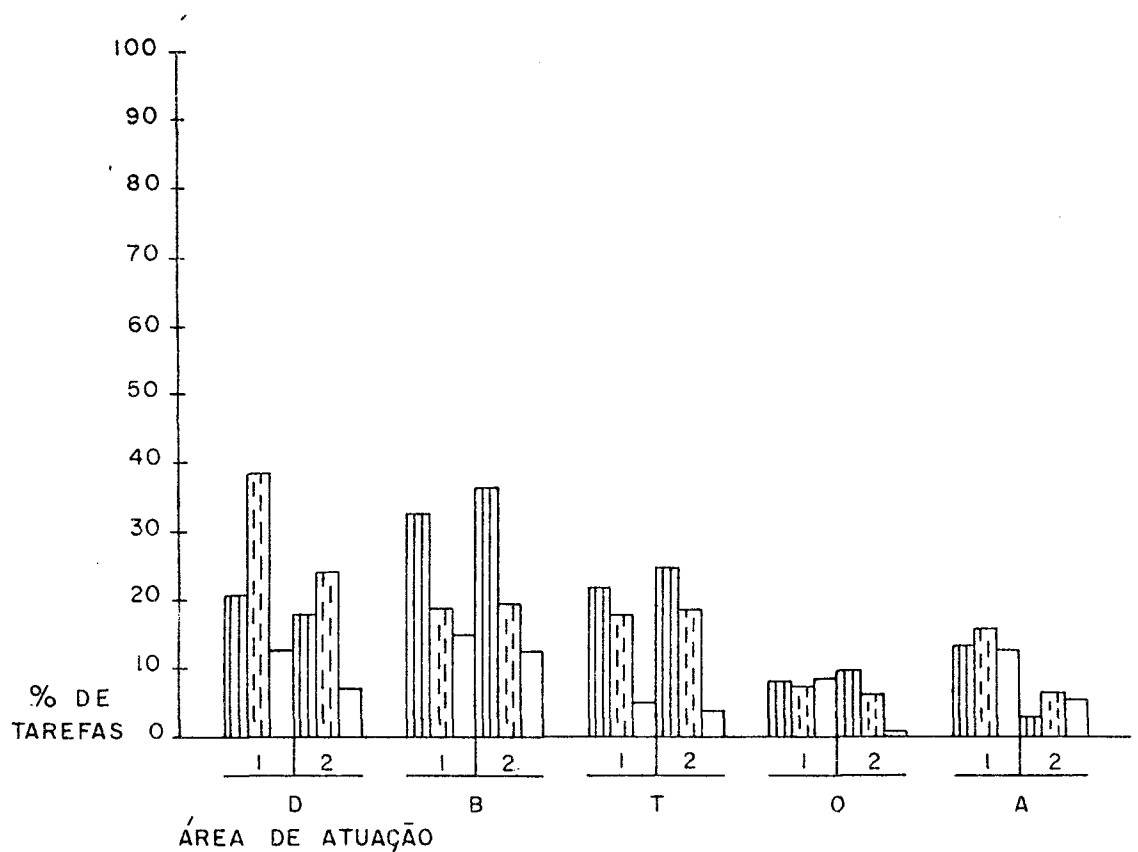
Abaixo da média, encontram-se as áreas de administração e de orientação.

Já, nas entidades ambulatoriais do INAMPS, verifica-se uma diferença entre a atuação de rotina e a eventual, no que diz respeito ao relacionamento às médias (19,5 e 14,8).

Na atuação de rotina, verifica-se que a área doméstica está acima da média, enquanto que as outras áreas apresentam-se com um nível inferior à média.

Entretanto, a atuação de maneira eventual, nas áreas básica e técnica, assim como a doméstica, apresentam-se acima da média verificada.

GRÁFICO 12 -- Média percentual dos elementos compreendidos na enfermagem, segundo os tipos de tarefas executadas nas diversas áreas de atuação de enfermagem, em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.



MANEIRAS DE ATUAÇÃO

- 1 - ROTINA  
2 - EVENTUAL

▨ - HC ▤ - INAMPS □ - CS

ÁREAS DE ATUAÇÃO

- D - DOMÉSTICA  
B - BÁSICA  
T - TÉCNICA  
O - ORIENTAÇÃO  
A - ADMINISTRAÇÃO

No CS, apresentam-se acima das médias (10,8 e 6,1), quer na atuação de rotina, quer na da eventual, as áreas doméstica e básica, com predominância desta última, e abaixo das médias, as áreas de orientação e de administração.

A partir dos dados relacionados, verifica-se a predominância de representatividade na área básica do serviço de enfermagem do ambulatório hospitalar, coincidindo com a suposição já emitida, sobre a necessidade de atendimento de enfermagem, no que se refere à ajuda.

Esse tipo de ambulatório, por constituir-se em porta de entrada ao hospital, recebe também, os pacientes encaminhados pelas entidades de outras instituições, inclusive as do INAMPS e da SESB.

Os pacientes encaminhados por essas instituições são aqueles que requerem cuidados compatíveis com o nível de complexidade crescente, no que se refere ao tipo de cuidado e tratamento, mais complexo do que o prestado pelas entidades ambulatoriais dessas instituições.

Por esse motivo, pode-se supor que os pacientes das entidades ambulatoriais do INAMPS não apresentam o mesmo tipo de dependência da enfermagem, que as apresentadas pelos pacientes dos ambulatórios hospitalar.

Nesses ambulatórios, além de necessidades afetadas, como a de locomoção, apresenta-se em algumas ocasiões, a necessidade de alimentação. Esse fato, faz com que nessas



oportunidades, esses ambulatorios funcionem como aqueles referidos por ALVES e Col.<sup>3</sup>, nos quais, além da consulta médica e fornecimento gratuito de medicamentos, era fornecida também a alimentação.

O limite acima da média, verificado na área básica do serviço de enfermagem do CS, entidade que atende às necessidades de saúde, correspondentes às medidas de alcance coletivo, e o limite dessa área no ambulatório do HC, que atende às necessidades de saúde no que concerne às medidas de caráter individual, coincidem com a suposição de que os princípios de enfermagem são os mesmos.

Portanto, nessas entidades, os princípios de enfermagem no que se refere à ajuda, não varia de acordo com a finalidade da instituição.

Em relação à área técnica, cujas tarefas são decorrentes das ações médicas, necessárias ao alcance do objetivo da entidade, apresentam-se acima das médias, a atuação de rotina e a eventual (21,8 e 24,6) dos ambulatórios hospitalar, e a eventual (5,6 e 3,9), nos ambulatórios do CS apresenta-se abaixo das médias (10,1 e 6,1). Esse fato, coincide com a suposição de que a variação é relativa à área técnica e corresponde à finalidade da instituição.

## 5 - CONCLUSÕES

A atuação de enfermagem nos ambulatórios selecionados , compreende aspectos relativos à sua situação na estrutura organizacional, às etapas evolutivas da profissão, e à sua atuação à nível local, no que concerne à execução de tarefas, segundo as áreas atribuídas aos seus diversos elementos componentes.

Considerando-se o conteúdo referente aos aspectos mencionados, pode se chegar às seguintes evidências:

- a situação de enfermagem na estrutura organizacional se apresenta de modo diverso, tanto entre a estrutura das entidades, quanto na dos próprios serviços;
- a etapa evolutiva, relacionada à renovação e à adaptação da enfermagem, apresenta-se com aspectos coincidentes e com aspectos diferentes;

- a renovação referente às categorias funcionais apresenta evolução de modo coincidente nos serviços de enfermagem das referidas entidades, com a não identificação e não manifestação de categorias ocupacionais, tradicionalmente incluídas na enfermagem;
- a evolução, de modo diferente, apresenta-se entre essas entidades, com a diversidade de tipos de categorias funcionais, sendo que uma das entidades, tem seu quadro de pessoal de enfermagem constituído por indivíduos com escolarização formal;
- a renovação, relativa às atribuições de enfermagem instituídas em legislação, não apresenta coincidência no que se refere à superação;
- o aspecto referente ao ato e à ação de enfermagem, não se apresenta de modo homogêneo;
- as atribuições de enfermagem, segundo a hierarquização correspondente ao preparo formal, não se apresenta de forma idêntica nas entidades, embora haja semelhança de representatividade nas áreas de administração e de orientação para o enfermeiro e na área doméstica, para os outros elementos de enfermagem;
- a necessidade de atuação em todas as áreas, se-

gundo as maneiras de atuar, é representada de modo diferente nos serviços de enfermagem das distintas redes de assistência;

- entre os elementos compreendidos na enfermagem, representados na rotina da área doméstica, com exceção do enfermeiro, não existe diferenciação entre a categoria de enfermagem com escolarização formal, e os de categoria ocupacional;
- a identidade e a diferença de representatividade é evidenciada nas áreas básicas e técnica, nas entidades diversificadas quanto a finalidade;
- a identidade referente à área básica é coincidente com o princípio de enfermagem, no que se refere à ajuda, e a diferença, na área técnica, parece corresponder à distinção de finalidade das instituições no que se refere à demanda.

A representatividade da enfermagem através da execução dos diversos tipos de tarefas, cujos atos persistem no social, e a não instituição da consulta e/ou do plano de assistência de enfermagem, induz à conclusão de que nessas entidades, a enfermagem se encontra em fase de atuação, não tendo conseguido ainda, a fase de ação, a partir de um plano unificador e distribuidor de cuidados.

## 6 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, Nilce Piva. A enfermagem de saúde pública na atualidade brasileira. Rev. Bras. Enf., 1/2:47, jan/fev. 1973.
2. ALQUERES, Hugo Vitorino. Assistência Médica e Previdência Social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. Anais. Brasília, 1975. p. 272-3.
3. ALVES, Cláudio Nogueira et alii. Unidade de emergência e ambulatório; planejamento e organização. São Paulo, Sociedade Beneficiária São Camilo e p. s/n.
4. AZEVEDO, Antônio Carlos de. Política Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 157.
5. BARRETT, Jean. A enfermeira chefe do futuro. Trad. de Glete de Alcântara. Rev. Bras. Enf., Brasília, 5:512, dez. 1965.

6. BELDA, Walter. A prioridade nas soluções dos problemas de Saúde. In: PARETA, José Maria Marlet et alii. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social, São Paulo, Mac Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 61.
7. BOEMER, Magali Roseira. Funções da enfermeira e suas perspectivas. Enf. Novas Dimens., 2(3), jul/ago. 1976. p. 170.
8. BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da saúde no Brasil; um estudo das políticas sociais em Saúde Pública e Medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. UNICAMP. 1978. p. 91-112. /Dissertação de Mestrado/.
9. BRASIL. Constituição, 1969. Emenda nº 1-13. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. Atualizada até a emenda constitucional nº 13, de 10 de outubro de 1979. 19 ed. São Paulo, Saraiva, 1980.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - FSESP. Enfermagem: Legislação e Assuntos Correlatos. 3. ed. Rio de Janeiro. 1974. p. 35-759.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE - COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR. Conceito e Definições em Saúde. Brasília, FSESP, 1977. p. 105.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Conjuntura Social, 1(1)36-45, out/dez. 1967.

13. CASTRO, Ieda Barreiro e. Aspectos críticos do desempenho das funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1977. p. 45. /Dissertação de Mestrado.
14. CHERUBIN, Niversindô A. Fundamentos de administração hospitalar. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo. p. 51-154.
15. COSTA, Judith. Atividades de enfermagem no ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 22(12):548, dez. 1974.
16. DIAS, Hêlio Pereira & JUAREZ, Edmundo. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. In: CCNFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 105.
17. DIMITROV, Pedro. Fundamentos de administração de Saúde Pública. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração e Saúde. p. 2.
18. DOURADO, Haydeê Guanais. Editorial: A profissão de enfermagem atual. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:415, out/nov/dez. 1978.
19. HOELTZ, Lia Martins. Plano assistencial de enfermagem e

- prognóstico. In: PAIM, Lígia et alii. Iniciamento à metodologia do processo de enfermagem; uma abordagem centrada nas necessidades humanas básicas. Guanabara, Associação Brasileira de Enfermagem, 1973. p. 9.
20. HORTA, Wanda de Aguiar. Conceito de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., 2(2):1-5, set. 1968.
21. \_\_\_\_\_. Metodologia do processo de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Guanabara, 24(6):84, out/dez. 1971.
22. KURCGANT, Paulina. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. Rev. Bras. Enf., Brasília, 28:88, jan/mar. 1976.
23. LANDMANN, Jayme. Política Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, Cultural Médica, 1980. p. 21.
24. LOURAU, Renê. A Análise Institucional. Trad. de Maria-no Ferreira. Petrópolis, Vozes, 1975. p. 13.
25. MACHADO, Paulo de Almeida. Apresentação. In: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal do setor saúde. 3. ed. Brasília, Consultoria Jurídica, 1978. p. VI.
26. MACHADO, Paulo de Almeida. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, FSESP, 1976. p. 23.
27. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. A organização da assistência à saúde e da atuação médica como condicionamen



- tos de saúde das comunidades. In: PARETA, José Maria Marlet et alii. Saúde da comunidade; temas de medicina preventiva e social. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 99.
28. MENDES, I. A. Costa et alii. Problemática da utilização de recursos humanos não qualificados nos serviços de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 32:23, jan/fev/mar. 1979.
29. PAIM, Rosalda C. N. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, Luna, 1978. p. 12-28.
30. RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de administração hospitalar. 2. ed. Brasília, Senado Federal, 1979. p. 31-190.
31. RODRIGUES, Bichat de Almeida & ALVES, Amaro Luiz. Evolução Institucional da Saúde Pública. Brasília, 1977. p. 22.
32. SALUM, Marlene Maria de Carvalho. A visão de uma comunidade brasileira sobre o profissional de enfermagem. Rev. Bras. Enf., D.F. 32:76, jan/fev/mar. 1979.
33. SANTA, Adília Dalla et alii. Relatório final do Seminário sobre: Funções dos enfermeiros em Florianópolis. Florianópolis, 1970. p. 15.

34. SANTOS, Célia Almeida Ferreira. A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola. São Paulo, Pioneira/Ed. da Universidade de São Paulo, 1973. p. 94.
35. SANTOS, Célia Fereira & MINZONI, Maria Aparecida. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. Rev. Bras. Enf., Brasília, 21: 397, out. 1968.
36. SEIXAS, José Carlos. Interiorização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 139 - 40.
37. SILVA, Walter. Introdução. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE-SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE - DIVISÃO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA - SETOR DE ENFERMAGEM. Modelo Geral de Enfermagem. Rio de Janeiro, Apex, 1977. p. 14.
38. SILVA, Fernando A. Rezende & MAHAR, Denis. Saúde e Previdência Social; uma análise econômica. Rio de Janeiro, IPGA/INPES, 1974. p. 23.
39. SOUZA, Aparecida M. Jesuino et alii. Levantamento de atividades do pessoal auxiliar de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Guanabara. 21(5):452, out. 1968.
40. TURKIEWCZ, Maria. Enfoque desejado no ensino de enfermagem, hoje. Curitiba, 1977. 8 p. mimeografado.

41. VASQUEZ, Adolfo Sanchez. Filosofia da praxis. 2. ed.  
Rio de Janeiro, Terra e Paz, 1977. p. 2.
42. VOROBOW, Gricha. Dinamização do ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 6(2):56, fev. 1972.
43. \_\_\_\_\_. Serviço de emergência X ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 20(5):31, maio, 1972.

6 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ADAMI, Nilce Piva. Assistência de Enfermagem em um Centro de Saúde Pequeno. Rev. Paulista de Hospitais, 22(9):411-6, set. 1974.
2. \_\_\_\_\_. A função supervisora em Enfermagem de Saúde Pública. Rev. Bras. Enf., Brasília, 28:20-3/jan/mar. 1976.
3. \_\_\_\_\_. A Enfermagem de Saúde Pública na Atualidade Brasileira. Rev. Bras. Enf., Brasília, 1-2:46-52, jan/fev. 1973.
4. ALCÂNTARA, Glete de. A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional Brasileira. São Paulo, 1966. 117 p. Tese.
5. ALQUERES, Hugo Vitorino. Assistência Médica na Previdência Social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde ,

1975. 273 p.

6. ALVES, Cláudio Nogueira et alii. Unidade de Emergência e Ambulatório: planejamento e organização. São Paulo, Sociedade Beneficiente São Camilo, 1980. 186 p.
7. ANDRADE, Odete Barros de. Consideração sobre a responsabilidade atual da enfermeira no campo da Saúde Pública. Rev. Bras. Enf., DF. 1/2:40-5, Jan/fev. 1973
8. ARANHA, Wilson. Assistência Ambulatorial na Previdência Social. Rev. Paulista de Hospitais, 25(1):29-34, Jan. 1977.
9. AZEVEDO, Antônio Carlos de. Política Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p.155-81.
10. BARRET, Jean. A enfermeira chefe do futuro. Trad. de Glete Alcântara. Rev. Bras. Enf., Brasília, 5:511-24, dez. 1965.
11. BELDA, Walter. A prioridade nas soluções dos problemas de saúde. In: PARETA, José Maria Marlet et alii. Saúde da comunidade temas de medicina preventiava e social. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 61-85.
12. BOEMER, Magali Roseira. Funções da enfermeira e suas perspectivas. Enf. Novas Dimens., 2(3):170-73, jul/ago. 1976.

13. BRASIL. Constituição, 1969. Emenda nº 1-13. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. Atualizada até a emenda constitucional nº 13, de 10 de outubro de 1979. 19 ed. São Paulo, Saraiva, 1980.
14. BOTTMORE, T. B. Introdução a Sociologia. 6. ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. 318 p.
15. BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da Saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas, 1978. 209 p. /Dissertação de Mestrado/.
16. CARVALHO, Anayde Correa de. Formação de recursos humanos em Enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:383-97, jul/ago/set. 1978.
17. CARVALHO, Amália Correa de. Recursos humanos em enfermagem. Rev. Bras. Enf., 28:72-6, Jan/mar. 1975.
18. CASTRO, Hyêda M. Rigaud et alii. Organização de um serviço de enfermagem em nível central. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 6:482-50, out/dez. 1973.
19. CASTRO, Ieda Barreiro e. Aspectos críticos do desempenho das funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977. 93 p. /Dissertação de Mestrado/.
20. CÊRQUEIRA, Turíbio Gutierrez. Pessoal de ambulatório de

- um hospital. Rev. Paulista de Hospitais, 24(3):126-31, mar. 1976.
21. CHAVES, Mario M. Saúde e Sistema. 2. ed., Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978. 205 p.
22. CHERUBIN, Neversindo A. Fundamentos de administração hospitalar. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo. 238 p. 1 v.
23. \_\_\_\_\_. p. 256. 2 v.
24. COHEN, Bruce Jerome. Sociologia geral. Trad. Joaquim O. Pires da Silva, Denise Gros Müller, São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1980. 186 p.
25. COSTA, José Chaves. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. Rev. Bras. Enf., Brasília. 31:321-39, jul/ago/set. 1978.
26. COSTA, Judith. Atividades de enfermagem no ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 22(12):548-50, dez. 1974.
27. DIMITROV, Pedro. Fundamentos de administração de saúde pública. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração. 40 p. apost. mimeografada.
28. DOCUMENTO. O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Conjuntura Social, 1(1):34-49, out/dez. 1977.

29. DOURADO; Haydeê Guanais. Editorial: Perspectivas do tempo para visualização da enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:273-4, jul/ago/set. 1978.
30. \_\_\_\_\_. A enfermeira e a institucionalização da profissão e de seu papel profissional. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:293-303, jul/ago/set. 1978.
31. \_\_\_\_\_. Editorial: A profissão de enfermagem atual. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:415-16, out/nov/dez. 1978.
32. \_\_\_\_\_. Categoria específica de pessoal de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29:--8, jul./ago/set. 1976.
33. FERREIRA, Maria Luiza de Souza et alii. Participação do enfermeiro no planejamento e funcionamento de um Centro de Saúde local. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 24(6):52-80, out/dez. 1971.
34. FLORESTAN, Fernandes. Fundamentos empíricos da explicação sociológica. 3 ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1978. 345 p.
35. GONÇALVES, Ernesto Lima. Programa de dimensionamento de um ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 20(6):27-33, jun. 1972.
36. HORTA, Wanda de Aguiar. Contribuição para uma teoria de



- enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 23:119-25, jul/dez. 1970.
37. \_\_\_\_\_. Conceito de Enfermagem: considerações gerais. São Paulo. 5 p. mimeografado.
38. \_\_\_\_\_. A metodologia do processo de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 24(6):81-95, out/dez. 1971.
39. \_\_\_\_\_. Conceito de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 2(2):1-5, set. 1968.
40. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Criado o SINPAS. Informe, 66:4-6, out. 1977.
41. JUAREZ, Edmundo & DIAS, Hêlio Pereira. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 103-36.
42. KISIL, Marcos. Regionalização de Saúde e Cuidado Progressivo do paciente. São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas/Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 33 p. Mimeografado.
43. KURCGANT, Paulina. Legislação do exercício de Enfermagem no Brasil. Rev. Bras. Enf., DF., 28:88-98, jan/mar. 1976.

44. LANDMANN, Jayme. Política Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, Cultural Médico, 1980. 157 p.
45. LIMA, Maria José. O serviço de enfermagem nos ambulatorios da previdência social. Rev. Bras. Enf., 5:506 - -10, dez. 1965.
46. LOURAU, René. A Análise Institucional. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis, Vozes, 1975. 296 p.
47. MACHADO, Paulo de Almeida. Discurso de Abertura da VI Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 21-5.
48. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. A organização da assistência à saúde e da atuação médica como condicionamento de saúde das comunidades. In: PARETA, José Maria Marlet et alii. Saúde da Comunidade; Temas de medicina preventiva e social. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 95-117.
49. MENDES, I, A. Costa et alii. Problemática da utilização de recursos humanos não qualificados nos serviços de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília. 32:20-24, jan/fev/mar. 1979.
50. MOREIRA, Edla Dalva. A enfermagem de previdência social e o plano nacional de saúde. Rev. Bras. Enf., Brasília, 21:374-80, out. 1968.

51. MINISTÉRIO DA SAÚDE & FUNDAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Enfermagem; Legislação e Assuntos Correlatos. 3. ed. Rio de Janeiro, FSESP, 1974. 763 p. 3 v.
52. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Relatório final. Brasília, Ministério da saúde, 1977. t. 3. mimeografado.
53. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE - DIVISÃO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA - SETOR DE ENFERMAGEM. Modelo geral de enfermagem, Rio de Janeiro, Apex, 1977. 89 p.
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE - COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR. Conceitos e Definições em Saúde. Brasília, FSESP, 1977. 36 p.
55. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. O sistema social. Conjuntura Social, 1(1):34-49, out/dez. 1977.
56. OGUISSO, Taka & SCHMIDT, Mário José. A propósito da classificação brasileira uniforme de ocupação. Rev. Bras. Enf., 29:6-23, abr/jun. 1976.
57. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Planificacion y Programacion de servicios de enfermeria. OMS, Ginebra, 1972, 130 p.

58. PAIM, Lígia et alii. Iniciamento à metodologia do processo de enfermagem: uma abordagem centrada nas necessidades humanas básicas. Guanabara, Associação Brasileira de Enfermagem, 1973. 47 p.
59. PAIM, Rosalda C. N. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, Luna, 1978. 284 p.
60. PUCO, Arilda de São Sabbas & TEIXEIRA, Marta C. Aspectos de setor saúde - participação do enfermeiro. Rev. Bras. Enf., Brasília, 32:375-84, out/nov/dez. 1979.
61. POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SERVIÇO DE ENFERMAGEM. Manual de serviço. mimeografado.
62. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE: Legislação Federal do Setor Saúde. 3. ed. Brasília, Consultoria jurídica, 1978. 448 p.
63. RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de administração sanitária. 2. ed. Brasília, Senado Federal, 1979. 387 p.
64. \_\_\_\_\_. Aspectos da evolução de saúde pública no Brasil. Rev. FESP, 23:10-19, 1978.
65. RODRIGUES, Bichat de Almeida & ALVES, Amaro Luiz. Evolução institucional da saúde pública. Brasília, 1977. 64 p.

66. SALUM, Marlene Maria de Carvalho. A visão de uma comunidade brasileira sobre o profissional de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 32:75-88, jan/fev/mar. 1979.
67. SANTA, Adélia Dalla et alii. Funções dos enfermeiros em Florianópolis: relatório final do seminário. Florianópolis, 1970. 23 p. mimeografada.
68. SANTOS, Célia Almeida Ferreira. A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola. São Paulo, Pioneira, Ed. da Universidade de São Paulo, 1976. 176 p.
69. SANTOS, Célia Ferreira & MINZONI, Maria Aarecida. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. Rev. Bras. Enf., Brasília, 21: 395-441, out. 1968.
70. SCOTT, W. Richard & BLAU, Peter M. Organizações Formais. Trad. Maria Ângela e Lobo Freitas Levy, São Paulo, Atlas, 1979. 293 p.
71. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE E DO BEM ESTAR SOCIAL. Ca-  
derno de orientação das atividades na unidades sanitá-  
ria. Curitiba, 1978. mimeografado.
72. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE E DO BEM ESTAR SOCIAL-GRUPO DE PLANEJAMENTO SETORIAL. Levantamento hospitalar do Estado do Paraná - 1976. Curitiba, 1978. 64 p.
73. SEIXAS, José Carlos. Interiorização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília,

1977. Anais. Brasília, Ministério do Saúde, 1977.
74. SELDMAN, Maria Adjutrix. Administração dos serviços de enfermagem. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo. 205 p.
75. SILVA, L. G. do Nascimento. A medicina previdenciária e a nova instituição de assistência médica. Conjuntura Social, 1(1):5-8, out/dez. 1977.
76. SILVA, Fernando A. Rezende & MAHAR, Derinis. Saúde e Previdência Social: uma análise econômica. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974. 222 p.
77. SOUZA, Aparecida Maria Jezúino et alii. Levantamento de atividades do pessoal auxiliar de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Guanabara, 21(5): out. 1968.
78. TÚLIO, Ruth et alii. Racionalização no atendimento aos pacientes externos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1978. 26 p. mimeografada.
79. TURKIEWICZ, Maria. Enfoque desejado no ensino de enfermagem, hoje. Curitiba, 1977. 8 p. mimeografada.
80. VASQUEZ, Adolfo Sanches. Filosofia da Praxis. 2. ed. Rio de Janeiro, Terra e Paz, 1977. p. 2.
81. VELLOSO, Luis Assumpção Paranhos. Origens e evolução da Previdência Social. Conjuntura social, 1(1):13-17, out/dez. 1977.

82. VOROBOW, Gricha. Dinamização do ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 6(2):56-63, fev. 1972.
83. \_\_\_\_\_. Serviço de emergência X ambulatório. Rev. Paulista de Hospitais, 20(5):30-6, maio, 1972.
84. \_\_\_\_\_. Ambulatório do hospital. Rev. Paulista de Hospital, 22(7):300-4, jul. 1974.

A N E X O S



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO BIOMÉDICO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA

OBJETIVO: coletar dados para elaboração de monografia sobre  
a Atuação de Enfermagem em entidades ambulatoriais

## DAS ATRIBUIÇÕES

## 1 - Dados para referências

Entidade: \_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_

## 2 - Atribuições segundo áreas de atividades:

## 2.1. Área Doméstica

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Buscar e guardar roupa			
Levar roupa usada para lavanderia			
Limpeza e ordem no serviço			
Limpeza e desinfecção de parede			
Limpeza e desinfecção de material			
Limpar móveis, tirar o pó			
Rol de roupa dos consultórios			
Transportar alimentação			

Legenda: D = Diariamente  
C = Continuamente

## 2.2. Área Básica

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Acompanhar pacientes a consultório			
Acompanhar pacientes a laboratório			
Banho a paciente ambulante			
Chamar pacientes para consulta			
Contato com família de falecido			
Contato com família de paciente grave			
Distribuir alimentos			
Distribuir requisição			
Completar mesa para consulta			
Encaminhar paciente ao sanitário			
Higiene oral			
Lavagem oral			

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Lavagem externa			
Levar (ou entregar) pedidos de material de rotina			
Levar material para exames			
Movimentação passiva			
Transporte de pacientes para exames especializados			
Transporte de pacientes para cirurgia			
Transporte de pacientes para clínicas			

## 2.3. Área Técnica

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Aplicação e leitura de teste imuno- -diagnóstico			
Aplicar perfusões			
Assistir exame clínico			
Administração de O <sup>2</sup>			
Alimentação de paciente por sonda			
Auxiliar a colheita de material para exame			
Aplicar aerosol (nebulização)			
Aplicação de atadura			
Atendimento a retirada de fecaloma			
Bota de Unna			
Cateterismo vesical			

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Colheita de material para exame			
Colocação de sonda uretral			
Colocação de paciente em posição para exame			
Cuidado com paciente inconsciente			
Cuidado com paciente nas punções			
Cuidado ao paciente com gesso			
Cuidado ao paciente com sondas e drenos			
Cuidado com o morto			
Curativo em pacientes com colostomia			
Curativo em pacientes de cirurgia			
Curativo em pacientes de dermatologia			
Embrocação vaginal			
Instilação auditiva			

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Instilação nasal			
Instilação ocular			
Irrigação vesical			
Lavagem por colostomia			
Lavagem de estômago			
Lavagem intestinal			
Medicação endovenosa			
Medicação intramuscular			
Medicação oral			
Medicação via vaginal			
Passagem de sonda gástrica			
Pesquisa de glicosúria			
Pesquisa de cetonúria			

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Preparo de paciente para exame			
Preparo pré-operatório			
Preparo e esterilização de material			
Retirada de gesso			
Tricotomia			
Verificação de peso e altura			
Verificação de pressão arterial			
Verificação de Temperatura			
Verificação de Pulso			
Vacina			



## 2.4. Área de Administração em Enfermagem

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Avalia a assistência de enfermagem			
Apresenta relatórios periódicos sobre as atividades de serviço			
Coordena a distribuição de pessoal nos setores de enfermagem			
Controla a frequência e a pontualidade do pessoal de enfermagem			
Promove e preside reuniões com pessoal de enfermagem			
Fornecer elementos para organização do orçamento programa do posto			
Controla o uso, a reposição e a conservação do material sob sua responsabilidade			
Orienta e supervisiona o preparo do material e do ambiente de trabalho			
Prevê e especifica material			
Requisita e recebe material e medicamento			
Supervisiona a manutenção da limpeza e a ordem dos ambientes de enfermagem			

## 2.5. Área de Ensino e/ou Orientação

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Colabora nos estudos dos programas de reforma, adaptação e ampliação das áreas de enfermagem			
Consulta de enfermagem			
Orientação pré-consulta			
Orientação pré-consulta			
Participa nos programas educativos para a saúde			
Participa nos programas e supervisão de estágios de estudantes			
Participa da programação de outros serviços			
Promove o treinamento do pessoal de enfermagem			
Promove reuniões de caráter cultural			
Promove medidas de segurança no trabalho			

TAREFAS	ROTINA		EVENTUAL
	D	C	
Realiza pesquisa de enfermagem e participa de outros no campo de saúde			

Observações referentes aos itens e as áreas \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

Outras tarefas não relacionadas \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

QUADRO 1 - Número de enfermeiras e de entidades ambulatoriais segundo instituição correspondente, na cidade de Curitiba-Pr, 1979.

INSTITUIÇÃO	Nº DE ENTIDADES AMBULATORIAIS	Nº de ENFERMEIRAS
Hospital de Clínicas	2	4
Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social	7	30
Secretaria da Saúde e do Bem Estar Social	14	23
Saza Lattes	21	1

FONTES: Divisão de Enfermagem do HC

Enfermagem da Coordenadoria Regional do INAMPS

Enfermagem da Coordenadoria Operativa da SESB

QUADRO 2 - Certificações preliminares relacionadas ao atendimento do paciente, realizadas com enfermeiras de entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

RESPOSTAS SEGUNDO ENTIDADES AMBULATORIAIS PERGUNTAS	HC	INAMPS	CS
Quem recebe o paciente, o que faz?	- O porteiro; encaminha para o registro ou para a enfermagem.	- Ninguém; ele vai ao fichário e pede o que quer. - O guarda; a recepcionista.	- Serviço de triagem faz a ficha do paciente; geralmente o pessoal da enfermagem.
Se o paciente estiver em estado grave, é solicitada a presença de alguém?	- Enfermagem, médico.	- Se o paciente não puder se locomover, a enfermagem; se puder, é encaminhado ao médico pelo pessoal administrativo, é solicitada a enfermeira..	- Médico, enfermeira, assistente social.
Quem identifica as necessidades de ajuda?	- Enfermagem, serviço social.	- Enfermeira, auxiliar de enfermagem, recepcionista.	- Serviço social.
Quem providencia o atendimento, no caso de necessidade de: - alimentação - locomoção	- Enfermagem, serviço social. - Porteiro, enfermagem.	- Recepção guarda, enfermagem.	- Serviço social.
Quem faz a triagem?	- O médico.	- Posto de triagem. - Funcionários.	- Enfermagem.
O doente é acompanhado durante a consulta?	- Na ginecologia.	- Ginecologia e pediatria.	- Sim.
Quem faz a chamada no ambulatório?	- Médico, enfermagem.	- Médico, auxiliar de enfermagem.	- Enfermagem.
O paciente é orientado após a consulta?	- Só quando houver solicitação do paciente ou do médico.	- Diálogo, conforme orientação médica.	- Sim, educadora sanitária.

QUADRO 3 - Certificações preliminares relacionadas a assistência de enfermagem, realizadas com enfermeiras de entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

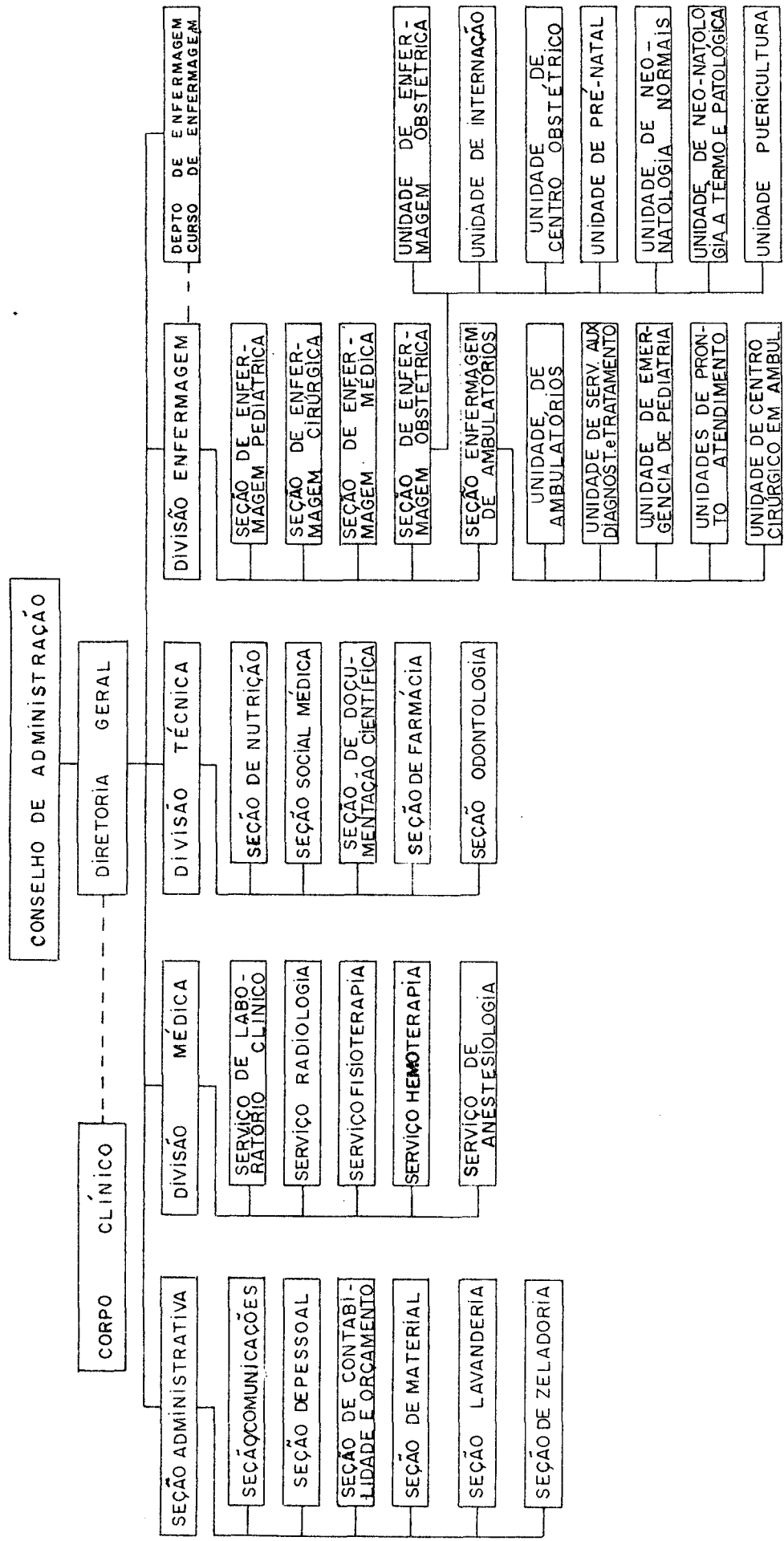
PERGUNTAS	RESPOSTAS SEGUNDO ENTIDADES AMBULATORIAIS		
	HC	INAMPS	CS
Existe ficha de enfermagem para a identificação do paciente?	- Sim, no pré natal e na puericultura;	- Só para vacinação, em pediatria (1 posto). - Para outros quando procuram o serviço.	- Sim, no dispensário de tuberculose; nos outros, aos mais necessários.
Se não há ficha, qual o motivo?	- Número insuficiente de pessoal de enfermagem.	- Porque o paciente só chega à enfermagem quando necessita de algum cuidado especial.	
As necessidades básicas do paciente, são identificadas?	- Sim, no pré-natal e na puericultura; sim dos mais graves; pela enfermagem.	- Sim, em pediatria (1 posto). - Sim, de alguns pacientes mais graves, pela enfermagem.	- Sim, pelo agente social. - Sim, dos outros.
É feito um plano de assistência de enfermagem?	- Na puericultura existe um roteiro próprio para a identificação, e para a orientação às mães.	- Sim, em pediatria (1 posto).	- Sim, pela educadora sanitária. - Nos outros também.
Existem atividades educativas para a clientela?	- Sim, na puericultura e no pré-natal.	- Sim*	- Sim*

\* - Não foi especificado.

QUADRO 4 - Elementos compreendidos na enfermagem, segundo categoria funcional em entidades ambulatoriais componentes do estudo, Curitiba-Pr, 1979

ENTIDADE AMBULATORIAL CATEGORIA FUNCIONAL	HC	INAMPS	CS
Enfermeira	3	12	1
Auxiliar de Enfermagem	10	62	16
Atendente	5	-	34
Auxiliar Operacional	10	...	-
Técnico de Enfermagem	...	-	5
Visitador Sanitário	-	-	12

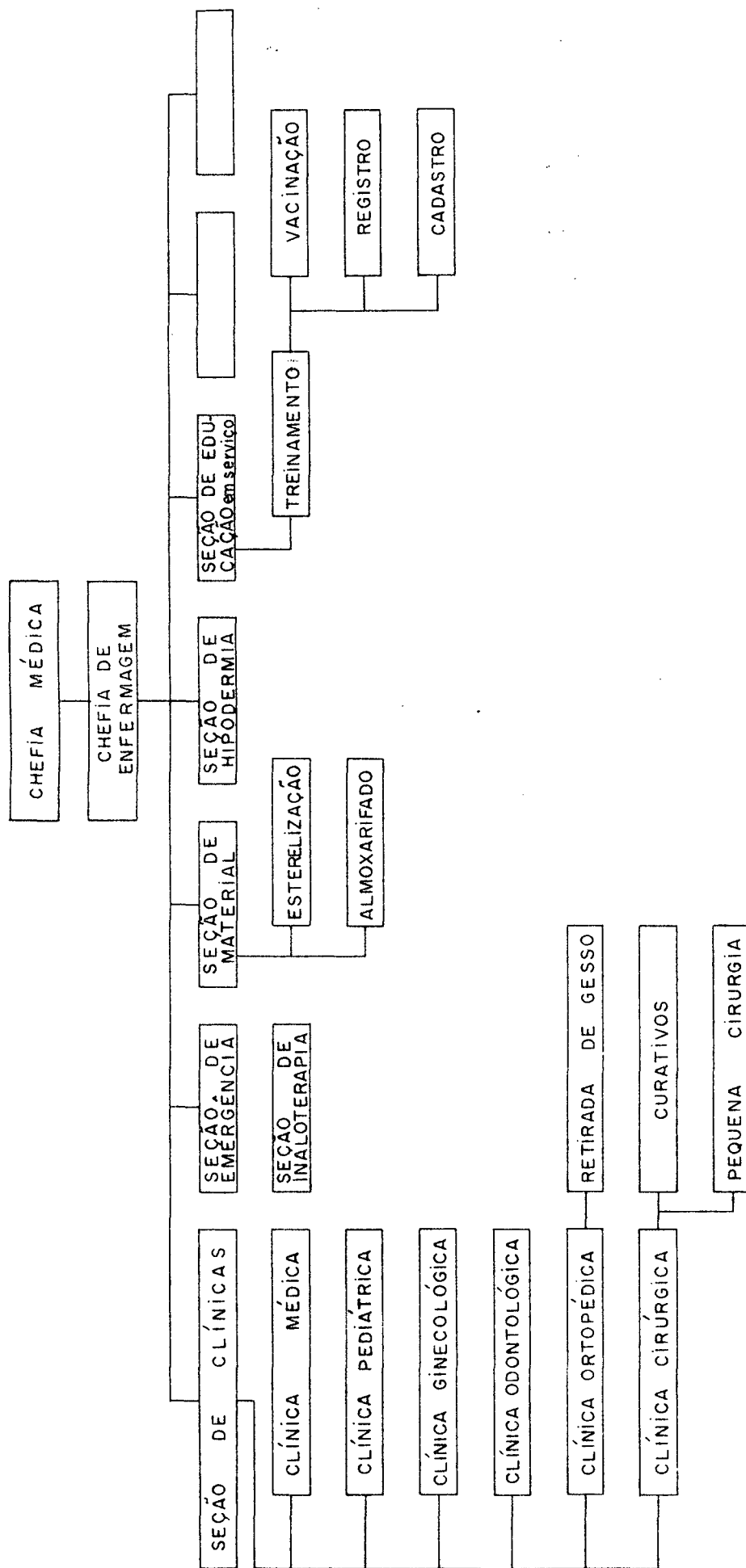
# ORGANOGRAMA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UFP



FONTE: Unidade de Educação em Serviço - HC, 1979

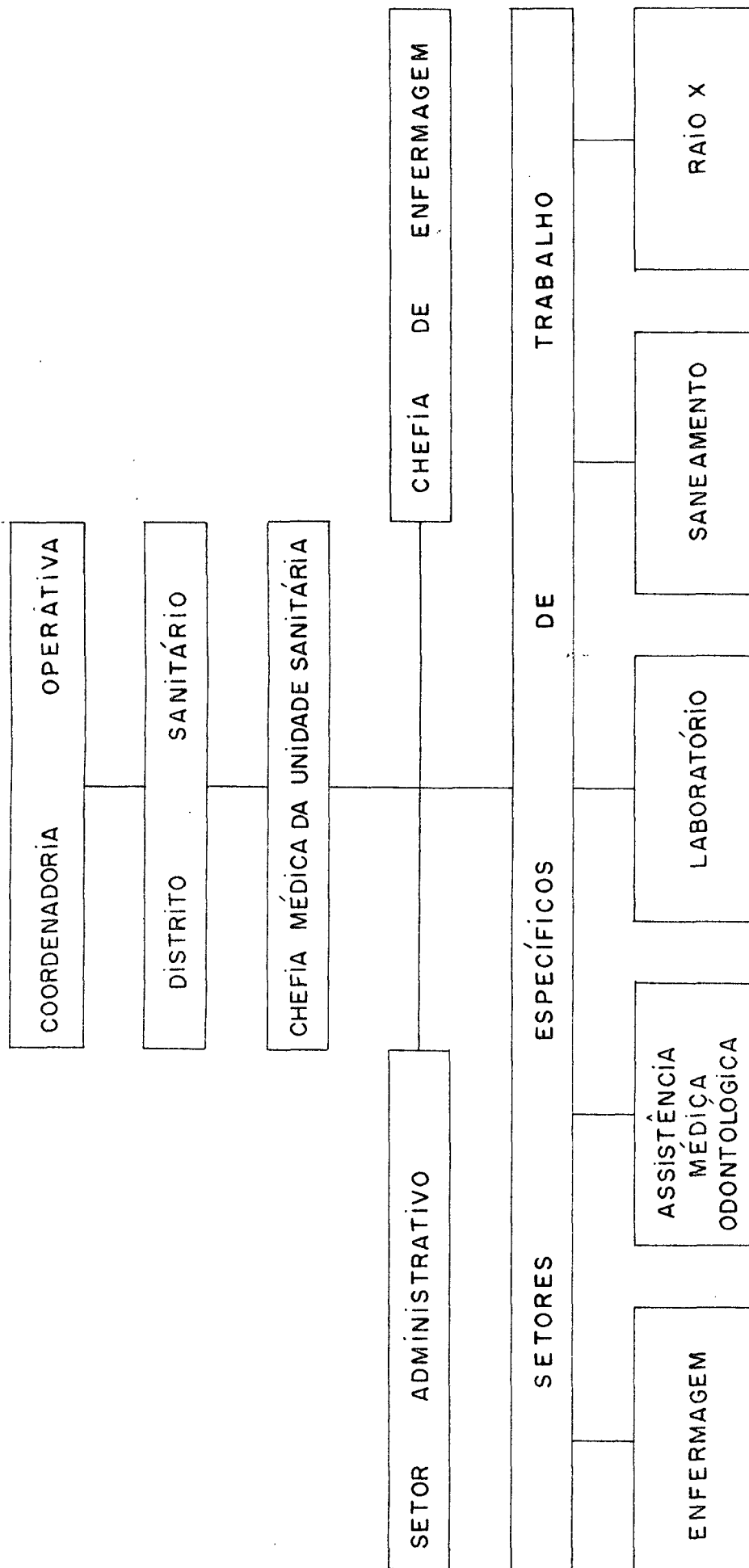


# ÁREAS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO PAM - 514 . 435



FONTE: Posto de Enfermagem - Vila HAUER - 1979.

SETORES COMPONENTES DA UNIDADE SANITÁRIA



FONTE: Caderno de Orientação das Atividades Sanitárias - SESB, 1978

TABELA 1 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelas enfermeiras, nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE	HC	INAMPS	CS
Doméstica	Rotina	Sim	25,0	50,0	0,0
		Não	75,0	50,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Básica	Eventual	Sim	87,5	100,0	0,0
		Não	12,5	0,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim	16,7	50,0	0,0
		Não	83,3	50,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Orientação	Eventual	Sim	100,0	100,0	0,0
		Não	0,0	0,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	16,7	16,7	0,0
		Não	83,3	83,3	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Eventual	Sim	60,1	60,4	0,0
		Não	39,9	39,6	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	45,4	45,4	73,0
		Não	54,6	54,6	27,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Eventual	Sim	100,0	100,0	0,0
		Não	0,0	0,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	100,0	100,0	54,3
		Não	0,0	0,0	45,7
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Eventual	Sim	25,8	90,9	0,0
		Não	74,2	9,1	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0

TABELA 2 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares de enfermagem nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE	HC	INAMPS	CS
Doméstica	Rotina	Sim	100,0	87,5	62,5
		Não	0,0	12,5	37,5
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	87,5	100,0	25,0
		Não	12,5	0,0	75,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Básica	Rotina	Sim	94,5	83,0	62,5
		Não	5,5	17,0	37,5
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	100,0	100,0	25,5
		Não	0,0	0,0	74,5
		Total	100,0	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim	68,7	83,0	43,7
		Não	31,3	17,0	56,3
		Total	100,00	100,0	100,0
	Eventual	Sim	95,8	10,0	33,3
		Não	4,2	90,0	66,7
		Total	100,0	100,0	100,0
Orientação	Rotina	Sim	16,0	45,4	54,5
		Não	84,0	54,6	45,5
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	13,7	72,7	54,5
		Não	86,3	27,3	45,5
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	81,1	63,6	72,7
		Não	18,9	36,4	27,3
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	36,4	54,5	54,4
		Não	63,6	45,5	45,6
		Total	100,0	100,0	100,0

TABELA 3 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotina e eventualmente pelos atendentes de enfermagem das diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e do CS de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE	HC	CS
Doméstica	Rotina	Sim	100,0	100,0
		Não	0,0	0,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	75,0	75,0
		Não	25,0	25,0
		Total	100,0	100,0
Básica	Rotina	Sim	72,2	10,9
		Não	27,8	89,1
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	66,7	15,8
		Não	33,3	84,2
		Total	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim	54,2	18,7
		Não	45,8	81,3
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	47,9	22,9
		Não	52,1	77,1
		Total	100,0	100,0
Orientação	Rotina	Sim	1,8	63,6
		Não	98,2	36,4
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	0,9	100,0
		Não	99,1	0,0
		Total	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	36,4	63,6
		Não	63,6	36,4
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	8,1	90,9
		Não	91,9	9,1
		Total	100,0	100,0

TABELA 4 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos auxiliares operacionais, nas diversas áreas de atuação no sistema ambulatorial do HC de Curitiba-Pr, 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	MANEIRA DE ATUAÇÃO		ROTINA		EVENTUAL	
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
Doméstica	87,5	12,5	100,0	100,0	0,0	100,0
Básica	88,3	11,7	100,0	94,4	5,6	100,0
Técnica	47,9	52,1	100,0	18,2	81,8	100,0
Orientação	0,0	100,0	100,0	1,8	98,2	100,0
Administração	3,1	96,9	100,0	1,0	99,0	100,0

TABELA 5 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos técnicos de enfermagem do Centro de Saúde de Curitiba-Pr , 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	MANEIRA DE ATUAÇÃO		ROTINA		EVENTUAL	
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
Doméstica	75,0	25,0	100,0	37,5	62,5	100,0
Básica	22,2	71,8	100,0	44,4	65,6	100,0
Técnica	27,1	72,9	100,0	22,9	77,1	100,0
Orientação	18,2	81,8	100,0	72,7	27,3	100,0
Administração	63,6	36,4	100,0	45,4	54,6	100,0

TABELA 6 - Representação do percentual do tipo de tarefas executadas rotineira e eventualmente pelos visitantes sanitários do CS de Curitiba-Pr, 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	MANEIRA DE ATUAÇÃO		ROTINA			EVENTUAL			
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
Doméstica	25,0	75,0	100,0	65,0	35,0	100,0			
Básica	77,8	22,2	100,0	72,2	27,8	100,0			
Técnica	5,9	94,1	100,0	7,6	92,4	100,0			
Orientação	63,6	36,4	100,0	90,9	9,1	100,0			
Administração	54,5	45,5	100,0	9,1	90,9	100,0			



TABELA 7 - Média percentual, relativa aos enfermeiros representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE	IIC	INAMPS	CS
Doméstica	Rotina	Sim	33,3	17,0	0,0
		Não	66,7	83,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	62,0	39,0	0,0
		Não	38,0	61,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Básica	Rotina	Sim	33,0	12,0	0,0
		Não	67,0	88,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	54,0	27,0	0,0
		Não	46,0	73,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim	3,0	19,0	0,0
		Não	97,0	81,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	56,0	29,0	0,0
		Não	44,0	71,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Orientação	Rotina	Sim	58,0	28,0	100,0
		Não	42,0	72,0	0,0
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	50,0	33,0	0,0
		Não	50,0	67,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	76,0	64,0	100,0
		Não	24,0	36,0	0,0
		Total	100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim	33,0	33,0	0,0
		Não	67,0	67,0	100,0
		Total	100,0	100,0	100,0

TABELA 8 - Média percentual, relativa aos auxiliares de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE		HC	INAMPS	CS
		Sim	Não			
Doméstica	Rotina	Sim		56,0	38,0	20,0
		Não		44,0	62,0	80,0
		Total		100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim		39,0	21,0	13,0
		Não		61,0	79,0	87,0
		Total		100,0	100,0	100,0
Básica	Rotina	Sim		34,0	21,0	29,0
		Não		66,0	79,0	71,0
		Total		100,0	100,0	100,0
Básica	Eventual	Sim		37,0	16,0	16,0
		Não		63,0	84,0	84,0
		Total		100,0	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim		27,0	19,0	15,0
		Não		73,0	81,0	85,0
		Total		100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim		21,0	16,0	15,0
		Não		79,0	84,0	85,0
		Total		100,0	100,0	100,0
Orientação	Rotina	Sim		16,0	5,0	16,0
		Não		84,0	95,0	84,0
		Total		100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim		13,0	3,0	11,0
		Não		87,0	97,0	89,0
		Total		100,0	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim		16,0	7,0	23,0
		Não		84,0	93,0	77,0
		Total		100,0	100,0	100,0
	Eventual	Sim		13,0	6,0	16,0
		Não		87,0	94,0	84,0
		Total		100,0	100,0	100,0

TABELA 9 - Média percentual, relativa aos atendentes de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação em entidades ambulatoriais do HC e CS de Curitiba-Pr, 1979.

MANEIRA E ÁREA DE ATUAÇÃO		ENTIDADE	HC	CS
Doméstica	Rotina	Sim	50,0	12,0
		Não	50,0	88,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	29,0	14,0
		Não	71,0	86,0
		Total	100,0	100,0
Básica	Rotina	Sim	57,0	13,0
		Não	43,0	87,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	42,0	13,0
		Não	58,0	87,0
		Total	100,0	100,0
Técnica	Rotina	Sim	79,0	6,0
		Não	21,0	94,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	6,0	7,0
		Não	94,0	93,0
		Total	100,0	100,0
Orientação	Rotina	Sim	50,0	9,0
		Não	50,0	91,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	20,0	6,0
		Não	80,0	94,0
		Total	100,0	100,0
Administração	Rotina	Sim	25,0	14,0
		Não	75,0	86,0
		Total	100,0	100,0
	Eventual	Sim	20,0	15,0
		Não	80,0	85,0
		Total	100,0	100,0

TABELA 10 - Média percentual, relativa aos técnicos de enfermagem representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	MANEIRA DE ATUAÇÃO		ROTINA		EVENTUAL	
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
Doméstica	20,0	80,0	100,0	20,0	80,0	100,0
Básica	20,0	80,0	100,0	20,0	80,0	100,0
Técnica	22,0	78,0	100,0	22,0	78,0	100,0
Orientação	20,0	80,0	100,0	30,0	70,0	100,0
Administração	40,0	60,0	100,0	20,0	80,0	100,0

TABELA 11 - Média percentual relativa aos visitantes sanitários representados de maneira rotineira e eventual nas diversas áreas de atuação no ambulatório do CS de Curitiba-Pr, 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	MANEIRA DE ATUAÇÃO		ROTINA		EVENTUAL	
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
Doméstica	17,0	83,0	100,0	8,0	92,0	100,0
Básica	23,0	77,0	100,0	24,0	76,0	100,0
Técnica	17,0	83,0	100,0	8,0	92,0	100,0
Orientação	16,0	84,0	100,0	15,0	85,0	100,0
Administração	6,0	94,0	100,0	0,0	100,0	100,0

TABELA 12 - Média percentual dos elementos compreendidos na enfermagem, segundo os tipos de tarefas, executadas nas diversas áreas de atuação de enfermagem em entidades ambulatoriais de Curitiba-Pr, 1979.

ÁREA DE ATUAÇÃO	ENTIDADE	HC				INAMPS				CS	
		R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
Doméstica		21,0	17,8	38,0	23,8	12,4	7,3				
Básica		32,8	36,5	18,5	19,1	15,2	12,1				
Técnica		21,8	24,6	17,5	17,9	5,6	3,9				
Orientação		8,2	9,1	7,5	6,3	8,3	0,7				
Administração		12,7	2,9	16,0	7,0	12,6	6,5				
TOTAL		96,5	90,9	97,5	74,1	54,1	30,5				
MÉDIA		19,3	18,2	19,5	14,8	10,8	6,1				