

# A Enfermagem de Saúde Pública como Prática Social

Um ponto de vista crítico sobre a formação da enfermeira em nível de graduação

Vilma de Carvalho

**RESUMO:** *O trabalho expressa um ponto de vista crítico sobre a enfermagem de saúde pública como prática social. É um estudo reduzido em três partes principais: um pouco de história da enfermagem moderna e da enfermagem de saúde pública; a enfermagem moderna no Brasil, contexto para a enfermagem de saúde pública; e uma discussão sobre saltos evolutivos e outras questões do modelo educacional da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A autora ressalta significados - marcos ou fronteiras - desse modelo de formar enfermeiras(os), numa visão de saúde pública e em que pese o papel da mulher na sociedade.*

## À GUIA DE INTRODUÇÃO

Esta é uma oportunidade impar em que me aventuro a fazer uma apreciação crítica sobre assuntos que envolvem a enfermagem de saúde pública.

A abordagem mais adequada poderia ser a de especialista em área restrita. Não é o meu tipo de abordagem. Como especialista de enfermagem, desejo antecipar minhas limitações. Mas, enquanto conferencista, também tenho possibilidades. O assunto envolve uma questão antiga e atual. E como sua relevância é indiscutível, sobretudo para a Escola de Enfermagem

Anna Nery (EEAN), só vejo razões para me haver com o tema. Fundada há mais de 70 anos, a EEAN, em seus primórdios, significou um momento decisivo na trajetória de Carlos Chagas, como Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e no contexto da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil.

Parafraseando Ieda Barreira e Castro (10), eu diria que, ao lado da enfermagem brasileira, a EEAN nasceu sob a égide da saúde pública. Só esse fato já constitui motivo para apostar na ousadia frente ao tema. E

como sou enfermeira e professora da EEAN, eu não pecaria por negligência. O ângulo de visão das coisas, o modo de pensar sobre a enfermagem, sobre a Escola e tudo que lhe interessa expressam a subjetividade profissional, outra face de minha natureza. Entendo, aliás, que é chegado o momento de buscar uma definição mais clara do meu trabalho.

Sem pretender justificar-me, tudo que sei sobre a enfermagem face ao tema é pouco. Farei uma análise crítica e tratarei de assuntos dos marcos ou fronteiras da formação da enfermeira, no interesse da saúde pública. Mas meu intuito não é o de resolver problemas. Apenas o de colocá-los. E afinal *qual é a abordagem de minha preferência na busca de explicar como percebo a enfermagem e tudo que lhe diz respeito?* Certa ocasião tentei explicar isso. Tenho dúvidas sobre o que posso alcançar agora. Contudo, não vejo como escapar de esclarecer minha posição. Conforme Howar S. Becker (6), posso ser antiquada, mas prefiro um modo artesanal de ciência, no qual cada pesquisador produz teorias e métodos necessários a seu trabalho. Devo admitir, não obstante com mais de 40 anos de experiência profissional, e com o modo de pensar sobre a enfermagem, não tenho ilusões quanto ao poder de convicção. Desejo deixar claro que percebo e abordo a enfermagem, numa dimensão de totalidade. Perceber, sentir e apreciar a enfermagem em razão de significativa e significado é muito importante para mim. Se falho na forma de interpretá-la ou de expressá-la no discurso, então que Deus me perdoe

quanto à obrigação de compartilhar o que me encanta e o que me espanta.

Depois de haver escrito à custa de “conjeturas” e de “reflexões” sobre esta profissão que aprendi a amar mais do que a conhecer, não pretendo pontificar a partir de razões inabaláveis. Tampouco pretendo defender uma posição fechada. Diante da enfermagem minha atitude é filossófica, de leveza e flexibilidade. Atitude aberta para uma enfermagem que, em sua globalidade, é consistente com o tempo histórico focalizado.

Entretanto, essa atitude - como no dizer de Italo Calvino (8) - “está associada à precisão e à determinação, nunca ao que é vago e aleatório”. Cumpre admitir que não pretendo uma demonstração rigorosa, baseada em referenciais estritos. E fique assentado que não tenho a intenção de fazer *tabula rasa* do conhecimento acumulado sobre o assunto.

Assim sendo, que minhas colocações sejam aceitas como a saída que encontrei para expressar o que penso sobre a enfermagem de saúde pública como prática social e o atual modelo da EEAN, quanto à formação da enfermeira numa visão de saúde pública e a partir do papel da mulher na sociedade.

Mas a idéia de abordar o assunto justifica-se. Tenha-se em consideração que, além de ter surgido no Brasil sob o paradigma do Sistema Nightngale, a EEAN, ao lado da enfermagem brasileira, desde seu início, assumiu o compromisso com a saúde de todos.

## DA ENFERMAGEM MODERNA E DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA: UM POUCO DE HISTÓRIA

Na segunda metade do século XIX, a medicina já alcançava importância no diagnóstico das doenças, no ensino e na pesquisa, quando, sob a visão de Florence Nightingale, nasce a enfermagem como reforma da assistência aos enfermos e como ajuda na saúde das pessoas e das famílias.

Na concepção da Sra. Nightingale (21), as novas enfermeiras deviam atuar sob impulso vocacional e dever moral. A elas competia o ensino de enfermagem, de princípios e preceitos de higiene e de cuidados à saúde. E deviam demonstrar-se pelo exemplo, atuando como missionárias da “mais bela das artes - a arte de enfermagem”.

É necessário, aqui, falar de dois acontecimentos relativos à história da enfermagem moderna. O primeiro cabe a William Rathbone, rico residente de Liverpool, que, sabendo do interesse de Florence Nightingale pela enfermagem domiciliar, consultou-a sobre a possibilidade de um serviço em que as enfermeiras pudessem cuidar dos doentes nos domicílios dos distritos. A Sra. Nightingale sugeriu uma nova Escola, onde seriam treinadas enfermeiras em enfermagem distrital e domiciliar.

Em 1862, o Sr. Rathbone fundou a nova Escola e contratou uma Enfermeira Nightingale para dirigi-la. Liverpool foi dividida em distritos com uma enfermeira dirigindo e supervisionando o trabalho de visitadoras. O Sr.

Rathbone acompanhou o trabalho das enfermeiras e as visitas aos domicílios.

O segundo acontecimento, no final do século XIX, com as transformações sociais e pressões de um mundo populoso, as enfermeiras Nightingale aprenderam a agir de forma organizada, para proteger direitos comuns. Surgem os movimentos de trabalhadores e os de mulheres que apelavam por “direitos iguais”, e sob tais influências, as enfermeiras discutem: a necessidade de agir em grupo, o ajustamento do Sistema Nightingale à prática em diferentes locais e a falta de base legal para a profissão.

Em 1887, foi criada a Associação Real de Enfermeiras Britânicas para organizar as associadas em torno de reivindicações pelo registro da profissão. Outro grupo se opôs ao “movimento do registro” e anulou os esforços pelo registro da enfermagem. A Sra. Nightingale apoiou a oposição porque, em sua concepção, a enfermagem era uma espécie de “chamado vocacional” e não deveria ser regulada por lei (17).

Em 1893, essas questões foram discutidas na Feira Mundial de Chicago, quando o “movimento feminista” começava sua luta. Enfermeiras inglesas e norte-americanas decidiram firmar o Sistema Nightingale com sua vertente vocacional, reconheceram e incorporaram a vertente associativa e assumiram, como terceira vertente, a filosofia feminista. Nos Estados Unidos e no Canadá, o Sistema Nightingale, além das divisões - enfermagem hospitalar, domi-

ciliar e distrital -, ganha sentido com essas três vertentes referidas.

No início do século XX, no primeiro Congresso Internacional de Enfermeiras (Buffalo/USA, em 1901), discutiu-se a enfermagem moderna e a condição da mulher na sociedade. Foi apresentado um relatório sobre a situação brasileira - com a carência de Escolas de Enfermagem e o fato do cuidado aos enfermos prestado por religiosas (16).

Pelo que interessa à enfermagem de saúde pública, nos Estados Unidos, e também às raízes do Sistema Nithingale, no Brasil, cabe registrar que, em 1918 e 1919, realizaram-se, em Nova York, duas conferências sobre o "status" da enfermeira de saúde pública e a educação da enfermeira em geral. A conclusão foi que não se podia tratar desses assuntos sem incluir a enfermagem hospitalar e a que se praticava nos domicílios.

Nos Estados Unidos, os interessados da área já sabiam do valor da enfermeira como instrutor sanitário. As duas conferências foram publicadas, em 1923, como um relatório de pesquisa (15), a primeira avaliação da enfermagem como empreendimento social. E "foi reconhecido que o problema da enfermagem e da educação em enfermagem devia ser tratado como preparo da enfermeira para o cuidado de enfermagem em qualquer situação e, principalmente, com relação à luta sanitária mundial.

Embora não seja possível analisar o relatório Goldmark, suas conclusões influenciaram a EEAN, em seu início, e o desenvolvimento da enfer-

magem brasileira. E vale assinalar que Ethel Parsons, enfermeira do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, envidou todos os esforços, em nosso país, por um modelo de ensino e de prática de enfermagem com parâmetros legais, padrões elevados e princípios doutrinários que fortaleciam a enfermagem moderna na realidade norte-americana.

#### A ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL: CONTEXTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

Em 1921, no bojo da reforma do DNSP entra em cena, no Brasil, o Sistema Nigthingale. Além da mística vocacional, o modelo traz as intenções associativas quanto à legalidade da profissão, as preocupações com o papel social da mulher enfermeira e os propósitos de cuidados não somente aos doentes e suas famílias, mas principalmente aos sadios.

Tudo, ou quase tudo, desta parte está no relatório de Ethel Parsons (22). A autora expressa-se sobre esse modelo destacado como de enfermagem de saúde pública. Afirma que foram os médicos do DNSP os primeiros a sentir necessidade de enfermeiras de saúde pública, para fazer uma ponte entre as Inspetorias e os domicílios, as quais tecnicamente habilitadas poderiam contribuir nos programas de saúde pública.

Carlos Chagas Filho (11) refere que o saneamento ambiental era precário e a falta de educação sobre saúde era um desafio. O sistema de

saúde pública apresentava-se em decadência e o desaparecimento dos mecanismos sanitários era preocupante. O então Distrito Federal carecia de medidas para liberar-se o Porto do Rio de Janeiro ao comércio internacional. E afirma: “o próprio Presidente da República chamou Carlos Chagas para dirigir o DNSP e liderar as reformas sanitárias de que necessitava o país. As reformas foram processadas com disciplina rígida quanto às demandas governamentais e às exigências de saúde pública em todo o Brasil”.

“Como medida provisória em face da falta de enfermeiras de saúde pública, - refere Edith Fraenkel (14) -, foi criado um grupo de visitadoras instruídas pelos médicos. Assumidas do desejo de servir, começaram essas moças, em janeiro de 1921, a exercer a vigilância em domicílios sobre casos de tuberculose. Mas, embora quisessem fazer muito, faltavam-lhes os conhecimentos de enfermagem, sendo o seu trabalho pouco produtivo”.

Carlos Chagas solicitou, então, o auxílio da Fundação Rockefeller para a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento, o qual foi estabelecido com base em diagnóstico de Ethel Parsons, que recomendou a criação de uma Escola de Enfermeiras (atual EEAN/UFRJ), que foi criada como disposto no Decreto nº 15.799/22, que também “aprova o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública”(7). Posteriormente, a Escola é regulamentada pelo Decreto nº 16.300/23 (7).

Como a preparação da enfermeira de saúde pública seria demorada (24), as providências imediatas foram para o Serviço de Enfermeiras. Clara Louise Kieninger (19) relata: “o trabalho no DNSP era quase sobre-humano para a Sra. Parsons e sua equipe de enfermeiras de saúde pública”. E como estivesse organizando um curso rápido para treinar atendentes para o Hospital São Francisco de Assis, para assegurar a abertura da Escola no ano seguinte, alguns ajustes foram introduzidos, mediante entendimentos com a Sra. Parsons. Esse programa foi ministrado, como “Curso de Emergência de Seis Meses para Visitadoras de Higiene”; além das atendentes do Hospital, “cerca de 40 visitadoras foram matriculadas, das quais 27 receberam certificado, sendo designadas para os distritos”.

As visitadoras de todas as Inspetorias haviam sido transferidas para o Serviço de Enfermeiras. A cidade fora dividida em zonas e essas em distritos. Na direção de cada zona, uma enfermeira-chefe norte-americana atuava, também, como instrutora das visitadoras. “O Serviço de Enfermeiras, no geral, era responsável pelo cuidado à saúde das famílias, fosse um pai tuberculoso, uma mãe grávida, um recém-nascido, um parente com doença transmissível, a visitação à criança de até 2 anos de idade”(22). Com a insistência dos Inspetores, ampliam-se as atividades nos distritos, e o curso de emergência foi repetido nos dois anos seguintes (1923 e 1924), mas com dez meses de duração e com noções de enfermagem básica e de saúde pública.

A partir de dezembro de 1926, as visitadoras foram substituídas por Enfermeiras diplomadas pela Escola, já denominada Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery (Decreto nº 17.286/26). No final de 1927, o Serviço de Enfermeiras ia aproximando-se do ideal e encaminhando-se para o que se podia entender por um Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública generalizado. Esse serviço devia culminar “com os cuidados de enfermagem a prestar e com a educação sanitária que, nunca, de maneira alguma, ultrapassa a linha de demarcação ética, nas atribuições com os médicos” (22). À enfermeira de saúde pública cumpria a responsabilidade pela vigilância e notificações, pelo cuidado aos doentes e às famílias, pelo ensino e orientação à comunidade.

A Missão Técnica durou de 1921 a 1931. Sobre a contribuição da Chefe dessa Missão, Anayde Corrêa de Carvalho registra em seu Documentário (9) que “de regresso a seu país, mais do que o idealismo dedicado ao Serviço de enfermeiras e o alto nível técnico emprestado à Escola Anna Nery, Ethel Parsons deixou-nos de herança conceitos que valem para a mística da enfermagem e valem para o senso de ética e responsabilidade para com todos os que permeiam o contexto das ações da enfermeira”.

Na EEAN, o “*Programa de Instrução*” - modelo educacional que consolidou, na sociedade brasileira, a implantação da carreira de enfermagem é, principalmente, de Ethel Parsons, portanto - modelo PARSONS.

Devemos a ela o apreço aos requisitos curriculares da formação da enfermeira. Sua preocupação com o futuro da Escola e da profissão de enfermeira, neste país, pode ser testemunhada em cada palavra que ela escreveu, ou que foi escrita sobre ela (2, 3, 4). Além disso, damos a devida consideração “ao zelo e esforço pessoal de Ethel Parsons em favor de regulamentos que já sedimentavam as bases para o Decreto nº 20.109/31, primeira lei do exercício da enfermagem” (1). Com essa lei, a Sra. Parsons cumpriu sua missão, e regressou a seu país com a consciência de haver contribuído para o desenvolvimento da enfermagem brasileira. Missão que, como contribuição ímpar das enfermeiras norte-americanas, passou para os arquivos da História da Enfermagem no Brasil.

#### O MODELO EDUCACIONAL DA EEAN/UFRJ: SALTOS EVOLUTIVOS E OUTRAS QUESTÕES

O atual modelo educacional da EEAN, quanto às competências e responsabilidades da enfermeira de saúde pública (ou da enfermeira em geral), tem como base os conceitos de Ethel Parsons (21), já referidos. Esses alimentaram, por mais de duas décadas, a “diplomação” das enfermeiras Anna Nery. Independentemente da importância dos mesmos, em nossos dias, eles comportam questões polêmicas. Embora não seja possível esgotar tais questões, importa-me focalizar duas que interferem com o atual modelo da EEAN.

A primeira questão comporta aspectos do fenômeno do conhecimento, interesse da enfermeira e dos termos substantivos e adjetivos de sua arte. De um lado, se os conceitos delineiam o âmbito dos cuidados a prestar, de outro, conformam ações do processo de trabalho, e se destacam mais como subsidiarismo dos cuidados de enfermagem às ordens médicas. Os dois aspectos implicam-se - intrínseca e extrinsecamente -, naquilo que se manifesta como a natureza da enfermagem, e consubstanciam-se no que se pode denominar de objetos - material e formal - do conhecer em enfermagem.

Esses dois aspectos interessam às teses e estudos pertinentes à arte da enfermeira, e também aos processos da educação e da assistência de enfermagem. Ambos afetam ao que-aprender e ao que-fazer, portanto, à liberdade de pensar e ser face aos cuidados a serem prestados e às várias formas do trabalho profissional.

O segundo aspecto - o do objeto formal -, (parece-me) tem tido predominância na preocupação dos profissionais da categoria. A razão parece óbvia: é o aspecto das formalidades instrumentais da atuação da enfermeira (e de sua equipe), abrangendo abordagens, métodos, técnicas do trabalho profissional. À simples leitura, esse aspecto ressalta-se como subordinação da enfermeira à hegemonia do poder médico que, pelas conseqüências adjetivas, acarreta implicações éticas e jurídicas para o processo de assistir, principalmente nas questões de sustentar a terapêu-

tica medicamentosa e de cumprir atos como delegação médica.

Deixando de lado as possibilidades epistemológicas da enfermagem, a idéia de subordinação das ações da enfermeira ao controle médico é bastante séria, quanto ao ensino e à assistência de enfermagem. E não há o que negar ou duvidar. É a própria Sra. Parsons (21) quem sublinha:

“(...) primeiro, e sempre, devem as enfermeira de saúde pública aprender que o seu dever é executar as ordens médicas, notificar ao médico, inteligentemente, os sintomas e condições encontradas, prestar cuidados aos doentes a domicílio e ensinar aos doentes e a suas famílias os princípios de prevenção das doenças e de uma vida sadia”.

Não pretendo dar razão ou não dar razão a Sra. Parsons. Sua opinião decorre de contingência histórica do Sistema Nigthingale e está ligada à subordinação do papel da mulher na sociedade. É um aspecto delicado da arte da enfermeira. A categoria profissional e a liderança associativa têm-se ocupado do estudo do subsidiarismo profissional. Penso que, se entendidas como subsidiarismo profissional, as ações da enfermeira desfavorecem o sentido da prática de saúde como totalidade, em vista de conceitos como o de trabalho coletivo em saúde.

Mas não se podem esquecer as contingências da formação da enfermeira no Brasil e o fato de a enfermagem ter-se construído até os anos 40, em um contexto de disciplina sanitária rígida e, como assevera Eugê-

nio Vilaça Mendes (20), do tipo campanhista, de poder centralizador, de inspiração militarista e ditatorial. Nos anos 50 e 60, as coisas mudaram. Ou seja: mudou o sistema de saúde pelas disposições previdenciárias e privilegiamento dos aspectos curativos em detrimento da saúde pública; e mudou pelos interesses pautados pela rentabilidade e lucratividade. Com a Lei nº 775/49, as ações de enfermagem enfatizam os cuidados hospitalares com a saúde pública em plano secundário.

Vale dizer que os campos da prática exigiam que a formação profissional se adequasse aos desempenhos típicos da organização hierarquizada e da divisão do trabalho, com um modelo curativo, especializado e de complexidade crescente. A importância da enfermeira, teoricamente ressaltada, não conseguiu neutralizar, na prática, o peso da hegemonia médica. As ações de enfermagem passaram a caracterizar-se mais como subordinadas, e interpretadas como ações paramédicas.

Essa questão da subordinação de um profissional a outro não deveria ser considerada, quando atuam na mesma área. A pergunta que se coloca é: "*quem não depende de quem?*" Os resultados do trabalho coletivo são compeendidos, mais facilmente, se as ações dos agentes puderem expressar-se e ser interpretadas ou como dependência interdisciplinar ou como interdependência disciplinar. E quando o pressuposto é a coerência com o trabalho coletivo, melhor se-

ria se esse assunto da relação entre profissionais fosse entendido como interdisciplinariedade.

A segunda questão diz respeito aos fundamentos do sistema de saúde. Em 1986, assistimos à 8ª Conferência Nacional de Saúde, e os princípios e conceitos de saúde foram reconsiderados e reformulados. Não pretendo analisar tudo o que resultou na Reforma Sanitária. Vale dizer que sua concepção não conseguiu viabilizar, na prática, a organização do novo Sistema de Saúde (SUS). As dificuldades são do domínio público. Os serviços de saúde não têm conseguido demonstrar a utilidade social desejada, e os cidadãos não têm tido acesso e equidade.

Os interessados e usuários demonstram insatisfação. Nos Distritos faltam condições de trabalho; faltam equipamentos, produtos para atividades assistenciais; faltam recursos humanos; e falta sustentação econômica. E faltam decisões políticas e consenso sobre termos e significados do modelo assistencial. A grande preocupação é com os fundamentos desse modelo. Do jeito que as coisas andam, quanto aos avanços do modelo médico-assistencial privativista, não se poderá atender ao discurso de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", e nem para onde irá a formação da enfermeira face aos termos desse modelo assistencial. Quanto ao modelo educacional, é preocupante a questão de se prepararem profissionais com base em conceitos epidemiológicos-sociais, quando os egressos terão que se

haver (sabe Deus por quanto tempo), com os desafios de um modelo assistencial clínico e de urgência. O processo pedagógico é desesperador - o discurso vai para um lado e a prática para o outro.

A partir dos anos 70 com a Reforma Universitária, a formação profissional sofreu consideráveis mudanças. A formação da enfermeira passou a atender ao Parecer/CFE nº 163/72 e à Resolução/CFE nº 04/72. Na EEAN, com a implantação do Curso de Mestrado (1972), outras mudanças efetivaram-se para articular melhor a Graduação e a Pós-Graduação (10). Em agosto de 1978, um novo currículo foi implantado, com mudanças tão radicais que precisamos de aprovação exclusiva (Parecer - CFE nº 57/83).

Ao longo de mais de dez anos, tenho interpretado os significados do currículo de novas metodologias. Desta vez, cabe-me destacar alguns conceitos que favorecem a aprendizagem inovadora. São os seguintes:

- A saúde é entendida como estilo de vida e um direito de cidadania - direito de todos.
- O direito à saúde implica o direito à assistência de enfermagem.
- A assistência de enfermagem é:
  - a produção de serviços da enfermagem como profissão da saúde.
  - a forma organizada de ajudar aos clientes da comunidade e de prestar cuidados nos desequilíbrios da saúde, nas condições de risco, nas situações de crise;

- o contexto principal da arte da enfermeira, parte integrante do processo de assistência à saúde.

— O processo de assistência à saúde inclui ações integradas dos trabalhadores da área e os cuidados da responsabilidade da enfermeira.

— As ações de enfermagem são “básicas” na assistência primária e “específicas” na assistência qualificada.

— A enfermagem é entendida como:

- ciência e arte de ajudar pessoas, grupos e coletividades, quando não capacitados a autocuidar-se para alcançar um nível ótimo de saúde;
- uma profissão de ajuda da área da saúde;

- um processo que compreende as situações de clientes, o diagnóstico e a consulta de enfermagem, o plano de intervenções e cuidados específicos, a avaliação, a pesquisa e a auditoria da assistência;

- um serviço organizado, orientado e dedicado ao bem-estar humano e como tal um empreendimento social.

— A enfermeira é entendida como fulcro de um sistema do qual emerge a prática total da enfermagem e tem responsabilidades de:

- participar do trabalho coletivo, coordenando as ações de enfermagem e prestando cuidados diretos em situações complexas ou no âmbito de funções privativas;
- demonstrar capacidade de assumir, interpretar e defender a posição que lhe cabe por direito;
- manifestar convicção quanto às instruções sobre saúde, aos procedimentos de enfermagem, à liderança de sua equipe, e ao dever

de compartilhar das lutas para assegurar acesso e equidade à saúde;

- evidenciar competências, para a melhoria da saúde individual e coletiva;

- atender às exigências da co-participação nos planos assistenciais e da atuação em nível de interdisciplinariedade;

- agir, moralmente, face às situações que envolvam crianças, adolescentes, adultos, gente de terceira idade, e a mulher por ocasião da procriação; doentes terminais e à morte; pessoas e famílias em condições de risco ou submetidas a preconceitos e estíguas; grupos padecentes de penúria; coletividades confinadas em instituições totais; marginalizados sociais, deficientes e carentes de toda sorte.

— Os cuidados de enfermagem são da responsabilidade primeira e última da enfermeira, independentemente da sua área especializada, e devem ser executados diretamente ou sob supervisão, mediante demonstração e pelo exemplo, e com significados de ajuda, empatia e solidariedade.

— As estratégias da enfermeira devem incluir:

- leveza e flexibilidade nas negociações relativas aos direitos dos interessados;

- abordagem emergente-evolucionária no trato de problemas e situações de enfermagem;

- crítica das questões colocadas, a pesquisa e a auditoria de enfermagem.

— A auditoria de enfermagem processa-se e conforma-se de modo a demonstrar e avaliar a assistência prestada em termos de qualidade e não apenas com qualidade.

Esses conceitos dão uma idéia geral das “*fronteiras*” do que-aprender e do que-fazer, principalmente quando confrontados com os conceitos da Sra. Parsons e com as oportunidades favoráveis a uma aprendizagem viva. O “trabalho na comunidade” facilita o aprender-o-que-fazer, em que pese a seleção dos campos de prática. No caso do atual currículo, essa seleção é leve e flexível, porquanto a comunidade é entendida como contexto que abrange as pessoas, os grupos, as coletividades, e os locais diversificados da prática. Se as coisas da enfermagem podem ser percebidas em termos de visão grande, então, no exemplo da enfermagem de saúde pública como prática social, qualquer local onde possam ser encontrados os clientes dos Programas de Assistência Integral à Saúde (do Adulto, da Mulher, da Criança, do Adolescente, do Trabalhador, do Idoso) serve de oportunidade para o trabalho na comunidade.

E, tal como entendo, as coisas que interessam à prática da enfermagem de saúde pública melhor seriam compreendidas se a comunidade, *em si e por si*, fosse assumida como cliente, não apenas como contexto operativo. Mas isto é uma outra história.

## A TÍTULO DE CONCLUSÃO

Pelo exposto, três considerações são necessárias a fim de esclarecer minha posição quanto ao tema. Vejamos estas.

Sobre a enfermagem de saúde pública como prática social.

Quando o pressuposto é a coerência do assunto em causa, esse deve ser entendido quanto à ordem, às conexões e à harmonia. Na compreensão dos termos, interessa também sua compatibilidade, em geral e em particular. No caso da enfermagem de saúde pública, a compatibilidade primeira é com a saúde e a enfermagem mesma. Em segundo lugar, interessa a razão de seus atributos como prática com o público.

No caso da saúde pública, que implica uma dimensão de globalidade, não há como se escapar da necessidade de coerência, e na medida exata da compreensão do significado de “*nós*”. Com base no princípio da compatibilidade, a enfermagem de saúde pública como prática social vale *em si*, quando entendida nos termos da saúde de todos. Portanto, quando capaz de abarcar todas, ou quase todas, as notas distintivas da natureza da enfermagem. Mas essa forma “especial” de enfermagem vale *por si*, quando calcada na necessidade de se haver com doentes e sãos. À maneira de Ethel Parsons, cumpro-me afirmar que essa forma de atuação corresponde plenamente aos atributos da arte da enfermeira. O saber e o agir profissionais, tomados no sentido *lato* ou

*stricto*, não devem ser subentendidos como divisores de águas entre o que se faz pelos doentes e o que se faz pelos sãos. A própria Florence Nightingale (21) diz que os princípios e noções fundamentais da enfermagem não são privativos, e devem ser compartilhados com todos.

Nesse particular, com as dificuldades de se entender “*quem é o cliente?*” e “*quem é o parceiro?*”, a cada dia o trabalho da enfermeira vai se reduzindo mais aos termos da “ação administrativa-gerencial-burocratizada”. Em que pese a enfermagem de saúde pública como prática social, a expressão “*todos nós*” implica trabalhadores da saúde e clientes em geral. Os clientes, sem distinções e sem exclusões, podem ser encontrados: nos Distritos Sanitários; nos Hospitais semi-abertos, com serviços de pacientes externos e projetos especiais de extensão comunitária; nas instituições totais (asilos, prisões, hospícios, quartéis) e nas custodiais ou de proteção social; nas fábricas, empresas, canteiros de obras; nas escolas e creches; nas igrejas e nos clubes; nas favelas; nos logradouros de prostitutas, mendigos, desabrigados, gente “*sem teto*” e “*sem terra*”; enfim nas comunidades centrais e periféricas, onde vivem os mais ricos e os mais pobres.

Urge considerar que a enfermeira de saúde pública deve estar ciente sobre sua forma “*especial*” de atuar, que corresponde a uma “*prática total*”, que abrange a multiplicidade dos fenômenos, na totalidade do real, e nunca a plano

estreitado de um canteiro “*privado*”. Nesse sentido, estou convicta, e louvo-me em Ethel Parsons, quanto à enfermagem de saúde pública como prática social ser a expressão mais completa da arte da enfermeira.

*Alguns significados - marcos ou fronteiras - da formação de profissionais de enfermagem numa visão de saúde pública*

Quanto à prática da enfermagem, comprometida com a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendo que algumas providências precisam ser tomadas. Penso que a aprendizagem essencial à formação da enfermeira deve se efetuar, primeiro quanto aos clientes (“*quem são eles?*”) e, depois, quanto aos locais em que eles se encontram (“*onde estão?*”). Razão porque sempre me detive, primordialmente, com preocupações sobre as mentalidades capazes de tornar viáveis as mudanças. Mas “para lidar com mudanças tão velozes que arremetem o futuro para dentro de nossas vidas, não há receitas, a regra é aprender a mudar na urgência das mudanças”, diz Alvin Toffler (23).

Voltando aos conceitos do currículo de novas metodologias, a perspectiva mais salutar é a de que eles servem não só à lógica do cuidar, mas à compreensão dos desafios da posição da enfermeira como profissional de saúde. Mas devo admitir que a obsolescência conceitual é um limite. Os conceitos, em tempo de futuro, serão reformulados, sobretudo sob o ritmo de outras mudanças. O mais desejável é que os estudantes de enfermagem aprendam a cadenciar seus pas-

sos com as mudanças, e a despeito delas, e contanto que possam formar-se para atuar como “*empreendedores de mudanças*” e como “*parceiros*” nos programas e projetos de saúde.

Gostaria de chamar a atenção para a questão de formar profissionais de enfermagem que não se esgota em pensar-se a realidade hoje. Neste final de século, de milênio, esta questão implica o amanhã. No futuro, a aprendizagem será, mais do que ontem, uma habilidade de que todos necessitarão - a meta será ensinar a raciocinar e a aprender. E como as questões do futuro são imprevisíveis, precisamos contar com profissionais que saibam raciocinar fora de suas áreas de especialização (13). Quanto à arte da enfermeira, precisamos resgatar a aprendizagem de ações básicas de enfermagem, as quais, no futuro, terão seu valor confrontado com os direitos dos clientes e com os termos dos computadores. Quanto a essas ações, certamente transcenderão o tempo e o espaço pelos significados de sua adequação à qualidade da vida.

#### A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM BASE NO PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE.

O aspecto polêmico de formar enfermeiras, com base no papel da mulher na sociedade, tem sua relevância. Parece uma questão antiquada - esta da “*marca feminina da profissão de enfermeira!*” Mas não é, e penso que não se pode perder, no turbilhão de mudanças, a tonalidade fe-

minina da enfermagem. Mas que fique assentado que a minha idéia não é excludente quanto aos direitos masculinos. Apenas a de advogar em favor da marca feminina da profissão.

Não obstante estejamos há mais de vinte anos por conta do apelo mundial de nova ordem, com justiça e igualdade para todos, a sociedade humana *prima facie* continua espelhando contra-sensos e desigualdades. As lutas das mulheres têm primado pelas reivindicações por direitos: de ser, de haver e de existir na sociedade. Atualmente, com o estatuto da mulher, as lutas são dirigidas em torno da especificidade da condição feminina e da diferença mesma. E a bandeira de lutas inclui a liberação humana e o questionamento radical às várias formas de opressão e constrangimento social.

Não desejo me aprofundar nesta questão. Mas gostaria de focalizar o aspecto da profissionalização da mulher, principalmente da mulher enfermeira. Na área da saúde, os desafios se referem à discriminação enquanto mulher e à questão do subsidiarismo profissional. Além das características da arte de cuidar, talvez o principal "*complicandum*" seja o fato de a profissão ser constituída, predominantemente, por mulheres (mais de 90% da força de trabalho). Mesmo os elementos masculinos sofrem discriminações e preconceitos. Já existem teses (1) que são libelos contra os "*estereótipos*" e os "*clichês*" acadêmicos. Particularmente quanto à área da saúde e à relevância da educação universitária,

toda forma de oposição à mulher e à condição feminina é antiprofissional, antipedagógica, antiacadêmica, antidemocrática.

Há muito mais por detrás da profissionalização da mulher. Apesar disso, as mulheres estão encontrando, em si mesmas, a força e os meios para agir, para obter sucesso, para se transformarem e transformarem o mundo. Não fosse pelas razões anteriores, eu colocaria minha convicção de que a condição feminina é, particularmente, peculiar à arte da enfermeira. Uns têm-na mais, outros têm-na menos. Prefiro pensar que as mulheres têm-na mais. E louvo-me nas palavras de Florence Nightingale (vide Prefácio de suas "NOTAS"), quando ela diz:

"todas as mulheres, ou pelo menos quase todas, (...) assumem em algum período de sua vida a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou inválido - o que significa que todas exercem a enfermagem. (...), o conhecimento de enfermagem, isto é, saber o que deve ser feito (...) para as pessoas, em condições tais, que não contraíam doenças ou que possam recuperar-se de qualquer agravo à saúde, é o que cada pessoa deve ter".

No interesse da formação da enfermeira de saúde pública, chamo a atenção para um dos princípios nightingalianos - "*esperança e conselhos*". Quem pode melhor administrar esse princípio? Para mim, que fale o lado feminino da profissão. Mas essa condição é peculiar na medida exata de sua ambigüidade. De

um lado, expressa a proteção generosa e responsável da “mulher de espírito materno bem desenvolvido” - de que nos fala Ethel Parsons (22). De outro, essa é também a atitude da trabalhadora que sabe enfrentar as dificuldades de várias frentes de serviço e é, ainda, a atitude da guerreira que sabe assumir, interpretar e defender a posição que lhe cabe por direito.

Todos nós precisamos cultivar essa atitude atenciosa, generosa, cuidadosa - espécie de “sexto sentido maior que a razão” (Roberto de Carvalho e Rita “Lee” Jones - “Cor de rosa choque”). Precisamos dessa atitude à cabeceira do leito, na consulta de enfermagem, no trabalho na comunidade. E precisamos, mais ainda no exercício da cidadania e nas lutas pela saúde dos que caem sob a responsabilidade social da enfermeira. Acredito que o modelo da “*parceria*” entre mulheres e homens vai ajudar a superar os desafios das mudanças. Entretanto, as enfermeiras precisam não de submeter-se subsidiariamente à tutela masculina - sejam os homens de dentro ou de fora da profissão -, mas de partilhar e compartilhar com todos, no âmbito da prática, o espírito da força interior, a intuição rica de sabedoria, o amor feminino pleno de empatia e de solidariedade, e que são a fonte de seu poder.

Parafraseando Clara Louise Kieninger (18), o importante é compreender que uma imaginação viva é capaz de abrir as portas à profissão. O mais importante, porém, é assumir o espírito da enfermagem

como prática social, com a larga extensão de sua utilidade, no trabalho institucionalizado ou a céu aberto. E que a enfermagem seja assumida, numa visão de abrangência total, e com “o trabalho inclinado para a prática social que representa o verdadeiro segredo de uma vida feliz”.

Mais uma palavra para acrescentar que, neste século XX, começou o equilíbrio entre os dois lados da natureza humana. Acredito que precisamos de lucidez para “*negociar a parceria*”, para reconstruir a realidade que interessa ao cultivo e à expressão da “arte da enfermagem - a mais bela das artes”.

Cabe registrar, por último, uma fronteira para colocar a opinião e concluir mesmo que não seja por completo. Eu, afinal, não me dou bem com conclusões. Será porque não aceito bem a idéia do ponto final? Seja como for, à maneira de Ethel Parsons (22), entendo que os conceitos e princípios que nos orientam, no plano das alternativas, devem ser assumidos como “regras de conduta” e devem servir à compreensão do “ideal de dar aos doentes o máximo conforto e aos sãos a proteção contra as doenças”. Donde, retornando ao propósito de me haver com o tema, a pergunta que se coloca é:

Em que sentido a enfermagem de saúde pública pode ser entendida como prática social?

(Será o da arte?)



## Referências Bibliográficas

- 1 - ALCANTARA, Gleite de - *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculo à sua expansão na sociedade brasileira*. São Paulo: EE/USP, 1963. Tese (Concurso de CATEDRA) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1963.
- 2 - ANAIS DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro. ano 4, n.4, p. 227-230, dez. 1953. Discurso em memória de Ethel Parsons por Manuel José Ferreira.
- 3 - ANNAES DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro, v.2, n. 3, p.38 - 44, abr. 1934. Seção: Notas Sociais.
- 4 - ANNAES DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p.7 - 36, mai. 1932. Seções: Homenagens e Perfis.
- 5 - BAPTISTA, Suely de Souza. *O avesso da convivência - O estudante de enfermagem no ciclo básico*. Rio de Janeiro: UERJ, 1987. Tese ( Livre Docência) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1987.
- 6 - BECKER, Howard S. - *Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo SP: HUCITEC, 1993.
- 7 - BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviço Especial de saúde Pública. *Enfermagem: Legislação e Assuntos Correlatos*. 3. ed. Rio de Janeiro: SESP, 1974. 3 v, v 1
- 8 - CALVINO, Ítalo - *Seis propostas para o próximo milênio*. São Paulo SP: Companhia de Letras, 1990.
- 9 - CARVALHO, Anayde Corrêa de. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926/1976. - Documentário*. Brasília: (Folha Carioca), 1976.
- 10 - CARVALHO, Vilma de e CASTRO, Ieda Barreira e - Das Pontes Necessárias à Articulação da Graduação com a Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - uma crítica da situação vigente: conjecturas e proposições. in UMA DÉCADA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: 1972/1982. Rio de Janeiro RJ: UFRJ, 1988. Seminário de Avaliação do Curso de Mestrado, 1983.
- 11 - CASTRO, Ieda Barreira e. *Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado*. Rio de Janeiro RJ: UFRJ, 1977. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- 12 - CHAGAS FILHO, Carlos - *Meu Pai*. Rio de Janeiro RJ: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 1993.
- 13 - CLARKE, Arthur C. - *Um dia na vida do século XXI*. Rio de Janeiro RJ: Nova Fronteira, 1989. Cap.III, p. 39 - 60.
- 14 - FRAENKEL, Edith - Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 14-17, abr. 1994; v.5, n.5, p. 6-10, out. 1934.
- 15 - GOLDMARK, Josephine - *Nursing and nursing education in the United States..New York: Macmillan, 1923. Report of a Survey.*
- 16 - JACKSON, Jane A. *Nursing in Brazil..The American Journal of Nursing nº1, 1901. Report to the International Council of Nurses, 1901. Foreign department in charge of lavinha L. Dock.*
- 17 - JAMIESON, Elizabeth M., SEWALL, Mary F., SUHRIE, Eleanor B. *Trends in nursing history*. Philadelphia: W.B.Company, 1969.
- 18 - KIENINGER, Clara Louise - *As Alumnas da Classe de 1925*. In: ASPIONEIRAS, Rio de Janeiro: Escola de Enfermeiras/DNSP, 1925 Edição das Autoras/Classe de 1925.
- 19 - KIENINGER, Clara Louise - *Ich Dien*. Compilado e editado por Elizabeth Clare Prophet. Colorado: Summit Unirversity Press, 1975. Relato autobiográfico.
- 20 - MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.) *Distrito Sanitário: o Processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro RJ: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- 21 - NIGHTINGALE, Florence - *Notes of nursing: what it is , and what it is not*. London: Duckworth, 1970;  
——— *Notas Sobre Enfermagem: o que é, e o que não é*. Tradução de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo SP: Cortez, 1989.
- 22 - PARSONS, Ethel - *A Enfermagem moderna no brasil*. In: *ARCHIVOS DE HYGIENE: Exposições e Relatórios*. Rio de Janeiro: DNSP, 1928.  
——— *Modern nursing in Brazil*. *The American Journal of Nursing*, v.26, n.6, jun. 1927.
- 23 - TOFFLER, Alvin - *Aprendendo para o futuro*. Rio de Janeiro: Artenova, 1977.

24 - *Nota do Autor:* O Curso para a primeira turma - Classe de 1925 - teve a duração de 2 anos e 4 meses, menos do que se preconizava nos EEUU, e em razão da insuficiência de Instrutoras e da solicitação dos Inspetores, ansiosos pela colaboração de enfermeiras tecnicamente habilitadas. Em 1926, o Curso foi prolongado para 2 anos e 8 meses. E, em 1928, foi aumentado para 3 anos com acréscimo de novas disciplinas e mais experiências de enfermagem hospitalar e de saúde pública.

A AUTORA

Vilma de Carvalho - Conferência/Concurso de Professor Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública - EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, 21 a 23 de março de 1994.