

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE A RESPEITO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COMUNITÁRIA*

*Regina Rigatto Witt***
*Maria Antonia Heck***
*Maria L. de Pellegrini***
*Lúcia Maria Hartmann***
*Maria Angélica Kerber***
*Isabel Cristina Baptista***
*Eglê Rejane Kohlrausch***

RESUMO: Estudo das percepções da equipe multiprofissional sobre a atuação do enfermeiro em saúde comunitária, realizado pelos enfermeiros em treinamento no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo em 1983. Visa conhecer a percepção das equipes relativa a necessidade do enfermeiro, às atividades a serem desenvolvidas por ele, bem como a influência de sua presença na atuação de auxiliares e voluntários.

INTRODUÇÃO

A enfermagem moderna no Brasil iniciou-se com a enfermagem de saúde pública há 50 anos em setores como a da tuberculose e saúde materno-infantil². Suas funções evoluíram em número e complexidade. As atividades necessárias para a execução destas funções tem sido cumulativas e abrangem uma vasta extensão, variando desde as atividades mais simples e rotineiras até aquelas que são extremamente complexas¹⁶.

As funções de enfermagem podem ser dependentes, interdependentes ou independentes. Consideram-se funções dependentes aquelas

*Trabalho realizado com a orientação da Professora Marilene Schmarczeck, Escola de Enfermagem, UFRGS.

**Enfermeiras em treinamento no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo em 1983.

realizadas sob a supervisão imediata de outro profissional. As funções interdependentes são aquelas realizadas necessária mas não obrigatoriamente junto a outros profissionais, enquanto nas funções independentes o enfermeiro atua legalmente com autonomia⁸. Observa-se, porém, que mesmo nas suas funções independentes o enfermeiro necessita de uma infra-estrutura de apoio, que muitas vezes depende de outros membros da equipe com a qual trabalha. SAN MARTIN apud FERNANDES¹³ define a equipe de saúde como a "integração das funções que desenvolvem diferentes técnicos através de um programa planejado que persegue objetivos comuns". Portanto, o conhecimento das funções e atividades de cada um dos membros das equipes, teórica e praticamente, significa maior competência para maximizar os esforços da equipe multiprofissional. Por isso, este autor considera importante a existência de um programa com funções definidas e delimitadas para cada integrante da equipe, a parte daquelas que lhes são comuns. Também o bom relacionamento, a comunicação e a cooperação concorrem para a continuidade e a qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional¹¹. Na prática, porém, o enfermeiro tem se deparado com inúmeros problemas que tem prejudicado o seu trabalho junto à equipe multidisciplinar.

Apesar de vários trabalhos descreverem as funções do enfermeiro em Saúde Comunitária^{1, 4, 18, 25}, pesquisas mostram que as enfermeiras gastam metade de seu tempo em atividades que não são específicas da enfermagem, delegando a pessoal pouco preparado a maior parte das funções de enfermagem²³. REGENIN considera "papel um sistema de orientação, organizado de acordo com as expectativas existentes num contexto particular e integrado a um conjunto de padrões e valores"²³. WESCHLER²⁹ apud OLIVEIRA¹⁹ aponta cinco tipos de relações entre os membros das equipes. As relações formais como normas organizacionais e as percebidas como condições psicológicas destas normas organizacionais; as relações desejadas ou não, atuam como suporte ou não a estas normas, e as relações reais como dependentes da consciência destas normas¹⁹. RIBEIRO DE OLIVEIRA observou que as percepções que as várias categorias de pessoal tem do seu papel ou do papel dos seus companheiros de unidade varia entre médicos, enfermeiros e auxiliares¹⁹. PEÑA estudando a percepção da equipe multiprofissional e da comunidade em duas cidades de São Paulo, constatou que, naquela onde o serviço de enfermagem era organizado e o enfermeiro estava presente em todos os níveis, os entrevistados achavam este profissional necessário à equipe e reconheciam suas funções, enquanto que naquela onde havia enfermeiro somente à nível central, os entrevistados não achavam o enfermeiro necessário no posto de saúde e não sabiam reconhecer

adequadamente suas funções²². VANZIN relacionando a demanda reprimida com a disponibilidade de tempo do pessoal de enfermagem no ambulatório de um hospital-escola, observou que muitos dos pacientes que não conseguiam consulta médica para o mesmo dia poderiam, pelos problemas apresentados, ter recebido orientação do enfermeiro, mas para ele não foram encaminhados²⁸.

Parece-nos, portanto que a assistência de enfermagem prestada à comunidade é influenciada pelas relações existentes entre a equipe multiprofissional, sendo de extrema importância que as relações reais aproximem-se das formais para o melhor aproveitamento de cada membro da equipe e do enfermeiro. Este trabalho originou-se da necessidade de conhecer a percepção da equipe multidisciplinar a respeito da atuação do enfermeiro, sentida pelo grupo de enfermeiros em treinamento no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo em 1983.

1.2 – O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo

O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo⁷ é um projeto desenvolvido desde 1973 pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS). Originando-se numa Unidade Sanitária que fornecia assistência à saúde nos moldes clássicos, o projeto Murialdo é uma iniciativa de um grupo de profissionais visando implantar e experimentar um novo modelo de prestação de serviços, baseada na Filosofia de cuidados primários de saúde. A mudança na estrutura clássica da Unidade envolveu a transferência do atendimento para postos avançados (hoje em nº de sete), ficando na sede da Unidade Sanitária o segundo nível de atenção que compreende os serviços especializados, a administração da Unidade e os serviços de apoio e manutenção. O atendimento à Comunidade é realizado nos postos avançados (Primeiro nível de atenção) por residentes em Medicina Comunitária, auxiliares de saúde* e voluntários de Saúde da Comunidade. Faziam parte desta equipe até 1984 veterinários, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais em treinamento. O trabalho visa a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e prevalentes através de atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares atividades de organização comunitária e desenvolvimento de programas.

A área de atuação do projeto compreende oito vilas periféricas com população de aproximadamente 77.000 habitantes.

*Atendentes ou auxiliares de enfermagem contratados pela SSMA/RS.

1.3 – O Programa de Treinamento Especializado em Enfermagem Comunitária⁵.

Este programa tem como objetivo desenvolver um modelo de atuação do enfermeiro baseado na filosofia de cuidados primários de saúde. O plano de treinamento inclui atividades de: triagem, consulta, procedimentos técnicos de enfermagem, diagnóstico e tratamento de doenças relevantes na população – conforme as rotinas da Instituição –, acompanhamento e renovação de medicação em pacientes com doenças crônicas, coletas de material para exames, visitas domiciliares, grupos de auto-ajuda e ação social. Além disso, os enfermeiros em treinamento atuam como dinamizadores à nível primário dos programas de imunizações, treinamento e supervisão de auxiliares e voluntários; atuação junto a lares vicinais; consultoria e assessoria às escolas e; acompanhamento de creches maternais e afins.

Os enfermeiros trabalham em uma equipe multidisciplinar, executando muitas tarefas tradicionalmente executadas somente por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, além daquelas para as quais foram treinados como enfermeiros.

O treinamento dos enfermeiros é realizado através de seminários diários e de supervisão semanal por área, no posto avançado. A supervisão diária da prática é realizada pelo médico de família.

A duração do treinamento é de um ano e o regime de trabalho é igual ao da residência médica. Cabe aqui salientar que este tipo de formação recebe o nome de "treinamento especializado" para as profissões de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Veterinária porque a Residência é reconhecida no Brasil somente para a Medicina.

2 – MATERIAL E MÉTODO

2.1 – População e amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 41 dos 58 membros das equipes primárias. Destes 14 eram auxiliares de saúde, 19 residentes médicos, 6 médicos de família e 2 psicólogos. Os profissionais não entrevistados encontravam-se afastados do trabalho por motivo de férias, licença ou absenteísmo.

2.2 -- Procedimento

Os dados foram colhidos através de questionários aplicados em

uma das reuniões semanais de equipe. Os questionários foram distribuídos e recolhidos pelo enfermeiro em treinamento, que orientou o seu preenchimento.

2.3 – Instrumento

Para o levantamento das percepções dos membros das equipes foi elaborado um questionário composto por questões de escolha simples, dissertativa e uma questão a ser numerada por ordem de prioridade. As questões de escolha simples foram formuladas para medir a percepção dos entrevistados com relação à necessidade do enfermeiro na equipe, o preenchimento de suas expectativas com relação a atuação do enfermeiro e a influência desta na atuação de auxiliares e voluntários. Foram listadas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a residência. As respostas previam que cada respondente numerasse por ordem de prioridade como percebia o trabalho do enfermeiro. Questões abertas possibilitaram que os respondentes citassem outras atividades que poderiam ser desenvolvidas pelo enfermeiro e não foram listadas.

2.4 – Tratamento estatístico

Neste trabalho utilizamos frequência simples. Os dados poderiam ter, no entanto tratamento estatístico mais apurado.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo este estudo sido dirigido à equipes multidisciplinares, parece-nos pertinente tecermos alguns comentários sobre estas antes de apresentarmos os resultados.

QUADRO 1 – Número total de membros das equipes primárias e número de entrevistados por profissão.

Membro da equipe	Total	Entrevistados
Médicos de família	07	06
Residentes médicos	21	19
Psicólogos	02	02
Assistentes Sociais	02	00
Veterinários	02	00
Enfermeiros	07	00
Auxiliares de Saúde	24	14
Total	65	41

À nível primário, cada equipe era composta pelo médico de fa-

mília, 3 residentes médicos, 1 enfermeiro, 4 auxiliares de saúde e 1 profissional da psicologia ou veterinária ou serviço social. Comparando a composição destas equipes com aquela preconizada como ideal pela OMS²⁰ apud COSTA¹¹ (Médico Sanitarista, Enfermeiro de Saúde Pública, Veterinário, Odontólogo, Engenheiro, Inspetor Fiscal, Visitador Sanitário, Técnico de Laboratório Clínico); observamos haver nas primeiras uma predominância numérica de médicos-residentes e de auxiliares de saúde sobre as demais categorias.

Estudando as atividades da equipe de enfermagem em Unidades Sanitárias no Rio Grande do Sul, REGENIN²³ confirmou as conclusões de outras pesquisas^{3, 2, 6} de que o atendente é o elemento que está sendo mais utilizado nos serviços de saúde. Este fato pode estar relacionado com os resultados de um estudo realizado recentemente no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. TAKEDA et alii²⁷ estudando os motivos de consulta mais freqüentes, constataram que 6 dos 10 primeiros referiam-se à atendimentos de enfermagem.

A respeito do grande número de médicos, DONNANGELO¹² explica que a "Medicina Comunitária, dirigindo-se a categorias sociais excluídas do Cuidado Médico, se institui na seqüência do processo de medicalização e responde a seus determinantes econômicos e políticos".

Vemos, portanto, que apesar das reformas administrativas visando implantar um Sistema de Saúde Comunitária, a equipe primária não foi alterada em sua constituição clássica, tendo sido acrescentado profissionais de outras áreas, que como sabemos, foram recentemente excluídas das mesmas.

A necessidade do profissional enfermeiro nas equipes primárias foi expressa por seus membros como pode ser visto no QUADRO 2.

QUADRO 2 – Percepção dos entrevistados sobre a necessidade do enfermeiro integrar a equipe de Saúde.

Membro da Equipe	Necessidade do Profissional Enfermeiro				
	Concordo Muito	Concordo Parcialmente	Discordo Pouco	Discordo Muito	Discordo Totalmente
Médicos de família	06	—	—	—	—
Residentes médicos	19	—	—	—	—
Psicólogos	02	—	—	—	—
Auxiliares	13	01	—	—	—
Total	40	01	—	—	—

Os resultados mostram que a exceção de um (1) auxiliar de saúde todos os membros concordaram ser o enfermeiro um elemento necessário nas equipes primárias. PEÑA²² em sua tese de doutoramento em 1971 realizou um estudo semelhante em duas cidades de São Paulo e observou que, naquela onde havia um serviço de enfermagem bem estruturado com enfermeiros atuando em todos os níveis, 98,33% dos profissionais multidisciplinares entrevistados e 100% dos médicos achavam que o enfermeiro era necessário nos postos de saúde enquanto que na outra cidade onde haviam enfermeiros apenas a nível central estes percentuais baixaram para 70,59% entre os profissionais multidisciplinares e apenas 8,36% entre os médicos. Estes dados parecem indicar que o reconhecimento da necessidade do profissional enfermeiro está diretamente relacionado à sua presença nas equipes primárias ou postos avançados. Estaria o reconhecimento do profissional enfermeiro sendo influenciado também pelo preenchimento das expectativas da equipe multiprofissional com relação ao seu trabalho? O estudo de PEÑA²² também mostrou que na cidade onde o enfermeiro era mais reconhecido, maior era o número de pessoas da comunidade que procuravam atendimentos não-médicos.

QUADRO 3 – Percepção dos entrevistados relativa ao preenchimento de suas expectativas com relação ao trabalho do enfermeiro.

Membro da equipe	Expectativas com Relação ao Trabalho do Enfermeiro				
	Concordo Muito	Concordo Parcialmente	Discordo Pouco	Discordo Totalmente	Não Tenho Opinião Definida
Médicos de família	04	02	--	--	--
Residentes médicos	14	04	--	01	--
Psicólogos	01	01	--	--	--
Auxiliares	10	02	01	--	01
Total	29	09	01	01	01

Apesar dos entrevistados terem concordado a respeito da necessidade do profissional enfermeiro na equipe primária, nem todos tiveram suas expectativas com relação ao seu trabalho preenchidas durante a residência. O QUADRO 3 mostra que 29 dos entrevistados tiveram

suas expectativas preenchidas totalmente e 9 parcialmente. Analisando os resultados da questão, observamos que o único profissional que não teve suas expectativas preenchidas (discordou totalmente), não respondeu a questão 4 que se refere às atividades que não foram, mas deveriam na sua opinião, ser desenvolvidas pelo enfermeiro durante o período de treinamento. Este fato pode estar relacionado ao total desconhecimento das funções do enfermeiro de saúde comunitária ou ao preenchimento inadequado do questionário por este profissional.

A questão 3 refere-se à prioridade atribuída pelos entrevistados às questões desenvolvidas pelos enfermeiros durante o treinamento. Discutiremos, a seguir os resultados encontrados em cada atividade listada.

QUADRO 4 – Prioridade atribuída pelos entrevistados à atividade triagem.

Membro da equipe	Triagem												A*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Médicos de família	2	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
Residentes médicos	3	2	1	3	—	2	—	—	1	1	5	—	1
Psicólogos	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Auxiliares	2	—	2	1	—	—	2	01	1	—	—	1	3
Total	07	03	03	04	00	02	06	01	02	02	05	01	04

*A = Não respondidas

Neste item encontramos alguma concentração de respostas nos números 1, 7 e 11 o que indica que existe uma divisão de opiniões com relação à prioridade a ser dada pelo enfermeiro a esta atividade. CAMPEDELLI e LUCA⁹ desenvolveram um programa de atendimento a clientes que procuram consulta médica em dia não agendado, realizando entrevistas com enfoque educativo para estes clientes. Estas autoras consideram que o atendimento do extra (semelhante à atividade triagem), deve ser desenvolvido sob uma programação de saúde e não simplesmente considerado uma atividade de suporte.

QUADRO 5 – Prioridade atribuída pelos entrevistados à atividade consulta de enfermagem.

Membro da equipe	Consulta de Enfermagem												A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Médicos de família	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	1
Residentes médicos	—	1	2	2	1	—	—	1	2	2	1	4	3
Psicólogos	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Auxiliares	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	1	—	8
Total	00	01	03	03	02	00	00	02	04	04	03	06	12

Como podemos observar este item não foi respondido por 12 dos entrevistados e foi considerado última prioridade por 6 deles. Durante a residência sentimos resistência por parte das equipes em aceitar e incentivar a consulta de enfermagem. Porém éramos muito requisitados para auxiliar no atendimento à clientela no posto e nos plantões. Parece-nos evidente que os membros da equipe não sabiam o que era a consulta de enfermagem pois se ela implica na aplicação do processo de enfermagem, é realizada em todos os atendimentos que prestamos, o que indica a necessidade de esclarecimento aos outros profissionais e auxiliares do que é consulta de enfermagem.

QUADRO 6 — Prioridade atribuída pelos entrevistados à atividade visita domiciliar.

Membro da equipe	Visita Domiciliar												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	A
Médicos de família	1	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—
Residentes médicos	3	—	3	3	2	2	1	1	1	3	—	—	—
Psicólogos	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Auxiliares	—	—	—	1	4	3	1	—	1	1	—	—	2
Total	4	1	4	5	6	8	3	1	2	4	0	0	2

Nas visitas domiciliares, conforme o QUADRO 6, houve maior concentração de respostas em torno da 6ª prioridade, o que pode estar relacionado com a convicção das equipes de que a visita domiciliar é uma atividade que deve ser desenvolvida igualmente por todos. Este resultado pode também estar indicando a necessidade da especificação do tipo de visita domiciliar (à gestantes, puérperas, doentes mentais, etc.), para que as equipes possam então apontar as prioritárias para o enfermeiro. REGENIN²³ estudando as atividades da equipe de enfermagem, constatou que aquelas relacionadas à família estão sendo executadas com frequência de nunca e acidentalmente por enfermeiros e educadoras sanitárias. Em nosso estudo alguns dos entrevistados referiram preferir que o enfermeiro permanecesse no posto atendendo a clientela e supervisionando os auxiliares do que realizasse visitas domiciliares e trabalhos comunitários.

QUADRO 7 – Prioridade atribuída pelos entrevistados às atividades de injeções e curativos.

Membro da equipe	Injeções e Curativos												A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Médicos de família	–	–	2	–	–	–	–	–	–	1	2	–	1
Residentes médicos	–	1	–	3	1	2	–	–	2	1	3	4	2
Psicólogos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Auxiliares	–	2	1	1	–	1	2	–	–	–	–	2	4
Total	0	3	3	4	1	3	2	0	2	2	5	7	8

Quando questionamos a respeito da importância das atividades de aplicação de injeções e realização de curativos, encontramos concentração de respostas nas prioridades 11 (5) e 12 (7), sendo que 8 pessoas abstiveram-se de responder. O estudo de REGENIN²³ mostrou que em 50% das Unidades Sanitárias não existem enfermeiros e que a distribuição das tarefas é feita com o pessoal que existe, não havendo critérios de distribuição de atividades pelas diversas categorias. Portanto, os entrevistados parecem ter respondido a esta questão mais baseados na realidade que estão acostumados a ver do que a partir do entendimento do que significa delegação, uma vez que esta implica em estudo da tarefa, das condições do paciente e do pessoal²³.

QUADRO 8 – Prioridade atribuída pelos entrevistados à atividade controle de vacinas.

Membro da equipe	Controle de Vacinas												A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Médicos de família	–	1	2	1	1	–	–	–	1	–	–	–	–
Residentes médicos	4	4	–	3	2	–	–	2	1	1	1	–	1
Psicólogos	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–
Auxiliares	2	4	3	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–
Total	6	10	5	4	3	0	0	4	4	1	2	0	1

Quanto ao controle de vacinas (Quadro 8), observamos que 21 entrevistados concordaram ser esta tarefa a 1ª, 2ª ou 3ª prioridade no trabalho do enfermeiro. Aqui como na questão anterior, acreditamos que os respondentes assinalaram tal prioridade baseados na realidade que estão acostumados a ver, pois têm sido de incumbência do enfermeiro na Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do

Sul o controle do estoque de vacinas, os cuidados na sua conservação, o levantamento da cobertura vacinal e a supervisão dos registros.

QUADRO 9 – Prioridade atribuída pelos entrevistados à atividade com grupos.

Membro da equipe	Atividade com Grupos													A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Médicos de família	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	
Residentes médicos	2	2	2	4	1	2	1	1	2	1	—	1	—	
Psicólogos	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Auxiliares	—	1	2	3	—	—	1	—	2	—	2	—	2	
Total	2	4	4	9	1	3	2	1	4	1	4	2	3	

Com relação à realização de grupos, apesar de termos encontrado resultados muito variados, observamos que 9 entrevistados acharam que esta atividade deveria estar em 4ª prioridade no trabalho do enfermeiro. Nesta atividade, assim como nas visitas domiciliares acreditamos que a especificação do tipo de grupo auxiliaria as equipes na indicação dos prioritários para o enfermeiro, o que poderia ser avaliado em um estudo posterior.

QUADRO 10 – Prioridade atribuída pelos entrevistados às atividades nos lares vicinais.

Membro da Equipe	Ordem de Prioridade	Atividades nos Lares Vicinais												A
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Médicos de família		2	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—
Residentes médicos		2	1	3	2	1	2	3	1	2	—	—	—	2
Psicólogos		—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Auxiliares		—	—	1	3	2	2	1	1	—	2	—	—	1
Total		4	2	4	6	4	4	4	3	3	3	0	0	3

No trabalho com lares vicinais encontramos o maior número de respostas (6) na 4ª prioridade, seguida de 4 nas prioridades 1, 3, 5, 6 e 7. Esta variação nos resultados pode estar relacionada ao desconhecimento por parte das equipes do trabalho realizado nos lares vicinais, pois este programa foi elaborado e executado neste ano pelos enfermeiros em treinamento.

QUADRO 11 – Prioridade atribuída pelos entrevistados às atividades nas escolas.

Membro da equipe	Atividades nas Escolas													A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Médicos de família	–	2	–	–	–	–	1	1	1	1	–	–	–	
Residentes médicos	1	1	3	0	4	–	3	1	–	2	1	1	2	
Psicólogos	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	
Auxiliares	–	–	–	–	3	1	1	3	1	–	1	1	2	
Total	1	3	3	0	7	1	5	7	2	3	2	2	4	

Nesta atividade encontramos 7 respostas nas prioridades 5 e 8. Apesar de este também ter sido um programa reativado este ano pelos enfermeiros em treinamento, achamos que a baixa prioridade atribuída ao trabalho nas escolas possa estar relacionada ao que a OMS²⁰ considera como “tendência dos serviços de saúde em atender só à demanda, não dirigindo suas ações à antecipação de necessidades de saúde e à solução precoce de problemas comuns a indivíduos e grupos”. A realidade das unidades sanitárias do Rio Grande do Sul mostra baixa frequência de execução e pouco pessoal envolvido nas atividades relacionadas à assistência às comunidades, sendo os enfermeiros os que mais se dedicam à assistência educativa à comunidade²³.

Os Quadros 12 e 13 mostram a prioridade atribuída pelos membros das equipes primárias às atividades de supervisão de auxiliares e treinamento de pessoal.

QUADRO 12 – Prioridade atribuída pelos Entrevistados a supervisão de auxiliares.

Membro da equipe	Supervisão de Auxiliares													A
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Médicos de família	3	1	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	
Residentes Médicos	2	6	4	1	1	–	2	1	–	2	–	–	–	
Psicólogos	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	
Auxiliares	3	4	1	–	1	1	1	–	1	–	–	–	1	
Total	8	11	6	2	4	1	3	1	1	2	0	0	1	

À supervisão dos auxiliares foi atribuída a 2ª prioridade por 11 dos entrevistados. Porém, esta atividade só foi assumida pelos residentes no 2º semestre da residência. Até então ela vinha sendo desenvolvida pelos enfermeiros da Unidade Sanitária de maneira informal e assistemática, pois estes esperavam que a supervisão dos auxiliares fosse assumida também pelas outras especialidades, já que este pessoal desempenha tarefas destas áreas. No entanto a assistência de enfermagem é,

segundo a literatura, originalmente competência do enfermeiro, que delega algumas atividades a outras categorias profissionais²³. Além disso, já vimos que o enfermeiro de saúde comunitária desenvolve atividades em outras áreas que não somente a da enfermagem. Portanto, se delegar implica essencialmente manter-se com a responsabilidade pela tarefa delegada²³, podemos compreender as expectativas dos entrevistados, já que o enfermeiro em treinamento assumia a responsabilidade pela assistência de enfermagem prestada à comunidade.

QUADRO 13 – Prioridade atribuída pelos entrevistados ao treinamento de pessoal.

Membro da equipe	Treinamento de Pessoal												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	A
Médicos de família	2	1	1	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–
Residentes médicos	6	3	4	–	1	–	1	2	1	–	–	–	–
Psicólogos	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
Auxiliares	3	2	–	1	1	1	–	1	–	2	1	–	2
Total	12	6	5	1	3	3	1	3	1	2	1	0	2

Ao treinamento de pessoal foi dada prioridade por 12 dos entrevistados, sendo que 23 respostas concentraram-se nas 3 primeiras prioridades. Resultados semelhantes foram encontrados por PEÑA²² onde as equipes multiprofissionais entrevistadas esperavam que o enfermeiro desse prioridade à função de ensino. Porém, estará o enfermeiro sendo formado adequadamente à nível de graduação para o treinamento de pessoal? A Escola de Enfermagem da UFRGS, dedica 83,23% da carga horária de seu currículo à área assistencial e somente 3,87% à área educacional⁶

QUADRO 14 – Prioridade atribuída pelos Entrevistados à organização do posto.

Membro da equipe	Organização do Posto												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	A
Médicos de família	–	2	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Residentes Médicos	7	1	2	–	1	–	3	1	–	1	–	1	2
Psicólogos	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Auxiliares	3	–	2	–	1	1	–	1	1	2	–	1	1
Total	11	3	9	0	2	1	3	2	1	3	0	2	3

As expectativas dos entrevistados mostrou que 11 davam prioridade à organização do posto, sendo que 23 achavam que esta devia ser uma das três primeiras prioridades no trabalho do enfermeiro.

Trabalhos têm mostrado que as atividades administrativas representam a maior parte das atividades dos enfermeiros nas Unidades Sanitárias^{3, 17, 23, 24}. Em seu estudo PEÑA²² constatou que as equipes multidisciplinares esperavam que os enfermeiros dessem prioridade à função administrativa, enquanto que as donas-de-casa entrevistadas esperavam que ele assumisse a direção do serviço. PAIM²¹ discutindo questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem, aponta a grande concentração de enfermeiros nos hospitais, assumindo prioritariamente atividades administrativas. Segundo OLIVEIRA¹⁹ "o enfermeiro é o natural coordenador da assistência ao paciente internado, pois as providências administrativas tomadas pelos enfermeiros buscam articular as mobilizações para atender as diferentes exigências e necessidades do paciente, sendo o enfermeiro o ponto de referência em aspectos multi-relacionais da equipe". Para PAIM²¹, tem sido expectativa dos Serviços, a partir de modelos de organização importados, que os enfermeiros administrem Unidades de Internação, o que não condiz com nossa realidade, visto a morbi-mortalidade infantil, as doenças infecto-contagiosas, a desnutrição, à dúvida quanto às medidas de higiene, todos problemas que necessitam de uma intervenção mais direta do enfermeiro.

A fim de fornecer uma visão mais clara das prioridades atribuídas ao enfermeiro neste estudo, apresentamos a seguir as seis primeiras e as seis últimas prioridades apontadas pelos entrevistados segundo a ordem do somatório das seis primeiras respostas assinaladas.

QUADRO 15 -- Atividades escolhidas pelos respondentes como prioritárias para o enfermeiro.

Atividades	Somatório
1. Supervisão de auxiliares	32
2. Treinamento de pessoal	30
3. Controle de vacinas	28
4. Visita domiciliar	28
5. Organização do posto	26
6. Lares Vicinais	24

As duas primeiras prioridades escolhidas pelos entrevistados referem-se a supervisão de auxiliares e ao treinamento de pessoal. Vimos

anteriormente que outros serviços também esperavam que o enfermeiro desse prioridade à função de ensino²². Se considerarmos que existem aproximadamente 14.000 enfermeiros no Brasil, podemos constatar que não existe possibilidade de prestar-se assistência de enfermagem a 120 milhões de habitantes somente com profissionais enfermeiros. Necessitamos de pessoal de nível médio e este tem representado a nossa extensão na cobertura do atendimento à população. Porque então, a dificuldade do enfermeiro em treinar e aperfeiçoar este pessoal, resultando dessa maneira numa melhor assistência de enfermagem? Vimos que a Escola de Enfermagem da UFRGS dedica apenas 3,87% da carga horária de seu currículo à área educacional⁶. PAIM²¹ afirma que a ênfase do ensino nas Escolas é no cuidado individualizado restrito a hospitais sem portanto guardar a aderência suficiente no contexto de Saúde. Estes fatos indicam a necessidade de revisão dos currículos de enfermagem visando voltá-los mais para o preparo do enfermeiro para o trabalho junto à sua equipe.

Vimos que as atividades assistenciais escolhidas como prioritárias para o enfermeiro foram a visita domiciliar e o atendimento a lares vicinais, atividades estas realizadas fora do posto e que vão contra as expectativas de alguns dos entrevistados que preferiram que o enfermeiro permanecesse no posto supervisionando os auxiliares.

A organização do posto também foi considerada prioritária para o enfermeiro, o que acreditamos estar relacionado mais a realidade que os entrevistados estão acostumados a ver do que com o tipo de formação recebido pelo enfermeiro para tal fim.

QUADRO 16 – Atividades escolhidas pelos respondentes como últimas prioridades para o enfermeiro.

Atividade	Somatório
7. Grupos	23
8. Triagem	19
9. Creches	17
10. Escolas	15
11. Injeções e curativos	14
12. Consultas	9

Observamos que, em contraste com as seis primeiras prioridades que eram na maior parte (4) atividades-meio, as atividades consideradas menos prioritárias para o enfermeiro são todas atividades-fim, sejam elas dirigidas a indivíduos ou a grupos. Parece-nos que se o enfermeiro dedicar seu tempo preferencialmente a atividade com grupos poderá atender maior número de pessoas e com isso aumentar a cobertura do seu aten-

dimento. Além disso, o auxiliar têm assumido alguns grupos junto a um técnico da equipe e tem realizado triagem bem como a maior parte das aplicações de injeções e realização de curativos. Porém, sentimos durante o treinamento que a "triagem" realizada por muitos dos auxiliares restringia-se ao agendamento, faltando-lhes o conhecimento necessário para a avaliação de cada caso. Se consideramos importante o treinamento e a supervisão do pessoal de enfermagem para a melhoria da assistência igualmente importante é a escolha do que será delegado a este pessoal. Não seria mais adequado delegarmos o trabalho de prevenção primária nas creches e nas escolas, que dependem de treinamento a respeito de aspectos básicos da saúde do que entregarmos uma clientela com necessidades múltiplas em todos os níveis de atendimento para um profissional despreparado?

QUADRO 17 – Percepção dos entrevistados a respeito da relação entre a presença do enfermeiro na equipe e a melhoria do desempenho dos auxiliares.

Membro da equipe	Relação entre a Presença do Enfermeiro na Equipe e a Melhoria do Desempenho dos Auxiliares					
	Concordo Muito	Concordo Parcialmente	Discordo Pouco	Discordo Totalmente	Não Tenho Opinião Definida	Abstinências
Médicos de família	1	5	—	—	—	—
Residentes médicos	8	7	2	—	1	1
Psicólogos	2	—	—	—	—	—
Auxiliares	8	4	—	—	2	—
Total	19	16	2	0	3	1

Parte (19) dos entrevistados achou que a atuação do auxiliar tinha melhorado com a presença do enfermeiro na equipe, mas 16 concordaram apenas parcialmente com esta afirmação. Um dos médicos de família explicou que o desempenho dos auxiliares teria melhorado não fosse a sua resistência em aceitar a supervisão do enfermeiro. Parece-nos, no entanto que na maioria havia motivação entre os auxiliares para a supervisão, tendo esta sido prejudicada pela convicção dos enfermeiros de que não deveriam assumí-la totalmente, dividindo esta responsabilidade com outras áreas.

QUADRO 18 – Percepção dos entrevistados a respeito da relação entre a presença do enfermeiro na equipe e a melhoria do desempenho dos voluntários.

Membro da equipe	Relação entre a Presença do Enfermeiro na Equipe e a Melhoria do Desempenho dos Voluntários					
	Concordo Muito	Concordo Parcialmente	Discordo Muito	Discordo Totalmente	Não Tenho Opinião Definida	Abstinências
Médicos de família	1	5	—	—	—	—
Residentes médicos	12	6	—	—	1	—
Psicólogos	1	1	—	—	—	—
Auxiliares	5	5	1	—	2	1
Total	19	17	1	0	3	1

Resultado semelhante foi observado com relação à atuação do voluntário. Este, após a primeira etapa de treinamento teórico, cumpria a segunda parte de seu treinamento no posto avançado, onde a responsabilidade por sua formação era entregue à "toda" a equipe. Assim como os auxiliares, os voluntários recebiam orientação de vários profissionais sem, porém, haver coordenação do seu treinamento à nível primário, o que poderia melhorar seu desempenho.

Outras atividades mencionadas pelos entrevistados que deveriam ser desenvolvidas pelo enfermeiro foram: palestras e informações em sala de espera, organização da comunidade de base, estímulo ao treinamento da equipe para grupos, cuidados à famílias de risco, grupos de vizinhança e "fichários".

3 – CONCLUSÃO

Os resultados do levantamento mostram que os membros das equipes primárias acham que o enfermeiro é um elemento necessário à equipe. Destes 29 tiveram suas expectativas com relação ao trabalho do enfermeiro em treinamento totalmente preenchidas.

Questionando as equipes multidisciplinares a respeito das atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, obtivemos a seguinte ordem de prioridade: 1) Supervisão de auxiliares; 2) Treinamento de pessoal; 3) Controle de vacinas; 4) Visita domiciliar; 5) Organização do posto; 6) Lares vicinais; 7) Grupos; 8) Triagem; 9) Creches; 10) Escolas; 11) Injeções e curativos; 12) Consultas.

Quanto ao desempenho dos auxiliares e voluntários, 19 dos entrevistados acharam que o seu desempenho melhorou com a presença do enfermeiro na equipe e 16 e 17 respectivamente concordaram parcialmente com esta afirmação.

As atividades mencionadas pelos entrevistados que, além das citadas, deveriam ser desenvolvidas pelo enfermeiro foram: palestras e informações em sala de espera, organização da comunidade de base, estímulo ao treinamento da equipe para grupos, cuidados à famílias de risco, grupos de vizinhança e "fichários".

SUMMARY: Study about the perceptions of the multidisciplinary team concerning nurses performance on community health, carried through by the nurses under training at the Murialdo Community Health System in 1983, it aims to know the team's perception regarding the necessity of the nurse in the team, the activities to be developed by him, as well as the influence of his presence on auxiliaries and volunteers performance.

4 -- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, Nilce Piva. Experiências sobre a atuação de enfermagem na atenção primária de saúde. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 4(4):212-22, jul./ago. 1978.
2. _____. A Enfermagem de Saúde Pública na atualidade brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 34(1-2): 46-52, jan./fev. 1973.
3. ALVIM, Emengarda de F. Estudo das atividades de Enfermagem na Fundação SESP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 19(4): 235-302, ago. 1966.
4. ANDRADE, Odete B. & ADAMI, Nilce P. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública. Modelo programático de preparo requerido para o exercício dessas funções. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(6):308-18, dez. 1976.
5. ANGELO, Noely et alii. *Programa de residência em saúde comunitária para a área de Enfermagem*. Porto Alegre, Sistema de Saúde Comunitária Murialdo/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1983. 8p. (texto não publicado).
6. BURLAMAQUE, Clélia S. *Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital de ensino em nível de unidade de internação*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1981. 91f. Diss. maestr.
7. BUSNELLO, E. et alii. *O projeto do sistema de saúde comunitária*. Porto Alegre, Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1977. 14p. (texto não publicado).
8. BRUNETTO, Eleonor et alii. *O cuidado primário de Enfermagem -- a generalista numa equipe estruturada de assistência à saúde*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1978. (texto não publicado).
9. CAMPEDELLI, M.C. & LUCA, M.A. O atendimento de cliente que procura consulta médica em dia não agendado -- Centro de Saúde Experimental da Barra Funda e Bom Retiro. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(4):232-8, set./out. 1976.
10. COSTA, Judith. Visitação domiciliária. base para o ensino de Enfermagem na comunidade. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 3(2): 78-82, mar./abr. 1977.
11. COSTA, M.J.C. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissio-

- nal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 31(3):321-39, jul./ago./set. 1978.
12. DONNANGELO, Maria C. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.
 13. FERNANDES, J.D. Contribuição da equipe multiprofissional nas ações de saúde: mito ou realidade? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 34(2): 175-81, abr./maio/jun. 1981.
 14. HENDERSON, V. *The nature of nursing a definition and its implications for practice, research and education*. New York, Macmillan, 1966. 126p.
 15. MARTINS, Coracy B. Graça. Avaliação de assistência de Enfermagem. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(3): 113-8, jul./ago. 1975.
 16. MENDES, Isabel A.C. et alii. Análise crítica do processo decisório em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 30(4): 404-11, out./nov./dez. 1977.
 17. NERY, Maria E. da S. *Avaliação do desempenho do enfermeiro e do auxiliar de Enfermagem da saúde do adulto*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1976. 54f. Tese Livr. doc.
 18. NOGUEIRA, Maria J. de. Subsídios para a descrição do conteúdo global da ocupação "Enfermeiro de Saúde Pública". *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(3): 119-25, jul./ago. 1975.
 19. OLIVEIRA, Maria I.R. *A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente*. Salvador, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1972. 87f. Tese dout.
 20. ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde reconhece o fracasso da Medicina Ocidental na América Latina. *Jornal do Brasil*. Rio de Janeiro, 26: 5, jun. 1978.
 21. PAIM, Lygia. *Questões e mitos acerca de modelos de assistência de Enfermagem*. Brasília, 1979. Trabalho apresentado no 34º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Ceará, ago. 1979.
 22. PEÑA, Juana L. da. *A Enfermeira de saúde pública: contribuição ao estudo de suas funções*. São Paulo, USP, Faculdade de Saúde Pública, 1971. 103f. Tese dout.
 23. REGENIN, Maria I.R. da. *Estudo das áreas de atuação da equipe de Enfermagem de Saúde Pública*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1979. 109f. Diss. maestr.
 24. SANTOS, Isabel. Participação da Enfermagem na satisfação de demanda nos serviços de saúde no nordeste. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 21(5): 351-67, out. 1968.

25. SOBREIRA, Nilza R. Marco conceitual de saúde comunitária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 32(4): 369-74, out./nov./dez. 1979.
26. SOUZA, Aparecida M.J. et alii. Levantamento de atividades do pessoal auxiliar de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 21(5): 442-56, out. 1968.
27. TAKEDA, Silvia et alii. *Estudo dos motivos de consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre*, Porto Alegre, Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1984. (texto não publicado).
28. VANZIN, Arlete S. *Avaliação do desempenho do pessoal de Enfermagem em ambulatório de um hospital de ensino*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1983. 123f. Diss. maestr.
29. WESHLER, I. et alii. Assessing operational effectiveness – the multi-relational sociometric survey. In: TANNEMBEAU, R. ed *Leadership and Organization*. New York, McGraw-Hill Books, 1961. p.10.

Endereço do Autor: Regina Rigatto Witt
Author's Address: Av. Protásio Alves, 297
90.000 – POA – RS