

coleção primeiros
passos
277

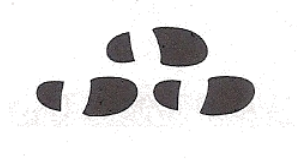


Maria José de Lima

O QUE É ENFERMAGEM

editora brasiliense

coleção  primeiros
passos  277



Maria José de Lima

**O QUE É
ENFERMAGEM**

editora brasiliense

Copyright © by Maria José de Lima
Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada,
armazenada em sistemas eletrônicos, fotocopiada,
reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer
sem autorização prévia da editora.

1ª edição, 1993

3ª edição, 2005

1ª reimpressão, 2005

Coordenação editorial: *Célia Rogalski*

Preparação: *Rita Narciso Kawamata*

Revisão: *Beatriz de Cássia Mendes e Luiz Ribeiro*

Editoração: *Marina S. Lo Schiavo e Patrícia Rocha*

Capa: *Emílio Damiani*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Lima, Maria José de

O que é enfermagem / Maria José de Lima. --
São Paulo : Brasiliense, 2005. - - (Coleção
primeiros passos ; 277)

1ª reimpr. da 3ª ed. de 2005.

ISBN 85-11-01277-X

1. Enfermagem I. Título. II. Série.

05-6441

CDD-610.73

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem : Ciências médicas 610.73

editora brasiliense s.a.

Rua Airi, 22 - Tatuapé - CEP 03310-010 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (0xx11) 6198-1488

www.editorabrasiliense.com.br

livraria brasiliense s.a.

Rua Emília Marengo, 216 - Tatuapé - CEP 03336-000 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (0xx11) 6675-0188

livrariasbrasiliense@editorabrasiliense.com.br



SUMÁRIO

Motivos da atualização e histórico	7
Introdução	11
Um pouco de história da Idade Média aos nossos dias.....	16
O que é enfermagem	26
Principais leis do exercício profissional, órgãos de classe e publicações.....	51
Dimensões culturais.....	61
Avanços Profissionais	105
Museus, símbolos e comemorações	109
Notas complementares sobre Florence Nightingale e Ana Néri	112
Indicações para leitura.....	118
Sobre a autora	123



MOTIVOS DA ATUALIZAÇÃO E HISTÓRICO

No tempo e no espaço de uma década, desde a primeira edição deste livro (1993), surgiram muitos estudos sobre enfermagem, o que evidenciou a necessidade de atualizá-lo. Neste momento de transição da segunda para a terceira edição, quero compartilhar com o público alguns fatos que pontuaram sua trajetória.

Em fins de 1992 Danda Prado, presidenta da Editora Brasiliense, convidou-me a escrever este livro. Depois de várias discussões acerca da repercussão do convite, decidi enfrentar essa responsabilidade.

Quando o livro ficou pronto, foi apresentado ao público do Rio de Janeiro, na Livraria Dazibao, localizada no Paço Imperial, em 14 de outubro de 1993.

Durante o lançamento foram dramatizadas duas performances sobre cuidados de enfermagem. Uma delas, dirigida por Marlene Ariello, representou o atendimento de uma criança cigana submetida a uma intervenção cirúrgica, que foi salva **(p.7)** pelos cuidados excepcionais da enfermeira Jussara Sauthier. A outra performance, dirigida por Cecília Kátia Limaverde Pessoa, baseou-se em uma entrevista concedida pelo cineasta Federico Fellini após uma alta hospitalar, na qual admitiu ter sido salvo pela atuação ímpar da enfermeira Dora.

As representações tocaram muito a grande platéia que compareceu ao lançamento.

O livro foi divulgado para o público nacional no dia 21 do mesmo mês, no programa “Sem Censura”; da TVE, coordenado pela jornalista Lúcia Leme.

Seguiram-se lançamentos em Fortaleza no dia 27, na Escola de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - articulado pelas enfermeiras Maria Dalva Santos Alves e Maria Vilani C. Guedes, e que Rosane Costa Nóbrega dirigiu uma performance baseada no conteúdo do próprio livro; em 26 de novembro, em Maceió, com o apoio da vice-prefeita Heloisa Helena Lima Moraes; no dia 29 do mesmo mês, no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) e no Espaço Cultural Livro Sete, em Recife; em 7 de dezembro, em João Pessoa, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), articulado pela feminista Gilberta Soares Silva; em 11 de maio de 1994, em Campinas, na Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); em 12 de maio, em Belém, promovido pelo Conselho Regional de Enfermagem do Pará (Coren-PA); em 24 de junho, em Curitiba, promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR); em 3 de agosto, em Feira de Santana, promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana **(p.8)** (UEFS); no dia 17 do mesmo mês, em Salvador, no X Encontro de Enfermagem do Nordeste (Enfnordeste), resultado de uma articulação de Valdete Santos Botelho

No decorrer da década de 1990 frequentemente eu ouvia das(dos) profissionais de enfermagem elogios pelo trabalho, porém sempre complementados por ressalvas, observações no sentido de que faltava alguma coisa. Eu as ouvia e pedia que me fossem encaminhadas para subsidiar o trabalho de revisão.

Dessas contribuições, destacam-se a de Clesne Maria Silveira, do Coren-MG; a de Paulo Oliveira Perna, da Escola de Enfermagem da UFPR e a de Iraci Santos, da Universidade do, Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A visibilidade deste livro foi conseguida em parte pelo meu esforço pessoal; da Editora Brasiliense e de muitas enfermeiras que colocaram energia na sua divulgação.

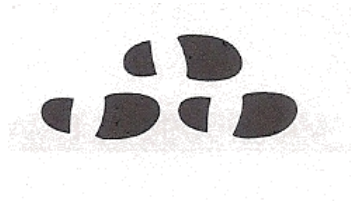
As idéias deste livro também motivaram alguns desdobramentos dignos de nota, como o convite que me foi feito por Maria Cecília Cordeiro Pedro, no início de 1994, para proferir a aula inaugural do ano letivo na Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), instituição da qual ela era diretora, sobre o tema “Pensar em Saúde é pensar em Enfermagem”. O texto foi imediatamente publicado na Revista Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UERJ, pela editora Iraci Santos, com base no desdobramento do conceito de enfermagem adotado neste livro.

Recentemente, a enfermeira Lúcia H. R. Costa - da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), em Minas Gerais- e o enfermeiro Joel Rolin Mancina **(p.9)** - diretor de Publicações e Comunicação Social: da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - agendaram comigo uma série de entrevistas destinadas a um livro que pretendem, publicar, tomando como base a influência exercida pelas idéias deste livro no imaginário dos profissionais da área.

Entre, outras alterações, excluí os capítulos “Mercado de trabalho” e “À guisa de conclusão: expectativas e Classe”, com a finalidade de obter espaço para incorporar as sugestões que recebi, relativas ao capítulo “Dimensões culturais”, presente no livro.

Essa revisão tornou as edições anteriores obsoletas. Sugiro a quem adquirir esta nova edição, revista e atualizada, que a divulgue em todos os espaços profissionais e sociais em que as, pessoas tenham interesse em entrarem contato com um a visão não convencional do que é enfermagem.

A autora agradece. **(p.10)**



INTRODUÇÃO

Este livro tem por objetivo fomentar o diálogo entre os setores da sociedade que se interessam por entender, o que é enfermagem para além dos limites ditados pelas instituições. Uma de suas metas é introduzir na sociedade idéias que criem um espaço de intercâmbio no qual leitores e leitoras possam confrontar, critica e refletidamente, seu conteúdo com outras formas de divulgação conhecidas. Prevalece a intenção de transmitir novas visões, sem as impor. Em síntese, contribuir para tornar possível a reflexão sobre o assunto envolvendo opiniões diferentes, e atrair a atenção das pessoas interessadas em entender o que é enfermagem e que possam ajudar a transmitir essas fundamentações a outros. Quer também ser interlocutor acessível para aqueles que sê interessam por aprofundar seus conhecimentos sobre essa profissão tão complexa, já que até hoje as(os) profissionais da Academia não formularam nem responderam algumas questões, que permanecem soltas no ar. **(p.11)**

Chegou o tempo de a enfermagem acadêmica sair de sua confortável cápsula de assepsia e neutralidade, de poucas problematizações em relação ao passado e ao presente, para se dirigir a toda a sociedade. Ela deve ampliar seus limites para além das salas de aula e dos ambientes terapêuticos, e conquistar outros espaços, como o dos meios de comunicação, obrigando-se a negociar, articular e brigar para se fazer compreender em sua complexidade e ser aceita por todos.

Neste ensaio, a produção científica tem a mesma importância que a relação sensorial criativa, porque ele se ocupa de uma enfermagem entendida: como a arte do fazer imediato. Explicando melhor, trataremos de um campo de conhecimento que resolve problemas de conforto e cura do corpo e de satisfação das

necessidades básicas provenientes. Do metabolismo individual e coletivo - tais como as questões referentes ao meio ambiente, higiene, alimentação, lazer -, no mesmo plano do atendimento às necessidades espirituais. Portanto, a enfermagem deve ser compreendida como a arte de pessoas que convivem entre si e que se ocupam de cuidar de outras. É uma profissão dinâmica, sujeita a transformações, que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, porque seu princípio ético, é o de continuamente manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida. A vida sob a perspectiva da enfermagem consiste em fios que se entrelaçam, se ligam uns aos outros; em nós que se desatam, que se desenlaçam, e que muitas vezes se cortam. Lidar com a vida humana é um assunto sumamente delicado, que requer muito talento, imaginação e esforço. **(p.12)**

O corpo vivo ,é para nós a referência imediata de que uma criatura existe enquanto indivíduo. No cotidiano, lidamos com gente que nos chega acometida de enfermidades de vários tipos - violências, carências e misérias -, o que é bem diferente da imagem mitológica do corpo divulgada pela mídia quase sempre harmonioso e perfeito. A solidariedade profissional é estendida tanto às pessoas saudas, atendidas na área de prevenção das doenças, quanto às deformadas, fragilizadas, fracas, confusas, e em condições até repugnantes, encontradas principalmente entre os(as) clientes dos serviços de emergência.

A enfermagem como ciência procede na prática de acordo com um modelo interativo, convivendo com o inacabado com a multifinalidade, com as diferenças, com a ambiguidade, a incerteza e a morte. Isso leva as equipes de enfermagem a manter relações interativas com a clientela, anda que existam equipes alienadas, que mantêm relações de dominação sobre os doentes. Portanto, os atos de enfermagem são acontecimentos que requerem esmerada preparação, constituídos por talento, conhecimento, esforço, competência e imaginação. Esses atos acontecem em um tempo imediato, justo, real, previsto e, em algumas situações, revisto, só se esgotando quando atingem sua significação - por exemplo, poder observar o alívio e o bem-estar de uma pessoa que tem uma ferida tratada ou o prazer e o conforto de um paciente que recebeu um cuidado corporal.

Na nossa visão, o exercício profissional se pauta por uma comunicação ativa entre as partes envolvidas, dispensando hierarquias e grandes formalidades, com a cooperação **(p.13)** mútua de todos. O(a) profissional deve estar preparado(a) para realizar gestos e transferências de gestos do seu corpo para o da pessoa sob

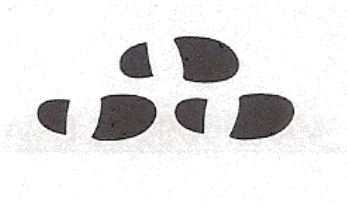
seus cuidados ajustando-se a cada situação físico-emocional com liberdade, equilíbrio e expressividade, detectando o momento de ser ágil, sólido, preciso, calmo, envolvente, pacífico ou apaziguante. Quem exerce a enfermagem tende a evidenciar em seu corpo uma musculatura forte, forjada pelo labor árduo, em contraposição à suavidade presente em seus atos. Logo, a preocupação com a plasticidade do corpo do pessoal de enfermagem deve fazer parte da formação profissional nos três níveis de ensino universitário, técnico e auxiliar -, em razão de sua preparação para servir a fins coletivos, cuidando de outros corpos sem abandonar sua peculiar higidez e humanidade.

O exercício profissional apresenta uma perspectiva política. Por isso, ao abordar com a clientela questões referentes a gênero, poder, raça, classe, preferência sexual e religião, os(as) componentes da equipe de enfermagem devem evitar o erro de desenvolver suas ações sem verificar qual o peso material e psicológico que incide sobre as diferenças pessoais, e como essas peculiaridades afetam a vida cotidiana.

Uma reflexão deve ser feita sobre o fato de as equipes de enfermagem possuírem uma visão geral dos doentes sob sua responsabilidade sem que esses doentes detenham qualquer conhecimento sobre o perfil humano das equipes.

A existência desse saber diferencial constitui uma forma de poder que deve ser discutida com aqueles(as) de quem cuidamos -, e que estão, na maioria dos casos impossibilitados de coordenar as atividades, de uma vida ativa, quer **(p.14)** sejam atividades decorrentes do próprio metabolismo individual, quer sejam as de trabalho de rotina ou de criação. Portanto, o(a) enfermeiro(a) deve estar aberto(a) para dialogar com cada cliente sobre os enfoques teóricos e práticos de suas ações, reconhecendo que ele tem o direito de dizer com quais atos de enfermagem concorda e vai colaborar.

Essa percepção dos atos de enfermagem pretende avançar além das estruturas culturais e científicas tradicionais, tateando algo adiante do conhecido; indo ao encontro do novo; denunciando a opressão que sofre o corpo-objeto, nos ambientes terapêuticos, como mercadoria codificada; alavancando o reconhecimento do discurso do corpo-sujeito; questionando o jogo das relações de submissão presentes nos setores da saúde. Na essência os atos de enfermagem buscam a síntese entre arte e ciência, filosofia e técnica; entre o social e o natural, em seu sentido mais humano. **(p.15)**



UM POUCO DE HISTÓRIA: DA IDADE MÉDIA AOS NOSSOS DIAS

As mulheres enfermeiras sempre existiram, desde, tempos imemoriais circulando de casa em casa, de cidade, em cidade; cuidando de outras mulheres, crianças, idosos, enfermos, deficientes e pobres. Esses cuidados de enfermagem incluíam partos, assistência aos recém-nascidos, ensino de higiene, realização de curativos e oferecimento de apoio, entre outras atividades.

Os saberes relacionados ao ato de cuidar eram passados de mãe para filha, de geração para geração, de comunidade para comunidade. Essas mulheres eram identificadas como sábias pelo povo, e como feiticeiras ou charlatãs pelas autoridades. Ao tratar das pessoas desenvolveram grandes conhecimentos ligados aos ossos e músculos, a ervas e drogas. Sua influência era tão forte que Paracelso, considerado o pai da medicina moderna, admitia ter aprofundado seus estudos de farmacologia baseado no conhecimento adquirido com elas. **(p.16)**

No meio urbano, as mulheres que cuidavam da saúde da população eram alfabetizadas e tinham confiança na sua capacidade de enfrentar as doenças, a gravidez, o nascimento e a morte; Suas atitudes não eram religiosas nem passivas. Eram investigadoras ativas, e sua magia constituía a ciência da época.

Aos olhos da Igreja, o poder das mulheres que curavam decorria de sua sexualidade. Como tudo o que poderia parecer sexual, esses poderes eram condenados como algo que provinha do diabo. Assim foram acusadas nos processos de feitiçaria, de cometer crimes sexuais contra os homens, de serem organizadas e, por fim, de possuírem poderes mágicos que afetavam a saúde

podendo tanto prejudicar quanto curar. Eram acusadas especificamente de possuir talento médico e obstétrico.

No século XIII, os Estados, junto com as Igrejas Católica e Protestante, e contando com o apoio das classes dominantes, decidiu retirar da vida pública de várias cidades européias as pessoas que se ocupavam da saúde da população.

Esse movimento de extermínio de mulheres – e de alguns homens -, que durou quatro séculos (do XIV ao VII), está associado a grandes mudanças sociais ocorridas na Europa, que abalaram o feudalismo em seus fundamentos: conspirações e movimentos de massa no meio rural, o início do capitalismo e o fortalecimento do protestantismo.

Foi um período que marcou a desapropriação do poder e do conhecimento que as mulheres detinham em relação à saúde e a seus corpos. Os processos de assistência à saúde e à doença foram progressivamente tecnicizados e medicalizados, **(p.17)** e o conhecimento e o poder passaram das mãos das mulheres para os técnicos e especialistas.

Apesar disso, vale a pena lançar um olhar sobre as parteiras da época. Elas haviam conquistado um espaço garantido na sociedade, que pode ser avaliado pela definição dada pelo tratado de Soranus *De mulierum passionibus* ao seu papel: “Parteira é toda mulher que examina as mulheres, instruída e perita na arte de tratar com eficiência, de tal maneira que, é capaz de curar-lhes todas as doenças”.

O desprestígio das parteiras teve início no fim do século XI, com o fortalecimento da Igreja Católica, que na época se tornou proprietária de um terço das terras da Europa Ocidental ocorreu a revolução gregoriana do direito canônico, que impôs o celibato aos clérigos a fim de garantir que as posses dos religiosos permanecessem no âmbito da Igreja e não fossem disputadas por suas famílias, e retirar das mulheres as funções eclesiásticas, por abominar o contato carnal. A educação dada às mulheres nos conventos foi, suprimida; estes deixaram de ser centros culturais e se transformaram em casas de oração e confinamento. A educação foi repassada às universidades recém criadas, geridas pela igreja e de freqüência quase que exclusivamente masculina.

Mesmo diante desse quadro, o papel das parteiras extrapolava o ato de realizar partos: a vida social dependia delas, por deterem o poder de controlar tanto o mundo feminino quanto o masculino. Destacaram-se Louise Bourgeois (1563-1636), parteira da corte que publicou um compêndio obstétrico em que descreveu os

riscos dos partos em que o feto apresentava a face em primeiro lugar; Justine Siegemundim **(p.18)** (1650-1705), que publicou em 1690, um compêndio obstétrico; Elizabeth Nihell, que publicou em 1760 um livro em que denunciou a prática obstétrica dos médicos cirurgiões; Marguerite du Tertre, do Hôtel Dieu (Centro de Estudos situado em Paris), que publicou em 1677 um manual para parteiras; Ignaz P. Semmelweiss (1818-1865), que advogou em 1861 a idéia da contaminação dos corpos vivos com material pútrido dos mortos, comprovada posteriormente - por Louis Pasteur (1822-1895).

As parteiras autônomas resistiram até 1835. O novo poder médico, guiado pela livre competição e apoiado pelo governo, conseguiu coibir a prática autônoma a partir de 1902, com uma lei promulgada pelo Parlamento Britânico. Essa lei pôs fim ao exercício profissional autônomo das parteiras - que passaram a ser submetidas a seleção e cadastramento, só podendo realizar partos sob supervisão médica - e teve reflexos no Brasil, onde tampém foram afastadas do seu trabalho pelo poder médico da época.

Nossas ancestrais perderam a vida na forca ou na fogueira, deixando uma lacuna entre os séculos XVII e XIX. Nos documentos da época existem poucos registros sobre elas, e é enfatizada a existência de mulheres carentes que viviam nos hospitais cuidando de doentes, sem nenhuma qualificação. É preciso lembrar que as condições de vida nessas instituições eram quase intoleráveis.

Paralelamente; as congregações cristãs foram assumindo a tarefa de cuidar dos enfermos. Os primórdios da enfermagem que conhecemos hoje se devem principalmente à Confraria das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo, **(p.19)** na França, e ao Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha, que treinavam mulheres para cuidarem de enfermos, e se tornarem eficientes na arte da enfermagem.

Em meados do século XIX, ocorreram muitas reformas no Reino Britânico, tendo se distinguido como reformista da saúde Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem moderna; cujo nome está entre os(as) humanistas que mudaram o mundo. Essa mulher de espírito inquieto, movida por curiosidade insaciável, pensou por conta própria e expressou com franqueza suas opiniões sobre os serviços de saúde de sua época. Ela criou a primeira escola de enfermagem profissional, fruto de uma complexa reflexão que fez para que a enfermagem adquirisse originalidade e se transformasse em uma ciência/arte da

saúde constituída pelo raciocínio e pela experiência. Com coragem determinação e inteligência, transformou tanto o modo como as pessoas encaravam as enfermeiras quanto o tratamento que era dispensado às mulheres.

Destaca-se, ainda, nessa época, a atuação da enfermeira Ethel Bedford-Fenwick, fundadora, em 1887, da Associação Real de Enfermeiras Britânicas e, em 1889, do Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN).

Registra-se no Brasil um fato inédito quando Ana Justina Ferreira Néri (1814-1880), baiana de 51 anos, movida por sentimentos humanitários, decidiu prestar cuidados aos combatentes na Guerra do Paraguai (1865-1870). Em 8 de agosto de 1865 ela enviou um ofício ao presidente da província solicitando trabalho, como enfermeira de guerra. Alegava o desejo de atenuar o sofrimento dos combatentes e estar junto de seus filhos, que já estavam na frente de batalha. Obtida a autorização, **(p.20)** Ana partiu com destino ao Paraguai em 13 de agosto do mesmo ano. Na frente de batalha, distinguiu-se, prestando relevantes serviços aos combatentes durante cinco anos.

Até o início do século XX, a enfermagem praticada no Brasil era exercida por religiosas, enfermeiras estrangeiras de famílias de diplomatas, pastores protestantes, pessoas formadas pela escola de enfermeiros(as) do Hospital Nacional de Alienados e pela Escola Cruz Vermelha Brasileira, visitadoras treinadas por – sanitaristas e atendentes que adquiriam conhecimentos nos hospitais da época.

O paradigma da enfermagem dessa época enfatizava valores relacionados ao amor, abnegação e desprendimento, desprezando a luta por remuneração digna, condições ambientais de trabalho adequadas, inserção na vida social e política, e desenvolvimento intelectual.

Existem registros que documentam a ruptura entre as enfermeiras religiosas e os médicos leigos no Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro em 1890. Como resultado dessa ruptura foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (UniRio). Em 27 de setembro de 1890, o marechal Deodoro da Fonseca assinou o Decreto 791, que criou essa escola de enfermagem, destinada a formar enfermeiros(as) para prestar assistência aos alienados e executar serviços civis e militares. É importante lembrar que a iniciativa privada mantinha no Hospital Samaritano, em São Paulo; um curso de enfermagem orientado por enfermeiras protestantes nos moldes do sistema nightingaleano. **(p.21)**

Em 1921, graças ao esforço de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública do Ministério da Defesa, foi trazida dos Estados Unidos; com apoio da Fundação Rockefeller, uma missão com nove enfermeiras para, entre outras atividades, organizar uma escola e o serviço de enfermagem de saúde pública do Rio de Janeiro. Essa missão permaneceu por dez anos nesse estado (1921-1931). Ao partir, sua diretora, Ethel Parsons, apresentou um relatório que pode ser consultada nos “Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios”, que se encontra arquivado no Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Ana Néri, Módulo A, caixa 1, documento 16.

Em 1926, em reconhecimento aos trabalhos prestados por Ana Néri durante cinco anos, como voluntária da Guerra do Paraguai, o governo designou essa nova escola de Escola de Enfermeiras Dona Ana Néri.

Em 1931, no governo de Getúlio Vargas, foi promulgada a primeira lei do exercício da enfermagem (Decreto 20.109), que considerou a Escola Ana Néri escola oficial padrão.

Em 1922, na mesma época em que as enfermeiras norte-americanas iniciaram o trabalho no Brasil, a feminista Bertha Lutz fundou a Liga Eleitoral Independente de Mulheres, para reivindicar o direito ao voto feminino, obtido em 1932. No contexto político da época, a enfermagem anglo-americana implantada no Brasil, manteve-se distante das lutas políticas pelos direitos das mulheres.

A despolitização das enfermeiras pode ser compreendida na atualidade pela análise do contexto em que a profissão se estruturou. Dados a esse respeito podem ser encontrados **(p.22)** no relatório de Conclusão da missão apresentado por Ethel Parsons ao governo brasileiro.

Durante o período de dez anos de permanência das enfermeiras norte-americanas no Brasil, nenhuma outra escola foi criada. Só em 1933 veio a ser instalada a segunda escola, em Belo Horizonte, que hoje pertence à Universidade Federal de Minas Gerais.

Com o passar do tempo, constatou-se que o número de enfermeiras formadas não era suficiente para atender à demanda do mercado de trabalho. Surgiu assim a necessidade de preparar um novo tipo de profissional para assumir funções de menor complexidade no interior da profissão. A enfermeira Laís Netto dos Reis implantou, em 1941, na Escola Ana Néri, o primeiro Curso de Auxiliares de Enfermagem, que rapidamente se expandiu pelo país inteiro. No final da década de

1960, a enfermeira Ciley C. Rodus implantou o curso de Técnicos(as) de Enfermagem, que não obteve o mesmo sucesso que o anterior.

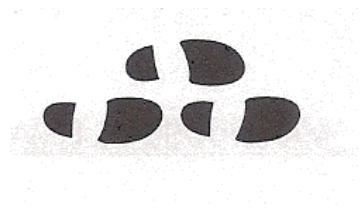
Em Anápolis, Goiás, uma missão protestante britânica trouxe enfermeiras que fundaram a Escola de Enfermagem Florence Nightingale, dessa vez deslocando o paradigma nightingaleano da Inglaterra diretamente para o Brasil. Essa escola obteve reconhecimento em 1937, quando foi equiparada à Escola Ana Néri, do governo federal, e considerada de utilidade pública. Participaram da missão de instalação dessa escola as enfermeiras Isabel C. Macintyre, Alice Gallear e Mary Hamilton. A enfermeira Isabel C. Macintyre foi contratada posteriormente pelo governo brasileiro, tendo implantado o paradigma da enfermagem nightingaleano em várias regiões do Norte e Nordeste. **(p.23)**

Em 1962, o ensino da enfermagem passou a integrar o sistema de formação do ensino universitário público. Em 1972 foi, instalado o primeiro curso de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Escola de Enfermagem da UFRJ) e, em 1981, foi instalado o primeiro curso de Doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Os cursos de pós-graduação, inclusive os, de especialização, se expandiram, e hoje existem no Brasil 13 cursos de Mestrado e seis de Doutorado (dados 2002).

As escolas de enfermagem permaneceram femininas até o advento do vestibular unificado e classificatório; exceção feita à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; da Universidade do Rio de Janeiro (UniRio) que sempre foi mista. Com o vestibular classificatório abriu-se espaço para a entrada dos varões nos cursos de graduação. Apesar dessa conquista, público de enfermagem permanece majoritariamente feminino e corresponde a 94% dos alunos no nível de graduação; 88,5% no nível técnico; 91,5% no nível de auxiliares de enfermagem; e 88,5% dos atendentes.

No cenário brasileiro destacou-se o trabalho de Wanda de Aguiar Horta, da Escola de Enfermagem da USP como a primeira enfermeira que ousou formular uma teoria de enfermagem, apresentada em 1968 em concurso público de livre-docência na Escola de Enfermagem da UFRJ, intitulada: “A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem nos, seus aspectos físicos”. Posteriormente, Ligia Paim apresentou seu trabalho de dissertação de mestrado, na mesma instituição, intitulado “Prescrição de enfermagem: unidade valorativa do cuidado”. **(p.24)**

A enfermeira historiadora Marisa Correia Hirata, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenvolve atualmente uma pesquisa relevante sobre a imagem mitológica da enfermeira heroína no cinema e identificou que entre 1918 e 1975 foram feitos 459 filmes tendo uma enfermeira como protagonista, consultando o livro “The changing Image of the Nurse” de P.A Kalisch e Beatrice J. Kalisch, 1987- Califórnia – USA. **(p.25)**



O QUE É ENFERMAGEM

A palavra “enfermagem” vem do latim e é usada em oposição ao vocábulo “enfermo” (aquele que se encontra doente, fraco, débil; que padece de algum mal físico; mental ou moral). Suas referências etimológicas estão registradas na 3ª edição do Novo Dicionário da Língua Portuguesa (Lisboa, 1922), de Cândido de Figueiredo, existindo registros, sobre seu uso a partir de 1913. O vocábulo “Enfermagem” é composto do prefixo *en*, do radical *firm(i)* e do sufixo *agem*, que segundo o dicionário Houaiss, significam:

en - aproximação, introdução e transformação;

firm(i)- firmeza, solidez, persistência, força, fortaleza;

agem- indicativo de ação ou resultado de ação.

A noção não crítica, nem científica, nem filosófica do uso lingüístico do vocábulo enfermagem e do seu complemento enfermo foi enfocada com o sentido de estabelecer uma ponte entre sua origem e a conceituação atual. **(p.26)**

A enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao cuidado dos seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas.

O estado de saúde compreende um ténue equilíbrio multidimensional de todo o corpo, determinado predominantemente pelo comportamento de cada ser humano, pela sua inserção social e pela natureza do ecossistema onde ele nasce

vive e morre. A saúde do ponto de vista da comunidade tem a ver com a capacidade e com os meios de que se dispõem as pessoas para serem felizes e lutar pela felicidade. Logo, a saúde está entre os direitos de todo ser humano, pois advém do direito de acesso às ações que impedem o aparecimento das doenças ou que servem para tratar as doenças inevitáveis, o que inclui uma enfermagem à altura do desenvolvimento atual das demais profissões da área.

A saúde é algo dinâmico, indivisível, que existe quando são mantidas as condições de equilíbrio entre o estilo de vida individual, as condições do meio ambiente e o acesso às ações que garantem o estado de saúde. Entre as teorias da enfermagem, existe uma certa unanimidade conceitual quanto ao desempenho da profissão. Em princípio, ela assume a responsabilidade de se solidarizar com pessoas, grupos, famílias e comunidades, com o objetivo de mobilizar a cooperação de cada ser humano para conquistar e conservar o estado de saúde.

O relacionamento humano proveniente, dessa cooperação **(p.27)** produz intencionalmente um contato especial, voltado para manter o bem-estar de pessoas que apresentam necessidades relacionadas com as qualidades de vida e, portanto, preocupadas com a preservação da saúde ou com o combate às doenças.

O diálogo estabelecido nesse contato visa à compreensão do padrão de vida das pessoas, o que respalda a intervenção do profissional, ao negociar com a clientela as ações a serem realizadas, evitando, assim, tomar decisões isoladas.

A enfermagem tem entre suas metas a preocupação de reduzir ou evitar as tensões biofísicas e psicossociais das pessoas que ingressam no sistema de atendimento à saúde. Para cumprir essa meta, é preciso perceber e saber reconhecer tanto as tensões biofísicas - como a dor, a dispnéia, a náusea a insônia, a anorexia, a tonteira, o calor, o frio, o retesamento de pele; a sede, o prurido, a sonolência, a fraqueza, a distensão do intestino e da bexiga, a fadiga - quanto as tensões psicossociais - como a ansiedade, a solidão, o medo, o vazio, a impotência, a frustração, a depressão, a raiva, a aflição, a irritabilidade, o desamparo, o constrangimento, a humilhação, a confusão, a incerteza, a culpa, a monotonia e a aversão, entre outras.

Para realizar uma intervenção de enfermagem - sinônimo de interação humana - é preciso também que os atos do profissional sejam articulados com os princípios de conservação de energia e integridade pessoal, social, política e estrutural.

Como é uma atividade em que se lida constantemente com a vida e a morte, permeada por acontecimentos graves, como doenças, deficiências e amputações, cada cuidado **(p.28)** tem importância vital.

A experiência de cada ser humano compreende uma rede de relações e sentimentos ligados por fios que se entrelaçam uns aos outros, nós que se desatam; se desenlaçam e, por fim, se cortam. A vida é uma operação unitária, pessoal e pluridimensional em relação a tudo o que nela intervém, terminando com a morte. Diante desta o pessoal de enfermagem deve considerar tanto os aspectos da morte biológica – suspensão das funções vitais e destruição de um organismo - quanto os aspectos da morte pessoal - a perda de uma vida e sua pretensa imortalidade, caracterizada pelos vínculos e projetos que a pessoa deixou. Portanto, cada ação tem um valor inestimável tanto para quem a executa como para quem a recebe.

O simples fato de mudar a posição periodicamente de uma pessoa acamada tem inúmeras implicações, como melhoria da respiração e do tônus muscular, prevenção de feridas causadas pela compressão, aumento da circulação sanguínea, diminuição ou aumento de dores, diminuição de gases no trato intestinal, maior ou menor liberdade de movimento, contato com as pessoas presentes no cômodo, oportunidade de comunicação e diálogo etc.

O entendimento da experiência de enfermagem humanística transcende a abordagem científica - cuja marca é a impessoalidade e a distância. Ela só pode ser compreendida por meio da sensibilidade da imaginação criativa. Dessa forma, o profissional passa a se sentir responsável por seu desejo de cuidar e por seus atos, sem se alienar do desejo e dos atos do paciente, procurando interpretar seus gestos, seus **(p.29)** signos, seu comportamento e até seus silêncios.

É preciso ressaltar que os fundamentos da enfermagem profissional são os mesmos preconizados pela corrente teórico-prática de Florence Nightingale, desde 1860, da qual reproduzimos o principal paradigma:

A enfermagem é sinônimo de saúde. Ela preocupa-se com o meio ambiente sadio, com habitações higiênicas e com a educação das crianças e das mulheres; enfim, com toda a coletividade humana.

Os(as) enfermeiros(as) formadas de acordo com esse paradigma devem fazer cumprir as leis da saúde, entendendo que a enfermagem é o caminho

verdadeiro para infundir na raça humana a arte de preservar a própria saúde. Para atingir esse objetivo, devem desenvolver um conjunto de conhecimentos sobre a prevenção das doenças que engloba toda a argumentação em favor da arte da enfermagem.

A enfermagem nightingaleana valoriza o efeito do corpo sobre a mente, preconizando que, no processo de recuperação de um corpo doente, os (as) enfermeiros(as) devem levar em conta o esplendor das cores, a beleza da forma dos objetos, a música associada ao ar puro e livre, a iluminação, o aquecimento a limpeza, o silêncio e uma dieta adequada.

Com relação ao trabalho com a comunidade, devem tratar de cinco pontos essenciais para manter a higiene das habitações: ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação. As doenças não devem ser entendidas como classes, mas como condições provenientes uma das outras. **(p.30)**

Os (as) enfermeiros(as) devem fazer observações precisas, acuradas e completas, sendo a percepção correta dos fatos considerada capacidade essencial, sem a qual eles(as) seriam inúteis, apesar de outras qualidades.

Florence delimitou o território da enfermagem, em relação à medicina, por meio da seguinte percepção: “Quando a função de um órgão está impedida, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução e nada mais além disso, enquanto a enfermagem mantém a pessoa nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela”.

O que faz a enfermagem

Nos dias de hoje, a enfermagem pode ser definida, enquanto ação social, como a atividade realizada por pessoas que cuidam de outras procurando manter a vida sadia, evitar ou amenizar as doenças, proteger o meio ambiente e prepará-las para o desenlace da vida perante a morte.

As principais ações propedêuticas podem ser agrupadas em sete conjuntos:

* **Ações de proteção da saúde:** ensinar à comunidade noções de cuidados com a habitação, o que engloba higiene ambiental, controle da contaminação atmosférica, aeração e iluminação. Ensinar também a manter a água potável, tratar dejetos, acondicionar e retirar o lixo. Além disso, transmitir noções

sobre como exterminar agentes de doenças, como baratas, ratos e mosquitos, e como prevenir patologias transmitidas por animais domésticos. Aconselhar sobre a preservação **(p.31)** das habitações, bem como sobre higiene alimentar, escolar e do trabalho, e fornecer orientações sobre a legislação sanitária.

* **Ações de promoção de saúde:** orientar a comunidade sobre atividades relacionadas à nutrição, educação sanitária, controle da procriação, padrões de saúde vivencial, escolar, coletiva, do trabalho; prestar assistência às pessoas idosas, frágeis e aos(às) portadores(as) de limitações físicas e mentais.

* **Ações de prevenção das doenças:** aplicar e controlar vacinas, informar sobre concepção e contracepção - fornecendo informações sobre os meios contraceptivos, quando for o caso -, efetuar a notificação de doenças contagiosas aos setores de saúde pública e ensinar como prevenir acidentes e doenças crônicas como câncer, tuberculose, diabetes, doenças cardiovasculares e aids, entre outras.

* **Ações curativas:** dirigidas às pessoas doentes, realizadas nos domicílios, nos hospitais ou em instituições análogas.

* **Ações de reabilitação:** a enfermagem colabora na reintegração das pessoas à sociedade, nos planos físico, mental, social e vocacional.

* **Ações de investigação epidemiológica, sociológica, administrativa e demográfica:** participação em estudos, a fim de verificar se os conceitos com os quais trabalha podem ser confirmados e se correlacionam a verdade científica com a social e a política.

* **Ações de ensino:** atuar na formação, preparação prática e aperfeiçoamento de todas as categorias, procurando transcender o pensamento abstrato das teorias e considerando no **(p.32)** ensino os aspectos concretos, conexos, complexos, circunstanciais, criativos e transformadores da realidade.

Quem faz parte do elenco profissional

* Os(as) titulares do diploma de Enfermeiro(a), os(as) titulares do diploma ou certificado de Obstetra(iz) ou Enfermeiro(a) Obstétrico(a), conferidos nos termos da lei nº 7498/86, regulamentada pelo decreto nº 94.406/87.

* Os(as) técnicos(as) de enfermagem, auxiliares de enfermagem, parteiras(os), portadores de certificado conferido por instituição de ensino; registrado no órgão competente e de acordo com as leis do exercício.

Em que consistem as ações da enfermagem

O ato de cuidar como ação terapêutica de enfermagem envolve aspectos relacionados à preservação, conservação e manutenção da vida. Para prestar esses cuidados, seus praticantes precisam compreender o que a saúde e a doença provocam no corpo. O ser sadio, constitui um todo dinâmico no qual corpo, mente e espírito formam uma entidade única, com um campo de energia único. O corpo doente sinaliza que houve uma ruptura nessa harmonia; a doença é uma mensagem do corpo que sinaliza um conflito entre suas partes.

A enfermagem como princípio de ação terapêutica emprega toda a sua energia para manter o corpo sadio.

Quando a doença ou as limitações físicas se impõem ao **(p.33)** corpo, o pessoal de enfermagem assume uma parceria com a pessoa doente para, juntos, lutarem contra a agressão. Quando as pessoas são portadoras de doenças crônicas ou limitações físicas, as intervenções são realizadas de modo a compatibilizar a vida dessas pessoas com o restante da sociedade. Para tal, é imprescindível estabelecer um diálogo entre as partes envolvidas para definir os princípios de colaboração entre elas.

Nessa perspectiva, os profissionais colaboram para que a pessoa assistida tente compreender o que está ocorrendo, para que consiga expressar seus sentimentos, suas necessidades, e solicitar o atendimento. Deve-se dialogar com o(a) cliente sobre suas escolhas, demonstrando que, apesar da doença, a autonomia do(a) doente é mantida. O(a) enfermeiro(a) orienta o(a) doente a viver nas melhores condições possíveis, convivendo com seu estresse. É necessário reforçar o significado da vida e ajudar a pessoa assistida a reformular seus projetos, de acordo com as limitações impostas pela doença.

Os praticantes de enfermagem, em sintonia com outros membros da equipe de saúde, colaboram com a pessoa quando ela tem de tomar decisões difíceis. Esses momentos se configuram, por exemplo, na hora de assinar autorização para amputações, retirada e doação de órgãos, continuidade ou interrupção de determinado tratamento; divulgação de informações sobre a doença, pedido de alta hospitalar e escolha do local em que se deseja morrer.

Essas decisões se estabelecem entre a pessoa assistida e o(a) enfermeiro(a). A partir dos dados obtidos na consulta, são feitos um diagnóstico e um plano de intervenções. O **(p.34)** diagnóstico enuncia a situação físico-emocional

em que se encontra a pessoa consultada. Assim, um(a) cliente que foi retirada de um órgão e que manifesta medo de que a doença se expanda para outros órgãos, alteração de bem-estar associada a uma dor crônica, dificuldade de realizar atos rotineiros - como se vestir e fazer a higiene -, alteração das relações familiares em decorrência da doença e da hospitalização, apreensão quanto ao êxito de uma intervenção cirúrgica, apresenta uma situação biofísica e psicossocial que pode ser diagnosticada assim: “Alteração da imagem de si mesmo, devido à retirada de um órgão, acrescida da preocupação com sua reinserção familiar e social”.

Esse diagnóstico decorre de uma análise feita pelo(a) profissional com base na observação de gestos, atitudes e informações como peso, temperatura, contagem dos movimentos respiratórios, entre outras.

Concluído o diagnóstico, parte-se para a organização do plano de intervenções, que deve ser compatível com as necessidades do(a) cliente, e será cumprido por toda a equipe de enfermagem. O(a) profissional responsável pelo plano define o grau de complexidade das ações que devem ser realizadas. O ponto mais importante do diagnóstico de enfermagem incide no fato de ele se apoiar em aspectos culturais, técnicos e científicos. Um diagnóstico correto considera as relações entre o(a) cliente, a doença e o meio social, e indica como a doença afeta o cotidiano de seu(sua) portador(a). A viabilidade dos planos de intervenção de enfermagem hospitalar depende da decisão política da administração, que deve fornecer materiais, recursos financeiros e humanos. **(p.35)**

Em geral, um plano de intervenção contempla os cuidados básicos comumente prestados para qualquer pessoa doente: a manutenção da boa higiene e do conforto físico; a prática de exercícios; o repouso; a prevenção de acidentes, infecções e outros traumas; a manutenção da boa mecânica do corpo; e a correção de deformidades, entre outros itens.

Abrange, ainda, os serviços relativos à manutenção de oxigênio e de nutrição para todas as células do corpo, de eliminação (urina, fezes, catarro etc.), de equilíbrio de fluidos, de reconhecimento das reações fisiológicas do corpo a doença de manutenção das funções sensoriais, entre outros.

Outra função do plano é promover o atendimento terapêutico, que deve compreender a manutenção da comunicação verbal eficiente; o desenvolvimento de relações interpessoais construtivas; a identificação e aceitação de expressões, sensações e reações positivas e negativas; a aceitação da doença orgânica; o

progresso na conquista de metas pessoais: a consciência de si próprio como alguém com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento; e a criação e manutenção de um ambiente terapêutico harmonioso.

Finalmente, atende às necessidades de restauração, como: aceitar as limitações físicas e emocionais, recorrer à comunidade para solucionar problemas causados pela doença e compreender que os problemas sociais influenciam o aparecimento das doenças.

Na implementação do plano, cooperam com a enfermagem o(a) paciente, profissionais de saúde, familiares, amigos ou até mesmo outros(as) pacientes que já vivenciaram a mesma experiência. **(p.36)**

A atuação da enfermagem individualizada tem como meta oferecer à sociedade serviços revitalizados, realizados com competência, que tenham em sua origem um diagnóstico consciente conjugado com um plano individual de intervenções que permitam um melhor cuidado, a comunicação da equipe feita em uma linguagem comum, a reconstrução do saber próprio da enfermagem e a delimitação de seu campo de ação e competência.

Os profissionais, ao exercerem seu trabalho, tornam-se extremamente importantes na vida da clientela: referência de figuras humanas consistentes; consideradas assim por estender suas mãos para o trabalho com as dificuldades biofísicas e psicossociais dos seus semelhantes. Devem se manter estáveis e fortes diante de uma pessoa enfraquecida ou desesperada. Cabe a eles estimular os(as) clientes, a enquadrar e visualizar sua recuperação, assinalando que parte do êxito do tratamento depende muito de sua própria colaboração.

Ao cuidar dos semelhantes e se permitir o contato com as sensações do próprio corpo e da relação entre suas diferentes partes, a equipe de enfermagem pode motivar cada cliente a querer preservar seus movimentos e ativar sua recuperação, sem perder de vista a impossibilidade real de algumas pessoas doentes coordenarem alguns ou vários aspectos de sua vida ativa.

Quem exerce a enfermagem deve ser capaz de desenvolver todas as possibilidades do próprio corpo, controlar os gestos da cabeça, tórax, bacia, pernas, pés, braços e mãos, e manter o controle sobre o corpo em cada situação que se apresente. Por exemplo, ao ritualizar uma ação de enfermagem **(p.37)** com uma pessoa deitada, que precisa sentar e em seguida levantar, é necessário que o(a) profissional sintonize os movimentos do seu corpo sadio com os movimentos do corpo enfermo.

Um ponto importante a ser considerado nesses casos é que o (a) agente de enfermagem deve estar consciente de que o(a) cliente muitas vezes não consegue se movimentar da mesma forma que ele(a). A confiança com que o(a) enfermeiro(a) realiza seu trabalho, sem mostrar vulnerabilidade, pondo algo de si na relação profissional, é distinta da confiança sentida pela pessoa enferma, que em princípio se encontra fragilizada, insegura, fraca e dependente da solidariedade dos profissionais de saúde.

O pessoal de enfermagem detém uma visão global sobre os(as)usuários(as) dos serviços de saúde devido ao acesso que tem aos dados de seus prontuários, ao passo que estes(as) não possuem quase nenhum conhecimento dos profissionais que lhe atendem. Na relação estabelecida, é importante que ambos reconheçam a existência desse saber que os diferencia, de modo que a equipe possa compreender os sentimentos de ansiedade expressos pela pessoa assistida.

Em certas ocasiões, devemos esclarecer o significado desses sentimentos, ouvindo a pessoa doente para saber o que se passa no ambiente e o que está interferindo em seu estado. Por isso, é preciso estar aberto(a) para dialogar com a pessoa assistida e ouvi-la com atenção.

Os profissionais devem ter em mente que qualquer processo profissional apresenta uma perspectiva política. Por isso, ao realizarem suas ações, devem procurar conhecer a **(p.38)** perspectiva do(a) cliente, considerando sua classe, raça, preferência sexual e nacionalidade, a fim de evitar que seu trabalho incida e pese na direção de suas próprias preferências.

Infelizmente, no Brasil, as ações de enfermagem criativas, individualizadas, científicas e responsáveis ainda não contam com o reconhecimento verdadeiro da organização sanitária, nem da sociedade.

O que estuda quem faz enfermagem

Desde 2001, o Ministério da Educação fixou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e da Educação Profissional.

Em linhas gerais, a pessoa que deseja obter a graduação em enfermagem precisa ingressar na Universidade. O curso de graduação tem duração

de quatro anos e é desenvolvido por meio da integração das disciplinas curriculares ou por sistema de créditos. É desenvolvido em dois ciclos: básico e profissional.

As disciplinas do ciclo básico ou pré-profissional são comuns a todos os estudantes da área de saúde. Abrangem o ensino de anatomia, fisiologia, bioquímica, microbiologia, farmacologia, psicologia e antropologia. Para os(as) estudantes de enfermagem é incluída ainda nesse ciclo a disciplina: Introdução e História da Enfermagem.

O ciclo profissional fundamenta e transmite a teoria e a prática da enfermagem. Inicia-se por Arte, Fundamentos e História da Enfermagem, e continua com Enfermagem em Clínica Médica, Cirúrgica, de Centro Cirúrgico, Centro de Material, **(p.39)** Centro de Tratamento Intensivo, Emergência, Psiquiatria, Doenças Transmissíveis, Obstetrícia e Pediatria. Na área de Saúde e prevenção de doenças, abrange o ensino de Enfermagem em Saúde Pública, que conjuga princípios de saúde comunitária, coletiva e ambiental. O último módulo do curso compreende o ensino de Metodologia, Legislação, Deontologia e Administração de Enfermagem.

Como é uma profissão dinâmica, algumas escolas acrescentam a seus currículos outras disciplinas, como Ecologia Humana, Práticas Alternativas de Saúde e Atenção a Grupos Sociais Especiais (idosos; menores carentes, prostitutas, detentos, deficientes visuais e motores, entre outros).

Para ser técnico(a) de enfermagem é necessário ingressar em escolas de ensino médio especializadas e fazer um curso de dois anos. As disciplinas são as mesmas do curso de graduação, porém com menor carga horária teórico-prática.

Para ser auxiliar de enfermagem é necessário ter concluído o primeiro grau. As disciplinas são as mesmas do curso técnico, têm duração de um ano, e a carga horária teórico-prática é menor.

Quanto à formação de parteiros(as), existe um currículo especial composto de disciplinas voltadas para o ciclo procriativo.

Campo de trabalho

a) Comunidade

Na vida comunitária, a enfermagem implementa ações de **(p.40)** saúde vivenciais, com a finalidade de estimular as pessoas a lutarem pela felicidade.

É na comunidade que os (as) profissionais se deparam com questões íntimas complexas como, por exemplo, orientar as pessoas a encararem com otimismo seu destino, encontrarem satisfação na vida, terem capacidade para enfrentar e se adaptar às frustrações, terem disposição para se relacionar satisfatoriamente com os outros e com o meio ambiente, respeitando o espaço de cada uma o seu próprio.

Uma das formas de transmitir esse tipo de orientação é por meio de dinâmicas de criatividade, expressividade e sensibilidade, que despertam o desejo de realizar ações organizadas, em espaços autônomos de luta e de esperança, a fim de resolver problemas insuportáveis que requerem transformações. No trabalho comunitário está em jogo a dimensão cultural da saúde, que não avança por decreto, receitas ou cuidados; avança apenas quando a participação das pessoas se dá de forma contínua e comprometida.

A atuação das equipes de enfermagem nas comunidades deve estimular as pessoas a organizarem esforços autônomos de bem-estar coletivo, envolvendo todos os seus membros.

b) Hospitais

A enfermagem praticada em hospitais promove o encontro profundo e permanente entre a pessoa com problemas de saúde e a equipe de enfermagem. Quem chega a um ambiente terapêutico sente-se como um estranho perante as pessoas **(p.41)** com quem vai conviver. Esse mal-estar intensifica-se porque o hospital constitui um lugar à margem da sociedade. As vivências de quem está nele são únicas e exclusivas, e têm de ser compartilhadas com pessoas estranhas.

É nesse ambiente que os saberes social, científico e tecnológico são aplicados, o que exige das equipes habilidades para lidar com o outro e seus problemas. A expressão corporal dos(as) clientes fala mais alto que suas necessidades objetivas, revelando freqüentemente fantasias de salvação, conforto, satisfação sexual, liberdade, raiva, inveja, ou seja, sentimentos que são exacerbados naqueles que dependem dos outros.

Em hospitais, os processos interativos de enfermagem exigem das equipes a capacidade de se comunicar por meio de um corpo que fala, toca e emite energia. O(a) enfermeiro(a) deve ter a capacidade de se emocionar, sem permitir que a emoção impeça o trabalho tranqüilo. As técnicas implementadas em hospitais

devem ser adequadas às melhores condições de segurança possíveis, para evitar que sua aplicação cause processos lesivos e acidentes.

Os hospitais são lugares delimitados e controlados, onde tudo o que ocorre é registrado; Cabe às equipes de enfermagem comprometidas com a solidariedade procurar dissipar a monotonia a que são submetidas as pessoas enfermas, implementando formas possíveis de convivência horizontal e participativa.

c) Empresas, organizações e escolas

À enfermagem do trabalho cabe controlar o ambiente, o impacto tecnológico e as condições ambientais de empresas, **(p.42)** organizações e escolas. Atuar organizando os(as) trabalhadores(as) e estudantes para defender a boa qualidade de vida nos espaços ocupacionais, articulando de forma preventiva a revisão dos locais de trabalho. Orientar patrões, doentes, empregados e estudantes a acrescentarem, nos contratos cláusulas de proteção à vida e ao bem-estar, de modo a minimizar impactos negativos que as ocupações e o ensino podem causar à saúde, fazendo cumprir a legislação sanitária geral e a trabalhista. Os(as) profissionais na área do trabalho dispõem de uma organização associativa, a Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (Anent), com sede em São Paulo.

d) Domicílio

Este campo ainda não está totalmente estruturado no país, porém oferece oportunidade ilimitada de trabalho. Os(as) profissionais de enfermagem podem prestar cuidados individuais nos domicílios, tanto na área profilática quanto na área curativa. Por exemplo, é comum o atendimento a puérperas e recém-nascidos, doentes crônicos, pessoas imobilizadas e doentes terminais que optaram por morrer em sua própria casa.

e) Pesquisa

O campo de atuação em pesquisa engloba as duas vertentes centrais da enfermagem - a modalidade de cuidar e a de administrar -, além de investigações nas áreas epidemiológica, **(p.43)** demográfica, antropológica e histórica, entre outras.

As pesquisas são efetuadas nos ambientes terapêuticos, nas comunidades, nas instituições de ensino e trabalho, nos órgãos fiscalizadores

(Cofen - Conselho Federal de Enfermagem e Corens), nas associações profissionais, nos sindicatos da categoria, entre outros.

f) Auditoria

As equipes de auditoria trabalham para compatibilizar a qualidade e a honestidade das ações profissionais com as necessidades da clientela e as regras do mercado. Procuravam avaliar a qualidade do atendimento, detectando falhas e possíveis soluções; examinam os registros e, ao encontrar omissões, procuram reorientar imediatamente as equipes profissionais; avaliam o uso correto de materiais e possíveis desperdícios.

g) Informática

O campo de aplicação de informática à enfermagem abrange as áreas de recursos humanos, classificação dos cuidados disponíveis, auditorias, gestão, relatórios e gráficos relativos à prestação de serviços.

As atribuições do elenco profissional

As ações de enfermagem se entrelaçam no fazer diário das equipes. Cabe ao pessoal universitário a responsabilidade principal pelo trabalho prescrito/teórico de definição dos métodos de atuação, entre outras atividades. **(p.44)**

Cabe ao pessoal de nível médio a responsabilidade pela execução do trabalho real, definido nos planos desenvolvidos pelos(as) enfermeiros(as) de formação universitária.

É tarefa do(a) enfermeiro(a):

I. Privativamente:

- * direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

- * o organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

- * planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

- * consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

- * consulta de enfermagem;
- * prescrição da assistência de enfermagem;
- * cuidados diretos de enfermagem a doentes graves com risco de vida;
- * cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II. Como integrante de equipe de saúde:

- * participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; **(p.45)**
 - * participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - * prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
 - * participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
 - * prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
 - * participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de enfermagem;
 - * participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
 - * prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
 - * participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
 - * acompanhamento da evolução da gravidez e do trabalho de parto;
 - * execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia (problemas que dificultam o parto);
 - * participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
 - * participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas **(p.46)** de educação continuada;
 - * participação nos programas de higiene e segurança do trabalho, e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

- * participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do(a) cliente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- * participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- * participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de enfermeiro(a) ou pessoal técnico e auxiliar de enfermagem.

Aos(às) profissionais titulares de diploma ou certificado de obstetra(iz), ou de enfermeiro(a) obstétrico(a), além das atividades comuns aos(às) enfermeiros(as), incumbe especificamente:

- * prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- * identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;
- * realização de episiotomia¹ e episiorrafia² (procedimentos de parto natural), com aplicação de anestesia local, quando necessária. **(p.47)**

O(a) técnico(a) de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe assistir o(a)enfermeiro(a):

- * no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- * na prestação de cuidados diretos de enfermagem a doentes em estado grave;
- * na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância, epidemiológica;
- * na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
- * na prevenção e no controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante assistência de saúde;

O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- * preparar o(a) cliente para consultas, exames e tratamentos;

¹ Intervenção cirúrgica que consiste em seccionar a mucosa vaginal e os músculos superficiais do períneo, a fim de aumentar o orifício da vulva e facilitar a expulsão do feto no momento do parto.

² Sutura da vulva e do períneo dilacerado.

* observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, de acordo com sua qualificação³; **(p.48)**

* administrar medicamentos por via oral e parenteral⁴;

* realizar controle hídrico⁵;

* fazer curativos;

* aplicar oxigenoterapia⁶, nebulização⁷, enterocisma⁸, enema⁹ e calor ou frio;

* efetuar o controle de clientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

* realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

* colher material para exames laboratoriais;

* prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;

* circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

* executar atividades de desinfecção e esterilização;

* alimentar ou auxiliar o(a) cliente a alimentar-se;

* zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

* integrar a equipe de saúde;

* participar de atividades de educação em saúde, orientando os(as) clientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas; **(p.49)**

* auxiliar o(a) enfermeiro(a) e o(a) técnico(a) de enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

* executar os trabalhos de rotina vinculados à alta hospitalar;

* participar dos procedimentos pós-morte.

A(ao) parteira(o) cabe:

* prestar cuidados à gestante e à parturiente;

³ A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional eliminou do seu texto anterior os artigos 39, 40 e 41 que tratam da profissionalização dos auxiliares de enfermagem, em 20 de dezembro de 1996. Essa decisão foi regulamentada pelo Decreto 2208 do Governo Federal. O contingente de auxiliares de enfermagem atual deve ser submetido a complementação da formação para ter acesso a carreira de Técnico(a) de Enfermagem.

⁴ Medicamento que se aplica por outra via que não a digestiva.

⁵ Controle de água administrada e eliminada, a uma pessoa doente.

⁶ Método terapêutico do uso do oxigênio, aplicado às pessoas que necessitam do mesmo.

⁷ Administração de medicamento líquido, através de pulverizações, pelo nariz ou pela boca.

⁸ Lavagem intestinal ou introdução de substância nutritiva ou medicinal, no intestino.

⁹ Introdução da água e medicamentos líquidos, no organismo, por via retal.

- * assistir ao parto normal, inclusive em domicílio;
- * cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Para conhecer melhor os desdobramentos das competências do elenco profissional, vale a pena consultar a legislação específica (Lei nº 7498/86 e o Decreto de Regulamentação 95.406/87). Ambos dispõem sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Pode-se complementar a consulta com a leitura da Resolução nº 240/2000 - COFEN, que aprovou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **(p.50)**



PRINCIPAIS LEIS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL, ÓRGÃOS DE CLASSE E PUBLICAÇÕES

Leis

A história da enfermagem moderna pode ser contada a partir da recuperação dos instrumentos legais que definiram a identidade da categoria na sociedade brasileira.

Esse roteiro iniciou-se em 1832, através de uma lei imperial que estruturou o curso de parteiras, cujo currículo foi definido em 1854. Em 1890 foi criada a primeira escola de enfermagem do Brasil, denominada “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras” (Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890). Essa escola passou por diversas modificações até adquirir o nome de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, hoje pertencente à UniRio.

Em 19 de fevereiro de 1923, foi instalada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (Decreto nº 15.799/22), cujo funcionamento foi legalmente consolidado pelo que consta no Decreto nº 16.300, de 31 de **(p.51)** dezembro de 1923. Em 31 de março de 1926 essa escola passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Dona Ana Néri. Em 1931 essa instituição foi elevada a condição de Escola Oficial Padrão, à qual as demais escolas deveriam ser equiparadas (Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931).

Em 1932, esse decreto sofreu modificações que concederam às irmãs de caridade com mais de seis anos de prática efetiva direitos iguais aos das enfermeiras do padrão Ana Néri (Decreto nº 22.257/32).

Em 1926 foi criada a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, que atualmente se denomina Associação Brasileira de Enfermagem, reconhecida como utilidade pública pelo Decreto nº 31.417/52.

Em 10 de agosto de 1938 foi instituído o Dia da Enfermeira (Decreto nº 2.956/38), em 12 de maio, data do nascimento de Florence Nightingale. Em 1960 foi criada a Semana de Enfermagem, compreendida entre 12 e 20 de maio (Decreto nº 48.202/60), para concluir as comemorações na data de morte de Ana Néri.

Em 1937, a Escola de Enfermagem Ana Néri passou a integrar a Universidade do Brasil, hoje UFRJ.

Em 1946 foi criada a carreira de auxiliar de enfermagem, reconhecida pelo Decreto-Lei nº 8.772/46. Também nesse ano foram regulamentados os exames de habilitação para parteiras práticas e auxiliares de enfermagem (Decreto nº 7.788/46). A jornada de trabalho foi regulamentada em 38 horas semanais (Decreto nº 26.299/49). A lei de regulamentação do ensino foi aprovada (Lei nº 775/49).

Em 1955 foi sancionada a lei que regulou o exercício da **(p.52)** enfermagem profissional (Lei nº 4.604, de 17 de setembro de 1955), oficializando assim as atribuições da(o) enfermeira(o), da(o) obstetriz(a), da(o) auxiliar de enfermagem e da(o) parteira(o).

Nos anos 1960, a enfermagem foi incorporada, no nível técnico-científico, ao plano de classificação de cargos (Lei nº 3.780/60). Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a enfermagem foi reconhecida em seus três níveis atuais (Lei nº 4.024/61).

Em 1961 foi regulamentado o exercício da enfermagem, de suas funções auxiliares e de fiscalização profissional, a cargo do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

Em 1973 foi sancionada a lei que criou os conselhos federal e regionais de enfermagem, vinculados ao Ministério do Trabalho e conceituados como autarquias de fiscalização profissional (Lei 5.905/73 e Decretos nº 60.900/69 e nº 74.000/74).

Os cursos de técnico(a) e auxiliar foram integrados ao sistema educacional do segundo grau (Lei nº 5.692 e Decreto-Lei nº 71.737/71). O Ministério do Trabalho integrou as equipes de enfermagem nas equipes de saúde ocupacional (Portaria nº 3.460/75).

Em 1980, a lei do exercício profissional foi revista e ampliada (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87), trazendo significativos ganhos para as diversas

categorias com atuação na enfermagem, como a obrigatoriedade da habilitação legal, bem como a inscrição nos conselhos de enfermagem para fins do exercício. **(p.53)**

Comentário sobre a legislação profissional

Os instrumentos jurídicos que regulam o exercício profissional (Lei na 7.498/86 e Decreto Regulador na 94.406/87) não estão adequados às evidências da Constituição brasileira aprovada em 1988. Na Carta Constitucional, homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações e a cidadania é reconhecida igualmente para ambos os sexos. A legislação do exercício profissional, quando foi concebida, considerou o masculino como forma neutra a ser empregada para os dois sexos. Evidencia-se, assim, a necessidade da reformulação de toda a legislação de enfermagem para dar visibilidade às mulheres, que predominam na categoria. Contudo, não devemos perder de vista que na Carta Constitucional de 1988 os homens integraram o sistema jurídico diretamente, ao passo que a cidadania das mulheres foi justificada enquanto trabalhadoras, mães, esposas, o que excluiu um enorme segmento de mulheres que não se enquadram nessas categorias. Os (as) constituintes apoiaram seus argumentos no fato de que historicamente a política sempre tratou as mulheres a partir de uma referência à vida doméstica.

Tudo o que é específico às mulheres interessa sobremaneira ao delineamento das políticas de enfermagem, por se tratar de uma profissão exercida majoritariamente por pessoas do sexo feminino. Dentre os direitos sociais alcançados por essa Constituição está a proteção da mulher no mercado de trabalho, com o reconhecimento do direito à licença de 120 dias no fim da gestação, sem prejuízo do emprego e salário (capítulo “Dos Direitos Sociais”, artigo 70, XVIII). A **(p.54)** maternidade como estado físico ainda aparece na seção III, “Da Previdência Social”, no capítulo “Da Seguridade Social”, em que se estipula a “proteção à maternidade, especialmente à gestante”, e na seção IV desse mesmo capítulo, “Da Assistência Social”, em que o estipulado é a “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”.

Verifica-se que o texto constitucional acolhe uma discriminação que, mesmo sendo positiva por permitir a igualdade entre mulheres e homens, reconhece dessa maneira que a cidadania da mulher brasileira ainda repousa no fato de ela ser útil ao Estado por sua capacidade de procriar.

Conhecer a legislação e examiná-la à luz da questão de gênero é importante para que se estimulem os(as) legisladores a reformular as leis de modo que elas incorporem necessidades de homens e mulheres.

Principais órgãos de classe

ABEn

A primeira associação civil de caráter cultural foi a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, criada em 1929, hoje consolidada na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com sede em Brasília. Filiada ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) desde 1929, perdeu essa filiação para o Cofen, em 1997.

Em 1935 a ABEn se integrou ao Comitê internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais. Finalmente, em 1970, filiou-se à Federação Pan-Americana dos Profissionais de Enfermagem. **(p.55)**

Realizou o I Congresso Nacional de Enfermagem em São Paulo, entre 18 e 22 de março de 1947, nas dependências da USP, idealizado pela enfermeira Irmã Maria Domineuc - do Hospital de São Paulo - e por Edith Magalhães Fraenkel, com o lema “Elaborar, em conjunto, um programa eficiente de enfermagem, visando o desenvolvimento da profissão num plano elevado”.

O mais recente congresso realizou-se em Gramado, RS, com o tema: Enfermagem: Coragem de experimentar muitos modos de ver”, entre 24 e 29 de outubro de 2004.

A ABEn é um órgão nacional, composto de uma sede em Brasília, seções em todas as capitais e distritos nas principais cidades do país. O conjunto desses órgãos compõe- o Conselho Nacional da ABEn (Conaben), que se reúne duas vezes por ano para discutir assuntos de interesse dos(as) associados e formular a proposta de ação para cada período. Os(as) estudantes de enfermagem contam com um espaço na sede da ABEn, em Brasília, para organizar os Encontros Nacionais de Estudantes de Enfermagem (Eneen) desde 1963 até o presente.

A ABEn tem entre seus órgãos o Centro de Pesquisa e Enfermagem (Cepen), que realiza os seminários nacionais de pesquisa em enfermagem com o objetivo de refletir, discutir e analisar a inter-relação das pesquisas com a prática concreta do exercício. Mantém um banco de teses e dissertações na biblioteca da sede, em Brasília, com cerca de 2.700 títulos.

Os principais eventos nacionais promovidos pela ABEn com periodicidade definida são: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Semana **(p.56)** Brasileira de Enfermagem, Seminário Nacional de Diretrizes para Educação e Enfermagem, Simpósio Nacional para Diagnóstico d Enfermagem e Seminário Nacional de Pesquisa de Enfermagem.

No âmbito regional a instituição promove os encontros ENF Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Nesses eventos são apresentados trabalhos regionais que posteriormente servem de subsídio para a discussão temática que antecede os congressos nacionais de enfermagem.

Destaca-se também a concessão de prêmios de incentivo à produção científica. De acordo com cada área de estudo, os prêmios oferecidos homenageiam enfermeiras que se destacaram de alguma maneira no Brasil, entre elas: Edith Magalhães Fraenkel, Marcos Otávio Valadão e Edma Rodrigues Valadão, Gleite de Alcântara, Isaura Barbosa Lima, Jane de Fonseca Proença, Laís Nettodos Reis, Maria Rosa de Souza Pinheiro, Marina de Andrade Rezende, Noraci Pedrosa Moreira, Wanda Aguiar Horta e Zaira Cintra Vital.

A associação edita a *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)* desde 1932, que deu continuidade aos *Anais de Enfermagem*. Edita também os *Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem*, que estão neste momento em sua 54ª edição, e os *Anais dos Seminários de Pesquisa de Enfermagem*.

Entidades de especialistas

Encontramos registros indicativos da existência de 25 associações da especialidade, sediadas em São Paulo (20), Rio de Janeiro (3), Bahia (1) e Rio Grande do Sul (1). **(p.57)**

Sindicatos

Os sindicatos se articulam pela Federação Nacional de Enfermagem para encaminhar os grandes eixos de luta da categoria.

O primeiro sindicato de enfermeiros(as) foi criado no Rio Grande do Sul, em 1975, tendo se expandido por todo o país.

Nessa articulação, entre outras reivindicações, são implementadas táticas e estratégias de luta por piso salarial digno, menor jornada de trabalho e políticas de pessoal que atendam às necessidades da categoria.

Os(as) sindicalistas participam de encontros com outras entidades sindicais correlatas para discutir e integrar programas de ação conjunta.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens)

Esses conselhos foram criados pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e constituem-se em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O Cofen, entidade vértice do sistema, funciona como órgão normativo dotado de autonomia administrativa e financeira, enquanto os Corens têm tarefas e atribuições de órgãos executivos.

Ambos atuam como órgãos colegiados; seus mandatos não são remunerados e suas decisões são tomadas por maioria de votos de seus(suas) conselheiros(as). Os(as) conselheiros(as) são eleitos trienalmente em assembléia geral, constituída **(p.58)** pela totalidade dos(as) profissionais inscritos em cada Coren.

Seus plenários são constituídos de enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Em 1997 o Cofen filiou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiros(as), e a partir de 1998 passou a realizar anualmente os Congressos Brasileiros dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF).

Os conselhos de enfermagem fixam, cobram e executam as contribuições anuais devidas por pessoas físicas e jurídicas, bem como preços de serviços e multas.

A Justiça Federal é o órgão encarregado de apreciar as controvérsias que envolvem os atos do sistema Cofen e Coren.

Publicações

Registrou-se na década de 1990 um grande aumento na quantidade de livros editados na área de enfermagem, além de várias publicações regulares, como as revistas:

- ACTA Paulista de Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp);
- Enfoque - SP - edição particular;
- Revista Campineira de Enfermagem - ABEn Regional- Campinas (SP);

- Revista da Escola de Enfermeira da USP - EE-USP - SP;
- Revista de Enfermagem da Unicamp - FCM - Depto. de Enfermagem-Campinas - SP;
- Revista Latino Americana de Enfermagem - EE-USP - Ribeirão Preto - SP;
(p.59)
- Revista Nursing Brasileira - edição particular - SP;
- Revista Paulista de Enfermagem - ABEn-SP;
- SOBECC Revista - SOBEnf. - Sociedade Brasileira de Enfermagem - de Centro Cirúrgico - SP;
- Caderno de Pesquisa – Cuidado é Fundamental - EEAP - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO - RJ;
- Enfermagem Atual - Editora de Publicações Biomédicas Ltda. - RJ;
- Escola Ana Néri Revista - EEAN - Escola de Enfermagem Ana Néri - UFRJ - RJ;
- Revista Alternativa de Enfermagem - D.Enf HUCFF - Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga - RJ;
- Revista Enfermagem UERJ - Faculdade de Enfermagem UERJ - RJ;
- Revista Baiana de Enfermagem, EE-UFBA -Salvador;
- Texto e Contexto Enfermagem - EE-UFSC - Santa Catarina;
- Cogitare Enfermagem - EE-UFPR - Curitiba - Paraná;
- Revista Gaúcha de Enfermagem - EE-UFRGS - Porto Alegre - RS;
- Revista Brasileira de Enfermagem - ABEN Nacional - Brasília - DF;
- Revista Mineira de Enfermagem - EE-UFMG - Belo Horizonte- MG.

Temos conhecimento de que existem outras publicações de enfermagem em estados não mencionados acima, porém não dispomos de informações suficientes para incluí-la nessa relação. **(p.60)**



DIMENSÕES CULTURAIS

Noções sobre o que é cultura

A cultura neste ensaio é a programação extragenética que guia e ordena os comportamentos sociais e ideológicos expressos pelo que pensa e faz cada pessoa.

Nas diversas culturas passadas e presentes, o sistema cultural proporciona orientação moral, explica e apresenta modelos de conduta, estabelece códigos normativos e ideológicos, assim como legitima situações estruturais de dominação, em muitos casos oferecendo à mulher uma imagem de si mesma que não lhe corresponde, uma identidade que em realidade provém de um padrão concebido e expresso pelo sistema patriarcal, que continua controlando a produção simbólica.

Logo, a cultura, como portadora de sentidos e organizadora das práticas sociais, não é neutra em relação aos sexos; em várias práticas culturais o princípio feminino é simbolizado (**p.61**) como dependente, irracional, sentimental, misterioso, sacrificado, apaixonado, subjetivo, influenciado, tentador, débil, inferior, visões que têm servido para alimentar sistemas de controle social com a função de apagar, silenciar e ocultar as realizações das mulheres.

Os (as) praticantes da enfermagem precisam conhecer e desvendar a cultura, procurando entender que ela concentra um sistema de representações simbólicas de valores, critérios, regras de conduta que regem e racionalizam a compreensão dos seres de ambos os sexos; seus pensamentos, sua posição social e seus comportamentos. É pela cultura que se dão a aceitação potencial e a encarnação permanente da criatividade humana.

A cultura profissional reúne um conjunto de valores e crenças que, mesmo não escritas em lugar nenhum, nem transmitidas objetivamente pelas escolas, vão moldando tudo é todos. A enfermagem, ao longo de sua história, vem formulando e reformulando lenta e continuamente a dinâmica cultural, ora valorizando soluções, ora desvalorizando esforços, políticas e processos idealizados para melhorar a qualidade da atuação profissional.

Uma das metas deste ensaio é fazer com que os (as) profissionais de enfermagem percebam que somente quando compreenderem os aspectos da vida cultural é que poderão traçar políticas justas, centradas nas atuações cotidianas e, por meio dessa nova percepção, oxigenar o processo de trabalho, lutar contra o sexismo, alertar cada profissional sobre a importância de desenvolver as próprias potencialidades, de forma a alcançar, com suas equipes e clientela, **(p.62)** maiores níveis de bem-estar individual e social, tanto no trabalho quanto na sociedade.

Escolhi abordar criatividade, ética, poder, dinheiro, corpo, gênero, saber, linguagem, racismo e a questão religiosa por considerar a compreensão desses temas muito importante para a vida profissional.

Criatividade: arte/estética/estilo

Criar significa compreender e integrar o compreendido em um novo nível de consciência. Para criar dependemos do desenvolvimento de:

- sensações ou qualidades sensíveis;
- percepção e intuição;
- memória e percepção de formas constantes;
- imagens espaciais com expansão e comunicação de sentimentos, idéias e valores;
- sensibilidade, afetividade e intelectualidade.

As sensações lentamente transformam-se em percepções. A função do intelecto é procurar o esclarecimento da verdade e o desmascaramento do erro, da ignorância, da mentira, dos enganos, das mistificações. Nesse caso é preciso situar as diferenças entre o método e a forma, considerando conteúdo, vivências individuais, valores e delimitações, em contraposição ao método instrumental

tecnológico. A forma é o modo de ser, o feito, a aparência, a disposição, a configuração. A idéia de forma abrange um princípio organizador, **(p.63)** estruturador; enfim, uma ordenação que se manifesta quando criamos algo.

A enfermagem como arte aplicada trabalha com a fisicidade dos seres humanos. A experiência estética de cada enfermeiro(a) é feita de:

- atitudes pessoais, contingências de gestos, critérios formativos, sucessão de estilos.

Cada profissional trabalha com dados estritamente pessoais, como:

- experiências concretas;
- histórico de vida;
- espiritualidade particular;
- reação pessoal ao ambiente histórico em que se vive;
- pensamentos, costumes, sentimentos, idéias, crenças e aspirações;
- relação com seu próprio corpo e com o prazer.

Portanto, é preciso considerar na produção criativa dos rituais de enfermagem:

- o conjunto de meios expressivos de que dispomos;
- os métodos de transmissão de solidariedade dos(as) enfermeiros(as) para as pessoas padecentes de alguma limitação, evitando a indiferença;
- os preceitos codificados - científicos, técnicos, sociais, éticos; **(p.64)**
- as várias linguagens existentes (das escolas, das instituições - ABEn, sindicato, Coren, serviços, Igrejas, entre outras);
- os instrumentos disponíveis (livros, apostilas, materiais de demonstração).

Os rituais de enfermagem como parte da arte aplicada se destinam a evitar ou amenizar o sofrimento dos seres humanos e não constituem uma operação ideológica; Antes de tudo, trata-se de uma relação sensorial criativa.

Os (as) enfermeiros(as) precisam ter uma visão moral, econômica e política que lhes permita atender e satisfazer as exigências materiais e espirituais dos seres humanos sob seus cuidados.

Um ritual de enfermagem compreende um conjunto de gestos, com limites precisos. É irreversível, incorruptível; promove a essência, a luz, a vista; enfim, tudo o que entra em seu campo. Realizá-lo implica refletir sobre o seu significado e sua propedêutica, pois se trata de um ato emocionante, impressionante, concreto e ao mesmo tempo abstrato, que atinge seu instante pleno ao assegurar seu potencial de sentido e de prazer, que advém da luta presente e eficaz da solidariedade que estendemos às outras pessoas quando exercemos esse ofício.

A cisão entre a forma e a reflexão sobre a criatividade na formação teórico-técnica e no exercício profissional dos(as) enfermeiros(as) traz como consequência a perda da prática de qualquer dimensão transcendente. - crítica ou utópica. Prevalcem na cultura da enfermagem moderna os valores da sociedade pré-industrial e pré-moderna. Para forçar a entrada **(p.65)** da enfermagem na tão almejada modernidade e na industrialização, foram usados os mesmos mecanismos adotados em outras áreas das humanidades:

- a ruptura com o passado, comprovada pela carência de registros dos(as) enfermeiros(as) e da história da enfermagem brasileira;
- a concepção racionalista da cultura da enfermagem;
- a crença no progresso tecnológico como valor em si mesmo.

Essa trilogia tem desempenhado papel regressivo e impositivo, debilitando os elementos autônomos, tornando os(as) enfermeiros(as) incapazes de oferecer resistência interior e criativa diante dos fenômenos agressivos e totalitários que acompanham o desenvolvimento tecnológico.

A ordem dos espaços de acolhimento nos serviços de saúde está totalmente racionalizada, o que combina perfeitamente com os símbolos de solidão, nostalgia e morte; Nessa ordem, a razão instrumental se identifica com a violência cultural opressiva, e a tecnologia, com a destruição.

A visão tecnocrata dá enfermagem acarreta uma identidade cultural abstrata, ou melhor, uma não-identidade profissional.

A reprodução técnica dos rituais em série liquida a promessa de felicidade, a vontade de transformação e a esperança de emancipação plena da categoria.

Abordar a criatividade causa de imediato uma reflexão sobre os hábitos no exercício da profissão. Fazer enfermagem por hábito muitas vezes constitui um

fator reacionário **(p.66)** no regime das relações éticas e sociais relativo aos costumes profissionais.

A enfermagem exercida como hábito de rotina, se opõe à evolução da sensibilidade e do desenvolvimento das ações mais articuladas, maduras e complexas. Cada profissional deve se habituar a não se habituar, para ter oportunidade de ver na mudança e na revisão dos esquemas a dinâmica de uma resposta contínua dos modos de estar no mundo e de ver o mundo em condições normais e privilegiadas.

O hábito na enfermagem, do ponto de vista negativo, apresenta tendência à esclerose, impede a reflexão sobre a possibilidade de novos gestos, de novas situações e de transformações criativas e inovadoras.

Do ponto de vista positivo (uso da informática), deve corresponder apenas àquela porção de mecanicidade indispensável para abrir espaço para outras e mais altas formas de espontaneidade, capazes de fundar na consciência a mobilidade e a plasticidade. Os hábitos funcionam como perigosos instrumentos de cristalização de valores conservadores. Mantêm-nos dentro dos estreitos limites da ordem, fazendo com que os mais duros e antipáticos caminhos da vida não sejam abandonados por aqueles(as) que foram educados(as) para os percorrer.

A enfermagem plena depende da evolução dos(as) enfermeiros(as) que desejam construir um espaço livre para a reflexão sobre questões criativas, em que a crítica tenha como alvo ultrapassar o estancamento, a repetição mecânica, a ausência de futuro e o medo de romper com os valores ultrapassados. A compreensão da arte e sua integração no **(p.67)** cotidiano consolida uma articulação entre a teoria e a técnica no exercício profissional.

Ética

A ética é a estética de dentro; portanto, indissociável da dimensão criativa.

De acordo com o Dicionário Aurélio, significa “juízo de apreciação referente à conduta humana, susceptível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, relativamente a determinada sociedade, ou de modo absoluto”. O juízo é um talento peculiar cuja falta nenhuma escola pode remediar, porque ele não pode ser ensinado. Provém de um prazer contemplativo que se chama gosto. A escolha

operada pelo gosto - gosto de ser enfermeiro(a) -, em um segundo momento é submetida à aprovação ou desaprovação por parte do(a) cliente. Isso significa que o talento do juízo origina-se dos sentidos subjetivos - olfato e paladar - e suscita sempre agrado ou desagrado individual.

A prática da enfermagem encontra a expressão ética na teoria do espírito. O espírito é a faculdade que capacita cada um a encontrar expressão para as idéias. Por intermédio das idéias, o estado subjetivo do espírito pode ser comunicado a outras pessoas.

O espírito é uma faculdade especial, separada do intelecto e da imaginação. Nas relações éticas expressas pela teoria do espírito, um “eu” se comunica com outro, estabelecendo reconhecimento recíproco de ambos na qualidade de sujeito. Reconhecer alguém como sujeito significa considerar a pessoa **(p.68)** no mesmo plano hierárquico de si e reconhecer sua alteridade e autonomia. Esse relacionamento se concretiza pelo diálogo. A existência do diálogo pode ser verificada quando reconhecemos na sua representação critérios indicadores da veracidade, da inteligibilidade, da sinceridade e da propriedade performática.

Pensar em ética é refletir sobre a vida e sobre como vivenciamos os fatos. Não existe ética sem lucidez, sem um, olhar atento. Por essa complexidade é que nunca esgotamos as respostas às questões que a ética propõe. Não é por acaso que a coragem; a generosidade e a prudência são os elementos básicos da ética.

Para uma pessoa sentir-se ética ela precisa voltar-se para a vida interior, na qual é possível viver intensamente a coincidência entre o desejo e o mundo, entre o afeto e a imagem precisa que lhe dá forma, frutificando assim os sentimentos e a imaginação, que constituem o milagre cotidiano da vida espiritual e afetiva.

A ética individual Indica que devemos escutar a voz de nossa consciência, adotando o correto como conceito fundamental e definindo o bom como o resultado de uma conduta correta. A conduta correta deve ser aquela que proporciona a satisfação geral do desejo, preferindo o amor ao ódio, a paz à guerra, a cooperação à competição, e assim por diante.

A ética tem, como missão primordial, resguardar a alegria, para que ela siga sendo humana, vinculada à vida e à humanidade.

A alegria é espiritual e corporal. Além do espírito, temos **(p.69)** corpo e consciência. Toda ética que prescindir da consideração do corpo é superstição.

Para garantir a alegria, a consciência individual deve estar sempre alerta para evitar a obediência cega às ordens superiores, que sobrepuja a ética e a conduta moral. Desobedecer, em alguns casos, é saudável; como ao dizer não à corrupção, ao mau uso dos recursos naturais e humanos, à ganância, ao dinheiro fácil, à exploração do trabalho.

A ética profissional fundamenta-se nos postulados de liberdade, igualdade e ausência de coação, no tocante à integridade do corpo e da identidade pessoal de quem está sob os cuidados de enfermagem. Ela extrapola os postulados do código de ética dos profissionais da enfermagem, que reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética.

Prevalecem no código de ética os pressupostos da ética comunicativa fundamentada na argumentação, segundo os quais os exercentes da enfermagem e seus/suas clientes são livres e nenhuma das partes pode coagir a outra a aceitar intervenções com as quais não concorde. Postula também, que todos têm o direito de apresentar e refutar argumentos e, por fim, que todos os argumentos devem ser submetidos a livre exame e aprovação das partes interessadas. Como fruto dessa argumentação, deve ser assegurada ao(à) cliente ou à coletividade a prática da enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte dos profissionais.

Destacamos na conduta ética o respeito aos princípios de inviolabilidade e indisponibilidade. O primeiro trata de preservar **(p.70)** as pessoas que estão sob cuidados, protegendo-as contra agressões a sua identidade social e corporal. O segundo procura evitar que a identidade das pessoas seja massificada e incentivar que o tempo de atendimento seja proporcional à necessidade do(a) cliente. Procura também evitar que nos ambientes terapêuticos o(a) doente seja chamado(a) de paciente, identificado(a) por sua doença, pelo número da cama ou do quarto que ocupa, e que as ações previstas para cada pessoa se realizem no horário programado.

Para garantir o respeito aos princípios éticos, é preciso reconhecer que cada pessoa tem direito à auto-realização, à felicidade e a julgar os(as) agentes que lhe tratam/em vez de serem tratados como um mero objeto em suas mãos. É preciso também reconhecer que o(a) cliente tem o direito de manter os fundamentos morais de sua própria cultura durante o convívio com outras pessoas nos ambientes terapêuticos, sem que isso signifique a desobediência à universalidade das regras e normas que regem os serviços de saúde.

O Poder

O poder não é uma essência! ... É de fato a fonte inevitável de relações entre os seres humanos, e se exerce em atos, em palavras.

A contraparte do poder é a responsabilidade política.

O poder é o exercício contínuo de atos repetidos ou simultâneos que direcionam o que outros(as) fazem ou pensam. Em geral, compreende um sistema de relações, de cerimônias, de reconhecimento de códigos de identificação do **(p.71)** poder do(a) outro(a). Os(as) titulares do poder possuem características e condutas aproximativas, convivem em um espaço de compreensão entre iguais. São conhecidos como os(as) sujeitos(as) do Contrato Social.

Pelo lado direito, o poder se caracteriza pelo princípio que separa a minoria que governa da maioria que é governada, e indica a maneira pela qual a maioria deve obedecer à minoria que comanda. Para garantir a ordem, o poder se manifesta através de um meio singular: instrumentaliza a violência para manter a ordem pelo uso da força.

Pelo lado avesso, se caracteriza pelo princípio da ação com a qual conta uma sociedade impõe uma finalidade aos membros da sociedade e determina a conduta a ser seguida por eles para sua realização; justifica as finalidades e define através de que método, a quem, em nome de que e a que título os(as) associados (as) devem obedecer.

O poder/dominação compreende um sistema classificatório que divide e organiza seus espaços práticos e simbólicos. A mais importante dessas divisões é a separação entre:

- espaço político/público - esfera preferencial onde reinam os varões, lugar de onde é possível ver e reconhecer as relações de poder, em que os seres racionais tratam os outros seres racionais como fim, e nunca como meio. As manifestações dos seres humanos nesse espaço se expressam em leis, constituições, estatutos e coisas semelhantes. Desse lado de fora da sociedade está tudo aquilo que fica além da intimidade, do privado e dos afetos. Esse é o lugar onde se origina, se aprende e se exercita o poder. Nesse âmbito circulam **(p.72)** a grande maioria dos dispositivos concretos do poder - dinheiro, armas, força física - e também os bens abstratos e

incontroláveis - conhecimento científico, saber religioso, linguagem e informação.

- espaço privado/familiar - esfera pré-cívica, adscrita preferencialmente às mulheres, local que não tem um fim em si; funciona como um meio para criaras condições do outro no espaço político/público e no espaço social. Os seres humanos se reúnem nesse espaço em torno dos costumes. Desse lado de dentro da sociedade, reside o âmbito da interioridade; o espaço limitado pelo círculo familiar e pelos muros do lar; o tempo do imediato; em que circulam os afetos, em que parte da linguagem é implícita, e seus conteúdos, subentendidos, em que a indiscriminação é patrimônio comum. Desse lado, o trabalho é invisível e não-remunerado, o tempo é uma fita sem fim, em que as individualidades se desfazem. Não existe nesse espaço a possibilidade de gerar, administrar e aplicar os dispositivos do poder ou definir, planejar e controlar o funcionamento social.
- espaço social - âmbito em que os seres humanos se reúnem em torno das convenções.

Quem exerce o poder atribui a si uma superioridade moral, levado(a) por um sentido de responsabilidade e por uma coragem ímpar perante as situações incertas e ameaçadoras. Submeter-se ao poder equivale a confiar.

A filósofa Hannah Arendt define o poder como uma potencialidade vinculada ao desejo de poder fazer. Exorciza a lógica do poder baseado em mandatos e obediência, considerando **(p.73)** ato de força, violência ou dominação que se concentra nas mãos de poucas pessoas contra a resistência das demais.

A implementação do poder potencial, não calculável, tem como pré-condição básica a pluralidade entre pessoas que atuam juntas e se reconhecem capazes de revelar em palavras e em fatos sua verdadeira personalidade.

O poder potencial, vinculado ao desejo de poder fazer, constitui uma relação que leva a uma vontade comum; resulta de uma comunicação voltada para a obtenção do acordo.

O poder político é um recurso gerado pela formação de uma vontade comum e representado pela capacidade de cidadania de uma comunidade política em concordar ou não com o curso comum de uma ação. Por essa razão, o poder político nunca deve ser atribuído a alguém no singular; deve ser entendido como a capacidade

de agir plenamente em conjunto. O mundo político é constituído pelo espaço onde a palavra e a ação representam experiências que permitem o aparecimento da liberdade, e onde se gera o poder e se persuadem outros a agir em conjunto. Constitui um sistema complexo de pensamentos que impele todos a conviverem com desordens, brechas, reorganizações, visando à construção de uma política de civilização capaz de resgatar a multiplicidade/unidade ilimitada das necessidades e potencialidades humanas. É um componente integral da questão humana e em cuja órbita nos movemos todo dia. O pensamento político baseia-se em essência na capacidade de formar opinião.

O espaço político deve ser entendido como o âmbito mundial em que os seres humanos se apresentam atuantes, **(p.74)** conferindo aos assuntos mundanos uma durabilidade que lhe é característica.

Portanto, a política deve ser considerada um meio para atingir um fim mais elevado: a garantia da vida num sentido amplo. É uma necessidade imperiosa da vida humana, tanto individual quanto em sociedade, e deve assegurar aos integrantes da comunidade a própria vida, o trabalho, o dinheiro e a felicidade.

A política trata da convivência entre pessoas diferentes e se baseia na pluralidade dos seres humanos. Estes se organizam a partir do caos absoluto da diferença ou a partir de um interesse comum. Portanto, não existe nenhuma substância política original; ao nascer, o ser humano é apolítico. A política surge no interespaço entre os humanos e se estabelece como relação cujo sentido é a liberdade e a responsabilidade de escolher entre o certo e o errado, o prazer e a obrigação.

O exercício do poder potencial tem o sentido de um ato criativo e pode transformar uma pessoa isolada em um ser político atuante e capaz de se comunicar com outras.

Talvez em nenhuma profissão o exercício do poder esteja tão presente no dia-a-dia quanto na enfermagem, pois o(a) profissional ordena, determina e realiza atos contínuos de cuidado a outras pessoas, além de atos administrativos para garantir o equilíbrio do meio ambiente. Contudo, a sua presença é mínima quando se trata de compartilhar os espaços do poder nos processos decisórios sociopolíticos do setor de saúde.

Alguns fatores explicam essa situação: a invisibilidade social do(a) enfermeiro(a) em posições de poder e autoridade **(p.75)** nas estruturas decisórias da saúde, a carência de representantes com capacidade argumentativa para reivindicar os direitos da categoria nas lutas sociais - as reivindicações se restringem

praticamente à luta por melhores salários -, o silêncio sobre o desempenho da enfermagem na manutenção de níveis desejados de saúde para a população, caracterizado pela omissão de informações nos discursos públicos que relatam a história e a memória das atividades nacionais de saúde.

A falta de articulação para desfrutar de acesso pleno ao poder pode ser creditada à interiorização de valores vinculados à sobrevivência no âmbito doméstico-familiar posteriormente transpostos acriticamente para o âmbito público. A confusão entre o poder exercido no espaço privado baseado em afetos, abnegação, amor e doação, e o exercício do poder político no espaço de decisão dos assuntos públicos afasta o pessoal de enfermagem das esferas de poder decisório - pela falta de capacidade e de consciência política para articular as ações profissionais em igualdade de condições com seus pares da arena pública.

O dinheiro

O dinheiro é a mais arrojada das representações criadas pelos seres humanos para tornar o mundo suportável, tangível e inteligível. Ele introduz no mundo uma ordem e uma unidade que englobam as maneiras de pensar e sentir em todas as esferas da realidade.

Ao lado de duas línguas sem fronteiras - a música e a matemática -, o dinheiro é a terceira delas. Toma de empréstimo **(p.76)** da música a inteligência do ritmo e, da matemática, a precisão das combinações.

O dinheiro é o meio de representar uma relação invisível por um objeto visível - a moeda palpável, a cédula, o cheque, os cartões magnéticos - que repassa de mão em mão e faz bens circularem de um lugar para outro.

O dinheiro é um objeto entre outros; trabalha-se nele na moedagem, no aferimento do peso e na impressão de uma imagem, fruto de reconhecimento.

O dinheiro é ao mesmo tempo idéia e coisa; executa a tarefa de representar socialmente um contingente de riquezas e de necessidades humanas, e é por esse meio que reconhecemos seu domínio sobre nós e a sua razão de ser.

Na atualidade, os seres humanos não podem ter entre si nenhum laço do qual o dinheiro esteja ausente; tornando-se assim um padrão de medida e um símbolo das relações de troca e dos sacrifícios que consentimos por seu intermédio.

O enigma do dinheiro faz cada pessoa chegar perto da plenitude do desejo; o desejo de dinheiro instaura regras que lhe são próprias; expressas tiranicamente em cifras e em cálculos aos quais a pessoa se submete.

Sua qualidade primordial - talvez mesmo a única - é a quantidade; Cada indivíduo é levado pelo dinheiro a ultrapassar seus limites, a se submeter a formas de pensar e agir comuns a todos.

Ele não tem limites, desconhece o dia e a noite e irriga incansavelmente o solo dos nossos desejos, que valoriza e põe em efervescência. É apreciado segundo as vantagens que traz, o ritmo de sua circulação e de sua acumulação. **(p.77)**

O dinheiro é um meio de comunicação universal - o mais rápido deles, não tendo outro limite senão a velocidade da luz, que serve para transmitir as mensagens eletrônicas. Ele abala a consistência de todas as coisas e de qualquer pessoa, por servir de meio a qualquer troca. Nada na economia, nas artes, nas ciências ou nas religiões permanece à parte.

Desde cedo aprendemos a manejá-lo, a contar, a prever, a desejá-lo, a saborear as coisas segundo o seu preço, a avaliar o que é justo e injusto na proporção do sacrifício exigido ao longo das nossas vidas. Aprendemos que a divisão do trabalho, a produção e os serviços são registrados pelo dinheiro. Aciona simultaneamente forças intelectuais, sociais e artísticas.

Sua particularidade é possuir leis próprias e só se ocupar de si; essa é a razão de sua atração e poder. A qualidade intrínseca do dinheiro é a indiferença; como simples meio, não veicula nenhuma relação afetiva. Ele tece um segundo corpo social, matematizado e homogêneo, no qual não existem laços privilegiados e ligados a determinada pessoa; por si só não constitui esse laço porque consta da sua natureza submeter, misturar, deformar as relações e obedecer apenas aos incitamentos da troca e aos imperativos dos valores. A troca é a relação das relações: aproxima o que está distanciado, mantém associado o que corre o risco de se dissociar. Ela não se reduz pura e simplesmente a dar e receber, é uma ação recíproca que cria laços entre as pessoas, as atrai e faz com que pertençam a um grupo, a uma sociabilidade ou a uma instituição. Constitui a forma primordial da vida em sociedade, criando relações internas entre os seres humanos; uma verdadeira sociedade **(p.78)** em lugar de uma simples soma de pessoas justapostas.

Por meio da troca é que percebemos que o dinheiro assume um caráter econômico.

A objetivização de algo que tem como termo o dinheiro inicia-se no movimento que vai do desejo à troca, e que demonstra de que maneira o valor subjetivo (o desejo) se torna objetivo.

A economia moderna, monetária, modela as relações entre as pessoas, seus sentimentos e maneiras de pensar. Por exemplo, o pagamento em dinheiro permitiu aos(as) trabalhadores(as) se emanciparem do patrão direto, deixando assim de serem subordinados a uma pessoa.

Possuidores de sua fonte de trabalho, vendem-na em troca de uma quantidade de dinheiro. Ao receber o salário em dinheiro, o(a) trabalhador(a) passa a confiar mais em si mesmo, permitindo-se melhorar a sua ação.

Essa evolução introduziu mais liberdade na vida dos(as) trabalhadores(as), na medida em que uma parte maior de sua vida lhes pertence. Em todos os processos históricos de conquista da liberdade o dinheiro desempenhou um papel importante, eliminando as relações pessoais de trabalho (senhor/escravo) urdidas há milênios. Com a remuneração em dinheiro, as obrigações de quem trabalha passaram a ser formuladas e justificadas racionalmente. O dinheiro não diferencia apenas empregadores(as) dos empregados(as), ele distingue também os varões das mulheres: eles são muito mais instruídos a manipular o dinheiro do que elas, de modo que têm mais possibilidades para representar um papel importante no mundo financeiro. **(p.79)**

Essa reflexão pretende inovar a maneira de pensar do pessoal de enfermagem sobre o mal-estar causado pelos enfrentamentos humanos vinculados ao exercício do poder e sua base material, o dinheiro.

Documentos de época demonstram que o trato com o dinheiro estava presente nos discursos fundadores da enfermagem profissional.

Quando Florence Nightingale inaugurou a Escola de Enfermagem do St. Thomas Hospital, em Londres, em 14 de junho de 1860, com apenas 15 alunas, ela enfatizou que temia a invasão de entusiastas superficiais, uma vez que o trabalho de enfermagem era grosseiro, repulsivo, servil e nobre e que o objetivo da escola era melhoraras hospitais mediante treinamento e disciplina de grande parte das mulheres que buscavam no trabalho o seu sustento e na enfermagem um meio de subsistência o dinheiro pessoal de Florence Nightingale provinha de uma renda anual de 500 libras que seu pai lhe passara depois que já tinha mais de 30 anos e ele se convencera de que ela não se casaria.

Quando Ethel Parsons apresentou o relatório da implantação da 1ª Escola de Enfermeiras da DNSP (atual EE-UFRJ), entre outros assuntos, relatou seu desejo de que essa instituição fosse estabelecida com os mais elevados e reconhecidos padrões do mundo, expressando que os vencimentos dessas enfermeiras deviam ser tão elevados quanto os das senhoras em outras profissões elevadas no país.

Nessa mesma exposição, Ethel Parsons declarou que “a base da arte da enfermeira é o instinto materno bem-desenvolvido, e não resta dúvida de que o espírito da maternidade é **(p.80)** extraordinariamente desenvolvido nas mulheres brasileiras”. O paradoxo desse discurso, referente ao desejo de vencimentos elevados à vinculação da identidade da enfermeira com o instinto materno, evidenciou um bloqueio entre a mulher maternal e a mulher enfermeira, indicativo dos obstáculos psicológicos sofridos por uma enfermeira profissional que se quer cidadã por meio do trabalho, e suas decorrências na esfera pública.

Ethel Parsons reproduz nessa exposição o pensamento do idealizador da Escola Dr. Carlos Chagas: “Habilitar-se enfermeira, para as moças brasileiras, seria uma oportunidade de prestar um serviço à pátria, tendo elas, pelo alívio que trazem aos que sofrem, uma oportunidade de dedicação que lhes traria farta messe de satisfação espiritual”. Nitidamente tem mais peso o discurso que refere-se ao mundo da natureza feminina (instinto maternal) e dos afetos (amor à pátria) do que o estímulo para inserir as enfermeiras no mundo das idéias, do dinheiro e do poder público. Infelizmente, os valores expressos nesses discursos continuam impregnando todo o tecido social da enfermagem. É hora de mudar.

Em princípio, o acesso ao dinheiro se dá igualmente para homens e mulheres, em retribuição pelo trabalho realizado no âmbito público. Entretanto, na enfermagem, profissão exercida majoritariamente por mulheres, mesmo com formação, experiência, bom desempenho profissional e permanência prolongada no trabalho, quase sempre a remuneração das enfermeiras é menor que a de outros profissionais da área da saúde.

Esse fenômeno se explica em parte pelos preconceitos sociais sexistas. Por um lado, existe um tabu cultural, interiorizado pela menina desde a infância, que sinaliza que seu **(p.81)** prestígio social depende de ela ser capaz de prestar serviços à família e à sociedade por abnegação e amor, sem exigir nenhuma retribuição.

Cobrar honorários põe em evidência um comportamento que não é altruísta nem desinteressado, contrasta com a imagem de bondade e despreendimento interiorizada pela mulher profissional desde a infância.

A mulher, ao infringir esse tabu, usufruindo o dinheiro como instrumento de poder- que possibilita a mobilidade, a liberdade e a ascensão social -, sente-se ameaçada pelo fantasma da prostituição. Tradicionalmente, as atividades profissionais que incluem dinheiro como forma de pagamento sempre foram exercidas por homens, exceto a prostituição feminina. É possível que a enfermeira associe sua luta por uma remuneração justa à imagem de uma mulher sexualmente vulgar.

Por outro lado, a disponibilidade para ganhar e usufruir o dinheiro está ligada à liberdade de conquistar coisas novas, de pensar em novos projetos, de eleger novas relações, de decidir mudanças; enfim, de transgredir e superar o fantasma da prostituição.

Com menos dinheiro, a enfermeira é obrigada a restringir sua mobilidade no mundo. Por isso, sua capacidade para ocupar novos espaços no poder decisório e para assumir maiores cotas de responsabilidade em relação aos resultados de seu próprio trabalho é diminuída e, conseqüentemente, mal remunerada.

Inegavelmente, existe discriminação social e econômica no pagamento de salários e honorários ao pessoal de enfermagem, **(p.82)** mas há também obstáculos psicológicos interiorizados pela categoria que dificultam estabelecer preços para cada serviço, cobrar e reclamar dívidas bem como explicitar honorários nos contratos de trabalho. Esse tabu começa a ser desmistificado objetivamente, pois os Corens fixaram tabelas de preços para cada atividade profissional e vêm divulgando-as. Resta agora vencer as dificuldades do mundo interior desses profissionais.

Os condicionamentos inculcados no pessoal de enfermagem - varões e mulheres - sobre o poder e sua base material, o dinheiro, podem ser transformados pela reflexão e tomada de consciência. Ampliar a reflexão sobre o dinheiro é muito importante porque ela funciona como a ponte entre o mundo imaginário e a realidade social, cultural, política, econômica e religiosa.

O corpo

O corpo é a forma original de que cada ser humano dispõe para relacionar-se com outros; para exteriorizar a realidade profunda que nele habita; enfim, para dar "corpo" a sua própria identidade.

O senso de identidade corporal constitui a fundação da pessoa, por meio de:

- percepção do desejo - “eu sei o que sinto”;
- reconhecimento das necessidades - “eu sei o que quero”;
- consciência da sensação corporal - “eu sei do que necessito”. **(p.83)**

O corpo vivo canta, brilha, tem prazer e orgulho, e é orientado para a própria satisfação, enquanto o ser social se guia internamente pelos sentimentos e externamente pela situação ambiental.

As pessoas com problemas de identidade corporal e social se encaminham para o terreno da identidade alienada, que tem como sinais de alerta: sexo compulsivo, trabalho mecânico, empreendimentos egoístas e amor romanceado. O corpo é substituído por uma imagem e interpretado por um papel que se percebe na maneira de falar, nos gestos, na atitude corporal, e transforma o senso de identidade em artefato social. Essas pessoas, em geral; são vítimas de bajulação. Por não sentirem o corpo precisam de auto-afirmação e apoio de fora (ilusão). Suprimindo ou perdendo os sentimentos, a pessoa sofre de perda de autopercepção, enfraquecimento do ego, ausência de responsabilidade. Nesse caso, coloca sua imagem no lugar da realidade, deixando de ser ela mesma. Para desmascarar o artefato social é preciso viver por si; conhecer os próprios sentimentos e ser capaz de exprimi-los; identificar seus sentimentos negativos.

Não existe um corpo natural, simples. Ao nascer, o corpo infantil já se encontra aprisionado em uma densa rede de signos que o esperam, como o sexo, o nome que o integra à tradição dos seus antecedentes, a indumentária, os alimentos nem mesmo nesse momento precoce da existência o corpo é livre.

O corpo humano tem duas modalidades - o varão e a mulher -, o que constitui não só uma diferença de sexo como também uma diferença de gênero. **(p.84)**

As fêmeas nascem trazendo em seu corpo um espaço próprio e específico para gestar e comportar a vida humana, alimentando-a com o sangue e o leite que cotidianamente se gastam e se renovam em seu favor, na maior parte do tempo.

O corpo constitui um lugar eminentemente simbólico, um tecido de relações que contém os significados de saúde e doença, vida e morte, prazer e

sofrimento. É o instrumento com que tocamos a vida e que transporta nossa energia autoconsciente, a qual traduz todas as outras energias: criativa, sexual e espiritual. A individuação corresponde a nossa interação legítima com todas as energias do universo que têm a ver com o gozo e o prazer da vida. O corpo é sentido pela experiência da sexualidade, não se deixando falsificar, mantendo a fonte biológica do desejo.

A esfera íntima individual compreende uma dimensão única, irreprodutível, representada pela corporalidade e pela relação consigo, que estabelece um vínculo com a liberdade e seus componentes (criatividade, autonomia e independência).

Quando, a pessoa se desarmoniza com a: vida íntima, transforma sentimentos em deveres, influenciada pelas, regras da civilização em que vive. Cedo incorpora os códigos que definem o que devemos sentir e coloca de lado o que realmente sente. A cartilha civilizatória nos ensina a qualificar alguns desejos como bons e outros como maus. A repressão de parte dos desejos introduz a pessoa no reino de silêncio - a ante-sala de todas as doenças, emissárias da morte.

A individuação estabelece uma conexão com a força e o poder interno de cada pessoa, e quem a respeita tem melhor **(p.85)** saúde e fica mais apto(a) a encontrar respostas perante às necessidades de satisfação com a vida e consigo.

Com a tomada de consciência sobre o desempenho do próprio corpo, a pessoa pode dominar o equilíbrio da mobilização corporal em relação ao espaço, facilitando a adaptação aos novos ambientes, a liberação de energia, a improvisação e a integração.

A visão holística do corpo não é suficientemente considerada tanto no ensino quanto no exercício da profissão. O corpo, na maioria dos espaços de formação de enfermagem, é considerado como ferramenta de trabalho; é adestrado para realizar técnicas, sem que se dê importância ao desenvolvimento de sua capacidade emocional. Esse enfoque de desenvolvimento parcial do corpo apresenta resultados perversos, como a negação dos sentimentos (o profissional não deve chorar quando morre uma pessoa que estava sob seus cuidados) e o controle das expressões corporais (“engolir o choro”). Essa dissociação torna o corpo rígido e impossibilitado de realizar todas as suas faculdades.

A concepção de um corpo rígido, limpo, agradável, inodoro e sem prazer ainda faz parte do ensino e do exercício da enfermagem, por se tratar de uma

profissão idealizada como sublime, cujos valores maiores seriam a trilogia dedicação, abnegação e amor.

Na vida do(a) profissional, as interdições sobre o corpo se manifestam de forma prejudicial, principalmente no trato da sexualidade própria e do(a) cliente. A consciência de que é necessário desmistificar essas interdições gera um melhor grau de entendimento sobre o corpo e abre possibilidades **(p.86)** para que o indivíduo integre suas características superficiais às sexuais, processo aliado ao respeito a um estado de espírito harmonioso fundamentado no direito ao amor, ao prazer e às preferências sexuais, sem nenhum preconceito. Um corpo emocionalmente sadio harmoniza o olhar, a expressão do rosto, a posição da cabeça, a postura, o tônus dos músculos, o timbre da voz, a motilidade da pélvis e a espontaneidade do gesto em um quadro uno, integrado e autocomandado.

O corpo nos configura e nos define; nos situa ante a realidade, ante os outros e ante nós mesmos.

Gênero

Dentre as abordagens de teoria social; o gênero aparece como categoria analítica no fim do século XX. O gênero, como preocupação teórica elaborada pelas feministas contemporâneas, faz parte da tentativa de reivindicar uma definição que explique as desigualdades entre as mulheres e os varões.

A historiadora Joan Scott (1986) sistematizou um esquema de compreensão de gênero baseado em quatro elementos inter-relacionados constitutivos das relações sociais:

- os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações freqüentemente contraditórias: Eva e Maria, como símbolos da mulher; mitos de luz/escuridão, purificação/poluição, inocência/corrupção;
- os conceitos normativos que põem em evidência as interpretações dos símbolos pelos sentidos, expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas, **(p.87)** os quais tomam forma de oposição binária fixa, que afirma de, maneira categórica e inequívoca o significado do varão e da mulher, do masculino e do feminino. O desafio da pesquisa histórica consiste em fazer explodir essa noção de fixidez, em descobrir a

natureza do debate ou da repressão que leva a uma aparente permanência atemporal na representação binária de gênero;

- incluir a concepção de política, bem como uma referência às instituições e à organização social dotada de visão ampla que inclua, além do parentesco, o mercado de trabalho, a educação e o sistema político;
- a identidade subjetiva que configura modelos de sentimento, valor, representação, imagens fixas para cada sexo. Em vez disso, segundo a autora, os(as) historiadores precisam examinar as formas pelas quais as identidades generificadas são construídas e relacionar seus achados em uma série de atividades, de organizações e de representações sociais historicamente específicas.

A percepção da perspectiva de gênero nas relações entre os sexos fornece meios de decodificar o significado culturalmente atribuído ao varão e à mulher e de compreender as complexas conexões entre as várias formas de interação humana.

Esses estudos enfatizam a importância de compreendermos os grupos de gênero no passado histórico, a fim de identificarmos os papéis e simbolismos sexuais presentes nas diferentes sociedades e períodos, e como eles funcionavam para manter a ordem social ou para mudá-la. **(p.88)**

A política da dominação do gênero masculino sobre o feminino está presente em todo o tecido cultural da enfermagem e foi consolidada inclusive nas leis do exercício. Apesar de a produção social, intelectual e política ser predominantemente feminina, ela é identificada genericamente, nas falas, nos discursos, nos documentos, como produção masculina. Esse comportamento sexista acentuou-se no interior da categoria a partir de 1968, quando varões foram admitidos nos cursos de graduação em enfermagem e reivindicaram a designação da categoria no masculino.

O simulacro de representação profissional no masculino está levando a categoria que é majoritariamente feminina, a perder territórios anteriormente conquistado pelas pioneiras da enfermagem. Uma das possibilidades de reverter esse quadro é examinar a situação sob a luz da cultura que consolidou essa distorção e, com o apoio de todos(as), introduzir os estudos de gênero em todas as disciplinas curriculares nas escolas de enfermagem. O primeiro passo deve

compreender a luta contra o sexismo, que é uma sociopatologia caracterizada por atitudes cotidianas de pessoas que privilegiam um gênero (quase sempre o masculino) em detrimento do outro (quase sempre o feminino). Aos comportamentos sexistas se agregam atitudes androcêntricas, caracterizadas pelo privilégio dado ao ponto de vista masculino sobre qualquer assunto ou área do conhecimento, em detrimento do ponto de vista feminino. Para compreender e ultrapassar a desvantagem social representada pelo sexismo e pelo androcentrismo é preciso esclarecer que o sexo é um traço inato dos seres humanos, assim como a cor da pele, enquanto o gênero (masculino e feminino) é uma construção **(p.89)** sócio-cultural que pode ser modificada, pelo menos para eliminar o aspecto opressivo exercido pelo gênero masculino sobre o feminino. O sexismo na cultura foi firmado pela filosofia ocidental, que formulou a hipótese segundo a qual a forma originária do ser era única, neutra e masculina (homem), incorporando nessa maneira de pensar os dois sexos.

Quaisquer empreendimentos para alterar a relação entre os gêneros masculino e feminino exigem profunda compreensão das instituições sociopolíticas, pois a política da dominação de gênero não subordina apenas as mulheres aos varões, funciona como cidadela do direito de propriedade dos interesses tradicionais e conservadores da sociedade patriarcal.

Em termos profissionais, é importante analisar, sob a perspectiva de gênero, o que significa exercer uma profissão majoritariamente feminina, tanto pela situação objetiva (licenças para procriação, amamentação, aborto) quanto pela influência subjetiva dos modelos ideológicos difundidos na sociedade, nos quais interferem elementos conservadores, construtores de relações sociais inadequadas entre varões e mulheres - como submissão, impotência, conformismo, incompetência, onipotência, indiferença.

A inclusão da perspectiva de gênero nos estudos de enfermagem torna possível visualizar, criticar e discutir as implicações culturais e políticas que afetam uma profissão majoritariamente feminina.

Racismo

O racismo presente no processo seletivo das mulheres **(p.90)** candidatas a estudante de enfermagem na Escola do DNSP-RJ era camuflado, havendo

registros e depoimentos de algumas que sofreram esse tipo de discriminação por serem negras, falsamente justificados por condutas comportamentais, outras que não correspondiam à realidade do perfil da profissão. As mulheres negras, por sua própria condição social, eram e ainda são mais carentes de educação formal, apesar de sua contribuição para a formação da cultura brasileira.

É um dos deslocamentos do paradigma da enfermagem nightingaleana, implantado aqui pelas pioneiras norte-americanas, quando se deu a introdução do racismo no processo seletivo de estudantes nacionais. As mulheres negras foram impedidas de estudar em escolas de enfermagem, e as justificativas apresentadas eram velada ou declaradamente racistas. Por exemplo, na seleção das candidatas exigia-se boa aparência, o que na prática significava não ser negra. Assim, as próprias candidatas negras se auto-excluía para evitar o constrangimento da recusa, mesmo quando possuíam a qualificação escolar requerida. É importante reconhecer o racismo como uma característica também brasileira.

Nos escritos de Florence não se encontram referências a posturas racistas na organização da enfermagem inglesa; chocava o abismo existente entre as mulheres de sua classe, fúteis e conservadoras, e a miséria em que viviam as mulheres pobres.

Em seu primeiro emprego como superintendente do Instituto para o Cuidado de Mulheres Carentes Doentes, em 1854, Florence recrutou filhas de agricultores e as treinou segundo os postulados do Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, **(p.91)** na Alemanha, onde havia estudado, para que exercessem a enfermagem nessa instituição. Foi com inteligência, coragem e determinação que Florence transformou o modo de a sociedade encarar as mulheres e as enfermeiras.

A questão do racismo na enfermagem só poderá ser compreendida quando os(as) profissionais afro-descendentes elaborarem pesquisas sobre essa questão, que até hoje continua entranhada em muitas mentes e causa constrangimento, vergonha e até manipulação de fatos históricos quando é abordada.

Vêm se destacando no cenário universitário os estudos coordenados pela enfermeira Isabel Cruz, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), que dirige os núcleos de estudos sobre a etnia negra e as atividades de enfermagem. Ela edita um boletim eletrônico no qual divulga o resultado de suas pesquisas.

A questão religiosa

O entendimento do que é enfermagem no Brasil só será completo quando estudiosos(as) do assunto desvendarem o significado dos postulados da enfermagem cristã, transmitidos a diversas gerações de enfermeiros(as) e aprovados pela sociedade, em especial pelos médicos. A ruptura formal com esse paradigma se deu com a integração da profissão no sistema de ensino nacional. Com o vestibular unificado, que seleciona anonimamente candidatos(as) para ocupar vagas na universidade, desapareceu o controle sobre as características espirituais de quem ingressava no sistema formador. **(p.92)**

Apesar da introdução da enfermagem nightingaleana no Brasil, prevaleceram as escolas de orientação religiosa. A precursora da enfermagem profissional, Florence Nightingale, tinha mente clara e extrema sensibilidade, capaz de conjugar divertimento, agitação e beleza com disciplina, ordem e religiosidade. Escreveu em seu diário, em 7 de fevereiro de 1837: “Deus falou comigo e me chamou para servi-o”. Aos 26 anos, teve conhecimento do trabalho de mulheres religiosas e respeitáveis - as diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha - que cuidavam de doentes. Em julho de 1849, esteve durante duas semanas em Kaiserswerth, tendo para lá retornado aos 31 anos, onde, apesar da vida árdua, sentiu a auto-estima elevada e determinou um objetivo de vida. Nessa instituição, os dias eram preenchidos com freqüentes momentos de oração, quando todas se reuniam em uma sala e se ofereciam a Deus. Apesar de protestante devotada, ela se articulou com o cardeal Minning, da Igreja Católica, e conseguiu ser encaminhada para treinamento em um hospital administrado por irmãs de caridade, em Paris. Nessa instituição, vestia-se como freira, embora vivesse separada das irmãs.

Foi sob a orientação de freiras enfermeiras francesas que Florence desenvolveu seus dons para a organização, pesquisa e tomada de decisões em um estabelecimento hospitalar, e depois na enfermagem.

Apesar da religiosidade intrínseca ao espírito de Florence, a enfermagem estruturada por ela teve caráter, inteiramente civil. A instalação da Escola de Enfermagem Ana Néri, como instituição pública, de imediato não conscientizou a sociedade sobre a necessidade de criar uma rede de ensino **(p.93)** público na área. Basta lembrar que até 1959, das 38 escolas de enfermagem existentes, 21 pertenciam a congregações religiosas. Apesar de a produção intelectual das

enfermeiras religiosas ser reduzida, elas conseguiram imprimir valores morais e religiosos subjetivos que ainda estão muito presentes em todos os espaços da categoria.

Na base ideológica do paradigma religioso brasileiro a enfermagem ocupa um lugar de complementaridade na saúde; seus profissionais são abnegados(as), invisíveis, assexuados(as), passivos(as), obedientes e, conseqüentemente, despolitizados(as). Existe, pois, um deslocamento do paradigma nightingaleano, que tinha por objetivo formar enfermeiras para ensinar e assumir cargos nos quais pudessem estabelecer altos padrões de enfermagem independentemente dos demais profissionais de saúde.

Na base ideológica da formação da enfermagem cristã prevaleceu também a dicotomia da identidade feminina: de um lado, Maria, a mãe virgem, e de outro, Eva, a pecadora. O marianismo - culto da superioridade espiritual feminina - constituiu um dos pilares da formação profissional e era caracterizado pela sublimação da sexualidade das estudantes em qualquer uma de suas manifestações. Era transmitida a orientação de que, para transcender os impulsos sexuais e desejos do corpo, deveríamos dedicar todo o amor aos que sofrem. A transgressão a esses princípios era punida até mesmo com a expulsão de alunas das escolas de orientação religiosa.

No currículo oculto estava determinado que, para ser enfermeira, era preciso bloquear todo o erotismo; a sexualidade livre era vista como algo sujo, do domínio masculino; ensinava-se **(p.94)** que os varões obrigavam as mulheres a satisfazer seus desejos, e que as sensações sexuais deviam ser alheias ao corpo das estudantes. O casamento só era aceito quando sacramentado pela Igreja e com a finalidade de constituir descendência.



Missa de formatura da turma de enfermeiras de 1957 da Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – UPC/PE (Igreja de Nossa Senhora das Fronteiras/Recife, fevereiro de 1957).

O controle da sexualidade era bem concreto. Os uniformes não podiam modelar o corpo, maquiagem ou acessórios eram proibidos, bem como pulseiras; brincos e anéis (exceção aos de noivado ou casamento). A participação ativa em qualquer manifestação política da vida universitária também era repreendida.

Como sexualidade e poder são indissociáveis, em nenhuma disciplina do currículo escolar era valorizado o desenvolvimento da autonomia, liberdade, independência, autoconhecimento e autocrítica. Resquícios desse legado religioso e conservador ainda se refletem na enfermagem atual, identificados por atitudes individualistas, medíocres, despolitizadas, conformistas, que freiam a integração harmoniosa e autônoma dos profissionais nas lutas políticas e sociais. Assim, em qualquer discurso político sobre a melhoria do setor de saúde, a enfermagem permaneceu eclipsada.

Linguagem

Para melhor entender o que os(as) profissionais falam no dia-a-dia, deve-se voltar a atenção para sua linguagem, observando como falam e escrevem.

A linguagem reflete a estrutura da realidade, de sorte que nenhum objeto, nenhum conceito e nenhum ser existe na consciência das pessoas fora da verbalização e dos valores **(p.96)** interiorizados. A língua permite veicular o pensamento, a transmissão cultural e a interação social.

Por trás dos fenômenos visíveis e observáveis existe uma trama oculta, simbolizada pela estrutura de articulação da fala, que consolida todo tipo de linguagem. A fala presente nos ambientes terapêuticos transmite a idéia de que a pessoa que adoece é responsável pela perda da própria saúde e, portanto, deve se submeter como paciente à ação dos especialistas, empenhados em devolver esse bem máximo que ele(ela) não conseguiu conservar.

A fala dos(as) agentes de saúde muitas vezes é imperfeita, o que dificulta a comunicação, trai o pensamento do(da) falante, exprimindo ambigüidades e mal-entendidos. Por exemplo, nada é mais inadequado do que designar uma pessoa que está doente, desesperada e insegura de “paciente”, expressão corriqueira usada em todos os ambientes terapêuticos.

As ações desenvolvidas por quem, cuida de uma pessoa implicam a responsabilidade sobre o conteúdo de sua fala, expressa pela linguagem. Por

exemplo, é fundamental considerar como sujeito a pessoa que está sob cuidados, a fim de evitar sua objetivação, porque quem se compreende como sujeito tem diante dos outros uma postura ética, estética e política.

Desse modo, até os atos mais simples, como contar os batimentos arteriais, devem ser precedidos de explicações claras que contribuam para que a pessoa doente possa entender os motivos e a relevância desse procedimento para o sucesso de sua recuperação ou da manutenção de seu estado de saúde.

Em princípio a maioria do pessoal de nível universitário pertence à classe média; ao falar e escrever, exprime o desejo **(p.97)** de ser preciso, organizado, e de tornar inequívoco o significado do que diz ou escreve.

Os agentes de enfermagem de nível médio, ao se comunicar, compartilham facilmente com os(as) clientes, por meio de suas falas e gestos, parte de suas experiências e simbolismos familiares. Essa facilidade de comunicação pode ser estendida ao uso de jargões e siglas, que de certa maneira servem de válvula de escape para suportar a rotina de convivência com o sofrimento e a morte. Portanto, freqüentemente se ouvem brincadeiras, como chamar de “Unidade de Transporte para o Infinito” a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), e daí por diante.

Existe um vácuo lingüístico entre as falas do pessoal de nível universitário e de nível médio. Muitos mal-entendidos podem ocorrer pela falta de compreensão dos planos de intervenção de enfermagem idealizados pelos(as) profissionais universitários(as) que são executados pelo pessoal de nível médio, o que pode causar prejuízos, algumas vezes irremediáveis, à pessoa que recebe os cuidados.

A relação dos (as) agentes de enfermagem com a linguagem.

Na enfermagem, a *linguagem-ação* e a *linguagem-pensamento* estão imbricadas uma à outra. No exercício da enfermagem o uso da linguagem-ação incide sobre as equipes, os(as) enfermos(as), os(as) clientes e o pessoal ligado à saúde, quando se trata de elaborar planos de trabalho, normas de rotina, escalas, relatórios etc. A linguagem-ação se **(p.98)** pauta pelos atos da fala: de comunicação (mencionar, perguntar, responder, dizer, objetar); de constatação (afirmar, descrever, relatar, esclarecer, interpretar, garantir, negar, duvidar); de representação (concretizar, silenciar, ocultar, confessar, renegar) e, por fim, de regulação (ordenar, solicitar, rogar, advertir, recusar-se, comprometer-se, desculpar-se, recomendar).

O falar na enfermagem é sempre coadjuvado por códigos extraverbais representados por gestos, movimentos e mímicas, que exprimem na prática atitudes de concordância ou discordância, emoções, e servem como elemento auxiliar de interpretação da comunicação verbal e até como válvula de escape diante de situações difíceis. Isso porque a consciência exerce menor controle sobre os comportamentos extra-verbais que sobre os verbais. Por exemplo, quando ocorre a falha de um equipamento, um simples gesto dirigido a outra pessoa da equipe indica a necessidade de providenciar sua substituição imediata. O falar e o gesticular determinam a identidade cultural e profissional da categoria, pela maneira como cada pessoa se exprime, fala, define e nomeia.

A linguagem-pensamento, geralmente escrita, está vinculada aos processos intrapsíquicos individuais e é motivada pelos impulsos e fenômenos emotivos, que podem provocar sensações de prazer ou de desconforto e sofrimento. O uso na enfermagem da linguagem-pensamento demanda energia do(a) enfermeiro(a) para planejar as ações em termos que garantam sua inserção no contexto operacional dos serviços, antevendo seu resultado e a dinâmica de continuidade dos cuidados. **(p.99)**

O saber

O saber deve reinventar-se sob a ótica da pós-modernidade. Vivemos em uma época em que se pode reinterpretar a sociedade por meio da reposição de estilos, imagens, estéticas, categorias, lembrando que ela hoje se pauta pela heterogeneidade, pelas diferenças, pela luta das minorias por seus direitos. A luta pelo acesso ao saber tem sido objeto de preocupação de muitos profissionais da enfermagem.

Apesar de ter feito grandes progressos qualitativos e quantitativos - como o aumento do número de escolas, faculdades e cursos, tentando colocar as ações de Enfermagem ao alcance de todos os grupos de renda e até dos que não dispõem de nenhuma renda -, a profissão continua invisível para a sociedade do ponto de vista político.

A política de ensino, portanto, deve ser traçada com: base em um conjunto coerente de respostas às questões: Quem transmite o saber? O que é transmitido? A quem? Com base em quê? De que forma? Qual o efeito esperado?

A transmissão de saberes já não é feita mais com a finalidade de formar uma elite de profissionais capaz de guiar os(as) demais em sua emancipação. Ela hoje tem a pretensão de fornecer ao sistema social profissionais capazes de assegurar seu papel autonomamente na área da saúde, para atender metas de excelência no exercício profissional.

Temos de procurar uma saída por meio da cultura para preparar os(as) profissionais de que a sociedade precisa. A cultura concentra um sistema simbólico de valores, critérios e regras de conduta que regem e racionalizam a compreensão **(p.100)** das pessoas, bem como seus pensamentos, posição social e comportamento. É pela cultura que se dá a aceitação potencial e a encarnação permanente da criatividade humana. No caso de repensar a enfermagem, o ideal é que nos planos de ensino/aprendizagem esteja presente essa visão, porque quando ela está ausente a operação do desenvolvimento profissional resta sem sentido.

Infelizmente as questões atuais sobre a propedêutica do saber em algumas áreas do ensino de enfermagem não estão devidamente politizadas. Observa-se que prevalece ainda a disfunção funcional, ou seja, a existência de pessoas que não têm um bom ou regular desempenho no trabalho. Por outro lado, a ação de pessoas que atuam em um órgão, sem corresponder ao conjunto de funções exigidas para o exercício profissional, causa a funcionalidade disfuncionante, emperrando o funcionamento de um sistema que não atinge o seu objetivo. Essa situação na enfermagem caracteriza-se pelo discurso do deprimido, que é o discurso do “outro”, a consciência dependente da própria condição profissional do ensino/aprendizagem/exercício. Por exemplo, justificar as limitações profissionais pelas deficiências institucionais e nada fazer para sair desse contexto, O campo do saber na enfermagem necessita de inovação para, ao lado dos demais setores da saúde, ser capaz de:

- implementar uma nova política, tendo a simplicidade e a coragem de fazer as rupturas necessárias com o passado profissional alienante e conservador;
- adotar uma visão ética dinâmica e comunicativa, que favoreça **(p.101)** a atuação profissional autônoma em detrimento dos interesses das instituições e empresas de saúde;
- organizar e ampliar o acervo da história e da memória da enfermagem brasileira, o que poderia ser feito por meio da articulação com o Núcleo de

Pesquisa da História da Enfermagem Brasileira da EE-UFRJ, para a organização de novos núcleos;

- estimular o reconhecimento da dimensão subjetiva dos profissionais como essencial, oferecendo-lhes meios que impulsionem o desenvolvimento da intuição, faculdade responsável pela criação, expressão e sensibilidade;
- garantir um espaço de discussão sobre enfermagem com toda a população, para demonstrar que as ações preventivas promovem o estado de saúde, por meio do ensino de princípios higiênicos, de aplicação das vacinas e manutenção do meio ambiente. Valorizar a importância das ações curativas junto às pessoas doentes;
- visibilizar as ações da enfermagem nos serviços de medicina socializada, prestada por empresas ou instituições a determinados segmentos da sociedade, como bancários do Banco do Brasil, funcionários da Petrobrás etc., que são pagos com fundos coletivos próprios de cada organização;
- implementar o debate sobre as ações de enfermagem que devem integrar os seguros de saúde;
- organizar cooperativas para prestar enfermagem particular, tanto hospitalar quanto domiciliar;
- fornecer bolsas de estudo para os interessados em informática ou aprendizado de línguas estrangeiras, a fim de estimular a complementação dos estudos de quem pretende **(p.102)** trabalhar na área da experimentação e da pesquisa com padrões universais;
- manter programas nos meios de comunicação impressos e eletrônicos para divulgar as contribuições da enfermagem para o bem-estar de cada membro da sociedade;
- estimular o preparo dos(as) profissionais para exercer a enfermagem particular e domiciliar, cujo pagamento será determinado a partir de critérios justos, segundo as necessidades e recursos econômicos tanto do(a) profissional quanto da clientela;
- estimular o desenvolvimento de consultorias de enfermagem para as áreas industrial, arquitetônica e de engenharia;

- implementar, através da mídia, um programa de educação do público que estimule o recrutamento de futuros profissionais, informando as características e os méritos de cada categoria da equipe de enfermagem;
- estimular os(as) políticos(as) a defender para a sociedade serviços de enfermagem eficientes;
- articular políticos e legisladores para aprovarem leis que dêem suporte à manutenção do Projeto de Enfermagem Edificante para o país, revendo a legislação atual;
- combater a burocracia através da reciclagem dos(as) docentes e profissionais, principalmente os(as) que estão alienados(as) das essencialidades profissionais;
- instalar bibliotecas nas escolas, faculdades e cursos de enfermagem e serviços de grande porte (hospitais, centros de saúde etc) com livros de arte, ciência, tecnologia e cuidados de enfermagem, além de publicações científicas nacionais e internacionais da área de saúde, informes divulgadores da **(p.103)** profissão, documentos governamentais e correlatos da área de saúde/enfermagem;
- organizar um mapeamento da distribuição geográfica das ações de enfermagem, propondo a instalação de escolas e cursos onde for necessário, e o remanejamento ou fechamento de escolas que estão funcionando deficitariamente;
- organizar currículos diferenciados por localidade ou região, imaginados de tal maneira que possibilitem o encaminhamento das escolhas vocacionais com a máxima liberdade, desde o período de formação;
 - o exigir um sistema de ensino/aprendizagem de enfermagem, que atenda a todos esses aspectos e incorpore os estudos de gênero, raça e religião, entre outros.

A enfermagem profissional deve se manter solidária com toda a sociedade, preparando-se para solucionar problemas de saúde identificados em todas as fases da vida humana. **(p.104)**



AVANÇOS PROFISSIONAIS

A enfermagem utópica questiona o desequilíbrio entre ética, estética e saber, trazendo para o cenário público o debate sobre o exercício profissional.

O avanço profissional terá de questionar o paradigma ainda presente em muitas áreas da enfermagem, ancorado em idéias ultrapassadas como:

- a noção de um conhecimento técnico alheio à estética e à ética, o que reforça os desequilíbrios de poder.
- rituais de enfermagem aplicados de forma absolutamente idênticas a sujeitos diferentes, no âmbito da saúde. Os saberes individuais da clientela recusados ou funcionalizados para diminuir a resistência durante a aplicação dos, procedimentos de enfermagem. Reconhecer o direito de a(o) cliente participar da ação de enfermagem implica admitir sua condição de sujeito no processo de atendimento.
- a aplicação dos rituais de enfermagem assume a definição **(p.105)** do grupo dominante, escamoteia os conflitos e silencia as definições alternativas.
- a aplicação dos rituais de enfermagem procede por demonstrações que dispensam a argumentação de usuárias(os).
- quem aplica o ritual de enfermagem está fora da situação existencial ética e social em que incide a aplicação e não é afetado(a) por ela.
- a aplicação do conhecimento científico de enfermagem transforma alguns grupos em objetos sociais (clientes, usuárias(os), alunas(os) etc.), e outros em sujeitos sociais (professoras(es), dirigentes, chefas(es), gerentes, supervisoras(es)).

- as instituições que detêm o saber de enfermagem demonstram aptidão para encenar presenças, dramatizar enredos, deslocar limites, amortizar diferenças, negociar sentidos, esquecer princípios e lembrar contingências.

Propomos que a enfermagem dê um salto inovador, dimensionado uma nova política cujo paradigma esteja de acordo com a visão atual das ciências humanas fundamentadas nos seguintes postulados:

- uma situação concreta na qual quem aplica o ritual de enfermagem está comprometida(o) do ponto de vista existencial, ético e social com o impacto da aplicação.
- o ritual de enfermagem deve incidir sobre os meios e os fins, que ainda não estão prontos. Os fins só se concretizam à medida que se discutem com clientes, familiares e demais atores sociais os meios adequados a cada situação concreta, no “aqui e agora” do processo de comunicação. **(p.106)**
- a aplicação do ritual de enfermagem se dá através de um processo argumentativo que é essencial na comunicação entre cliente e profissional. Esse processo deve ser adequado às competências da(o) profissional e da clientela.
- nos vários contextos de aplicação dos rituais de enfermagem, o(a) enfermeiro(a) deve se envolver na luta pelo equilíbrio do poder político, tomando o partido dos que têm menos ou nenhum poder de decisão. A atuação democrática significa responsabilidade, compromisso e continuidade no âmbito profissional/social.
- a aplicação edificante dos rituais de enfermagem deslegitima as formas institucionais e os modelos de racionalidade do paradigma técnico, mecanismos que promovem a violência em lugar da argumentação, o silenciamento em lugar da comunicação, o estranhamento em vez da solidariedade.
- os rituais de enfermagem devem proporcionar mais participação ética e política, em vez de promover apenas o bem-estar material. O conhecimento ético deve ter prioridade na argumentação, apesar de o conhecimento técnico ser imprescindível.
- o ensino e a execução dos rituais de enfermagem devem ampliar a comunicação e o equilíbrio das competências, a fim de preparar profissionais socialmente capacitados para desarticular os mecanismos do poder

autoritário que se alimentam da falta de competência social e da objetivação dos oprimidos.

- a adequação da enfermagem ao paradigma das ciências pós-modernas exige uma reflexão coletiva, para podermos falar como profissionais nos vários locais e nos vários contextos de aplicação. **(p.107)**
- as(os) enfermeiras(os) precisam compreender que o novo embate das ciências na enfermagem dá-se entre os partidários da prática edificante da profissão e os partidários da aplicação técnica, e que é necessária uma reflexão global sobre a crise de degenerescência do antigo paradigma.
- é fundamental que a aplicação dos rituais de enfermagem considere os contextos estruturais - doméstico, profissional, cidadania, mundialidade, mercado ,e consumo -,para que possa interagir com a clientela, de acordo com as circunstâncias de cada momento. **(p.108)**



MUSEUS, SÍMBOLOS E COMEMORAÇÕES

Museus

O Florence Nightingale Museum, principal museu de enfermagem, está instalado na Inglaterra e fica próximo ao-St. Thomas Hospital, em 2 Lambeth Palace Road, London, SE 17 E W. Por sua importância tornou-se parte do roteiro dos(as) profissionais que visitam Londres.

O Museu Ana Néri está em fase de instalação em um prédio doado por Ana Lúcia Uchoa Peixoto, no Pelourinho, em Salvador, Bahia.

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo instalou em suas dependências o Museu da Enfermagem. Doações para seu acervo serão bem recebidas naEE-USP, na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aquiar, nº 419, São Paulo, CEP 05403-000.

Enquanto em São Paulo os(as) enfermeiros(as) estão preocupados(as) em preservar a história e o acervo patrimonial, no **(p.109)** Rio de Janeiro ocorreu o contrário. No final da década de 1960, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) desapropriou o prédio histórico da Escola de Enfermagem Ana Néri e instalou no local outros serviços da universidade. Atualmente, o edifício da antiga Escola de Enfermagem Ana Néri, situada na Avenida Rui Barbosa, nº 762, no Flamengo, está sendo restaurado com o apoio da Eletrobrás, para abrigar exposições e seminários, especialmente relativos ao setor de energia.

Símbolos

Dentre os símbolos adotados para representar a enfermagem internacional, prevaleceu no Brasil o emblema universal da lâmpada de Aladim, sobreposto à constelação do Cruzeiro do Sul.

O símbolo, impresso nas capas da revista da ABEn, foi desenhado por Tomás Santa Rosa Junior (1909-1956) e representa uma mulher segurando uma lâmpada.

A lâmpada, com a chama acesa em seu centro, circundada pelas palavras LUX AQUA LUX representa a enfermagem católica, e é impressa nos diplomas de graduação em enfermagem das Escolas Católicas. O Cofen, pela Resolução nº 218/99, regulamentou normas sobre juramento, símbolo, cor e pedra utilizados na enfermagem.

Comemorações

Em homenagem ao aniversário de nascimento de Florence Nightingale, o governo brasileiro instituiu o dia 12 de **(p.110)** maio como Dia da Enfermeira, data em que também são prestadas homenagens especiais à memória de Ana Néri.

A partir de 1960, no governo de Juscelino Kubitschek, instituiu-se a Semana da Enfermagem, pelo Decreto nº 48.202/60, entre 12 (dia do nascimento de Florence Nightingale) e 20 de maio (dia da morte de Ana Néri).

Atualmente se implementam seminários, cursos e encontros da categoria durante a Semana da Enfermagem, período no qual é divulgada a profissão e são levantadas questões de interesse da categoria.

Comemora-se em 12 de abril o Dia do(a) Obstetra(iz), como homenagem prestada à madame Marie Josephine Durocher, primeira parteira diplomada no Brasil e primeira e única mulher a ingressar na Academia Imperial de Medicina (1871).

Comemora-se no dia 11 de fevereiro, festa de Nossa Senhora de Lourdes, o Dia Mundial do Doente, instituído pelo papa João Paulo 11 em 1984, com a carta apostólica A dor que salva. **(p.111)**



NOTAS COMPLEMENTARES SOBRE FLORENCE NIGHTINGALE E ANA NÉRI

Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820-1910) procedia de uma família inglesa rica e poderosa. Foi uma jovem bela e brilhante, que pôde desfrutar todos os prazeres típicos da sua classe social. Estudou filosofia, grego, matemática, música, pintura e arquitetura.

Odiava a idéia de estar constantemente à disposição da sociedade e da família, que a impediam de aplicar o seu saber e sua inteligência a algo consistente, chegando mesmo a dizer que não conhecia nada igual à mesquinha tirania demolidora das boas famílias inglesas, nas quais tinha visto muitas mulheres se tornarem loucas devido às imposições familiares e sociais.

Virginia Woolf, em um dos seus ensaios, confirma o ponto de vista de Florence sobre a opressão sofrida pelas mulheres inglesas de seu tempo. Em um relato ela conta **(p.112)** que “as inglesas, filhas de homens educados, como a própria Florence, não tinham permissão para freqüentar o sistema educacional; elas eram apenas civilizadas. Florence Nightingale foi uma das raras mulheres de seu tempo que teve a coragem de denunciar esse tipo de educação e os seus resultados. Somente anos depois de sua morte, em 1919, uma lei inglesa permitiu o acesso indiscriminado de varões e mulheres às profissões, apesar de existirem faculdades femininas em Cambridge e Oxford desde 1870. Os diplomas das faculdades para mulheres não correspondiam ao título de bacharel, registro fundamental para alcançar inserção no mercado de trabalho. Até 1937, em

Cambridge, não era permitido às mulheres ocupar cargos na direção da universidade”.

Aos 17 anos, depois de ouvir a voz de Deus lhe anunciar sua predestinação a uma missão divina, Florence escreveu em seu diário, em 7 de fevereiro de 1837: “Deus falou comigo e me chamou para servi-lo”. Contrariando sua família, aos 24 anos decidiu que iria trabalhar em hospitais, entre os doentes. Passou a estudar secretamente relatórios hospitalares e a anotar o que seria importante para melhorá-los. Aos 27 anos sofreu um colapso nervoso, sendo enviada para tratamento em Roma. Aos 30 anos, o pai, convencido de que ela nunca realizaria um casamento convencional, concedeu-lhe uma renda de 500 libras anuais.

Na verdade, Florence recusou vários pretendentes a casamento por causa de seu caráter avesso às convenções morais vitorianas, como atesta em carta escrita a uma amiga, referindo-se ao noivo Richard M. Milnes: “Ao seu lado **(p.113)** encontraria a satisfação que requer o meu caráter apaixonado. Porém, tenho um caráter moral e ativo que exige um tipo de satisfação que não haveria encontrado nele. Eu nunca poderia satisfazer esse caráter passando minha vida junto a ele, dedicada a brilhar em sociedade e a ocupar-me dos assuntos domésticos”,

Florence se imbuíu da idéia de que era predestinada a cumprir uma missão importante, Essa missão começou a tomar forma a partir de seu interesse pela vida nos hospitais de Londres, que achou degradante; iniciou, então, estudos para reverter a situação observada, Florence passou algumas semanas com irmãs vicentinas no Hôtel Dieu, em Paris, importante centro de estudos da época, de onde levou boas impressões da assistência prestada aos doentes, Também fez estágio no Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth; apesar de ter gostado do trabalho assistencial, considerou o programa teórico desenvolvido pelas diaconisas cientificamente insuficiente, Sensível, sonhava em melhorar a assistência aos doentes, porém temia não poder realizar essa missão, já que representava uma ruptura com os valores sociais de sua classe.

A missão de sua vida tomou forma quando o Secretário de Guerra Sidney Hebert convidou-a para administrar a enfermagem dos hospitais militares durante a Guerra da Criméia. Foi designada, aos 34 anos “Superintendente das Instituições de Enfermagem Feminina dos Hospitais Gerais Ingleses na Turquia”,

Chegou ao Hospital de Scutari em 5 de novembro de 1845, acompanhada de 38 enfermeiras, O hospital era um **(p.114)** foco de doenças infecciosas e apenas

12 delas sobreviveram, Florence era chamada pelos soldados de “A Dama do Lâmpião”.

Ao retornar à Inglaterra, recebeu, entre outras homenagens, 40 mil libras, que empregou na instalação da primeira Escola de Enfermagem Moderna, anexa ao Hospital St. Thomas, em Londres, em 1860. Lá, o ensino foi baseado na correlação entre ciência, arte e ideal. A enfermagem nos moldes nightingleanos, embrião das escolas de enfermagem de nível universitário, expandiu-se rapidamente na Europa e teve seu apogeu nos Estados Unidos, de modo que Florence é reconhecida na atualidade como uma grande humanista que mudou o mundo.

Ela desenvolveu estudos sobre medidas sanitárias que foram implantadas no Reino Britânico e na Índia. Tornou-se uma especialista, de modo que nenhuma autoridade militar inglesa viajava para um campo de batalha sem antes consultá-la.

Também trabalhou e determinou reformas na construção e no saneamento dos quartéis e hospitais, além de organizar a fundação do Real Colégio Médico Militar. Reformulou as leis da assistência social, da enfermagem de saúde pública e do trabalho das visitadoras sanitárias, A Sociedade da Cruz Vermelha foi inspirada em seu trabalho, e ela foi a primeira mulher a receber a Ordem do Mérito de seu país, conferida por Eduardo VII, em 1907.

Florence Nightingale morreu em 13 de agosto de 1910, aos 90 anos, tendo concretizado grande parte de seus projetos de vida. **(p.115)**

Ana Justina Ferreira Néri

Ana Justina Ferreira Néri (1814-1880) nasceu na Vila Nossa Senhora do Rosário de Cachoeira, na Bahia, na antiga Rua da Matriz, hoje Rua Ana Néri, em 13 de dezembro de 1814, e faleceu no Rio de Janeiro, em 20 de maio de 1880.

Casou-se com o português Isidoro Antonio Néri aos 23 anos em 15 de maio de 1838, tendo ficado viúva aos 29, em 1844 com três filhos. Sua vida social e econômica era confortável; pertencia à classe média alta e morava em uma casa de dois andares onde os escravos viviam no andar inferior.

Mudou-se para Salvador, onde dois de seus filhos se formaram em medicina e um dedicou-se à carreira militar, estudando na Escola Militar do Rio de Janeiro.

Enquanto viveu em Salvador, aprendeu com as irmãs vicentinas a cuidar de enfermos como voluntária.

Em 1846 o Brasil entrou na guerra da Tríplice Aliança (ou do Paraguai), contra o Paraguai. Os seus filhos alistaram-se e seguiram para a frente de batalha. Num ato de extrema coragem e ousadia, em 8 de agosto de 1865 Ana Néri enviou um ofício ao Presidente da Província oferecendo-se como enfermeira voluntária e alegando que desejava atenuar o sofrimento dos que lutavam em defesa da pátria e estar junto de seus filhos.

Teve seu pedido atendido e em 13 de agosto de 1865 embarcou com o exército de voluntários para Assunção, no Paraguai.

Sua dedicação foi tão grande junto aos combatentes que no final da guerra ela foi intitulada “A Mãe dos Brasileiros”. **(p.116)** Depois de cinco anos de prestação de serviços ao país, Ana Néri retornou ao Brasil, desembarcando primeiro no Rio de Janeiro, em 6 de maio de 1870, e seguindo depois para a Bahia, em 5 de junho do mesmo ano.

Ao retornar, recebeu duas condecorações do governo, a medalha “Humanitária de 2ª Classe” e a medalha de Campanha. Victor Meireles pintou o seu retrato em tamanho natural e o expôs na sede da Cruz Vermelha Brasileira. Recebeu também uma coroa de ouro doada por um grupo de baianas, residentes no Rio de Janeiro, com a inscrição “A heroína de caridade, as baianas agradecidas”.

Adotou seis órfãos de guerra e nos últimos anos de sua vida retomou ao Rio de Janeiro, onde faleceu no dia 20 de maio de 1880, e foi sepultada no Cemitério São Francisco Xavier.

Posteriormente, seus restos mortais foram trasladados para Salvador, e daí para Cachoeira, onde estão guardados em uma urna localizada na Igreja da Matriz, no altar do Sagrado Coração de Jesus.

Sua atuação como enfermeira voluntária foi tão enaltecida que muito mais tarde, na década de 1920, seu nome foi dado à escola de enfermeiras, a primeira instalada no Brasil, de acordo com os moldes norte-americanos e ingleses, e que pertence atualmente à UFRJ. Hoje seu nome simboliza amor, compaixão, abnegação, dedicação, coragem e fraternidade. **(p.117)**



INDICAÇÕES PARA LEITURA

Ana Néri: a brasileira que venceu a guerra, de José Louzeiro. Rio de Janeiro, Mondrian Editora e Comunicação Ltda., 2002. O autor conta nessa obra parte dos feitos realizados por Ana Néri: como enfermeira voluntária na Guerra do Paraguai.

Notas sobre enfermagem, de Florence Nightingale. São Paulo, Cortez Editora, 1989. Obra que reúne a essência das idéias constituintes do paradigma que deu origem à enfermagem moderna.

Fundamentos de enfermagem: o humanitarismo e as ciências na enfermagem, de Fuerst, Wolff e Weitzel. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. As autoras têm por objetivo apresentar os fundamentos da prática profissional norte-americana. Ao lê-lo é importante manter o distanciamento entre a cultura norte-americana e a brasileira.

Riscos do trabalho de enfermagem, de Ivone Bulhões, editado pela própria autora no Rio de Janeiro. Fone/fax (0xx21) 2201-0974. A autora, fundamentada em sua experiência profissional, analisa os riscos oferecidos pelo trabalho e diz como preveni-los.

O saber de enfermagem e sua dimensão prática, de Maria Cecília Puntel de Almeida e Juan Eduardo Y. Rocha. São Paulo, Cortez Editora, 1986. Ensaio histórico sobre as teorias de enfermagem que analisa os diversos modelos propostos, privilegiando o enfoque social dessa prática.

Escola gaiola, de Elisabeth Santana. Salvador, Empresa Gráfica da Bahia, 1986. Trata-se de um relato sobre a experiência de ser professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ever yours, Florence Nightingale – selected letters, editado por Martha Vianus e Bia Vergaad. Londres, Editora Virago, 1990. A leitura desse livro permite compreender como os fatos da vida privada de FN influenciaram suas atividades públicas.

Sorcières, sages-femmes et infirmières, de Barbara Ehrenreich e Deirdre English. Paris, Echanges et Mouvements, 1978. Essa obra contém informações históricas **(p.119)** sobre as mulheres que atuavam nas comunidades, tratando e cuidando da saúde, e sobre como elas perderam o poder de cuidar das pessoas a partir da Revolução Industrial. A tradução para o português foi feita por Paulo Oliveira Perna e Miriam Adelman e encontra-se em fase de edição.

Gênero: uma categoria útil de análise histórica, de Joan Scott. Porto Alegre, Revista Educação Realidade, vol. 20 nº 2, 1995. A autora demonstra como as questões de gênero englobam a estrutura concreta de toda a vida social.

Hospital: dor e morte como ofício, de Ana Pitta. São Paulo, Hucitec, 1990. A autora pesquisou as doenças que afetam os(as) trabalhadores(as) dos ambientes terapêuticos. Como a maior parte dos funcionários dos hospitais é da área de enfermagem, o livro é útil para compreender as afecções típicas das doenças profissionais da categoria.

Florence Nightingale, de Pam Brown, integra a coleção Personagens que mudaram o mundo. São Paulo, Editora Globo, 1993. A autora sintetiza a história da vida de Florence Nightingale, enfocando suas dificuldades com a família, seu sofrimento e sua glória.

O processo histórico da assistência ao parto e a marginalização feminina, de Victor Hugo de Melo, professor de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Caderno nº 5 do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher, UFMG, 1988. Esse artigo **(p.120)** analisa a desapropriação do saber e do poder das parteiras sob a ótica da opressão sofrida pelas mulheres.

Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional, organizado por Julia B. George e colaboradoras. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Essa obra apresenta 22 ensaios sobre teorias de enfermagem da América do Norte; cada teoria é analisada por uma enfermeira.

Seja fá o que for, de Mary Hirschfeld. São Paulo, Brasiliense; 1989. Relato pessoal da autora sobre a perda da própria saúde, a doença e o contato humano nos ambientes terapêuticos. Importante leitura para todo o pessoal da enfermagem e pessoas que pretendem ingressar nessa profissão.

Mamamélis: um guia de ginecologia natural, de Rina Nissin. Editora Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1997. Esse guia contém informações sobre fitoterapia e pode auxiliar no cuidado de inúmeras doenças. Resultado da experiência dessa enfermeira no Dispensário de Mulheres de Genebra.

Desmistificando a origem da enfermagem brasileira, de Almerinda Moreira, ensaio divulgado no livro História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2ª edição, 2002. Ensaio no qual a pesquisadora explora os primórdios da estruturação da enfermagem profissional no Brasil.

A ética e o cuidado, de Maria José de Lima, ensaio divulgado (p.121) nos Anais do 53º CBEEn, em 2002. ABEEn, Curitiba, Paraná. Trata-se de uma reflexão sobre ética que pode servir como complemento deste livro.

Pensar em saúde é pensar na enfermagem, de Maria José de Lima, ensaio divulgado na Revista Enfermagem, UERJ v. 2, nº 1, maio de 1994. O artigo trata de aprofundar o conceito de enfermagem adotado neste livro.

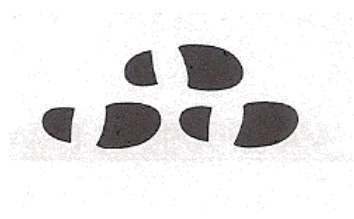
Universos da Arte, de Fayga Ostrower, 1ª edição, 1993, Editora Campus, RJ. Neste livro a autora relata os resultados da sua experiência com operários de uma gráfica, para os quais ela ministrou um curso de arte.

Introdução a uma ciência pós-moderna, de Boaventura de Souza Santos. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1989. O paradigma da enfermagem edificante foi fundamentado no trabalho desse autor.

A máquina de fazer deuses, de Serge Moscovici. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1990. Grande parte dos capítulos sobre poder e dinheiro foram fundamentados nas idéias deste autor.

Filme

A história de Florence, dirigido por Daryl Dul. Mostra uma etapa da vida de FN antes da criação da primeira Escola de Enfermagem Moderna.



SOBRE AUTORA



Maria José de Lima nasceu nos idos de 1935, em Quebrângulo, Alagoas. Diplomou-se em Enfermagem em Recife. (1957) na Escola de Enfermagem Nossa Senhoras, das Graças da Universidade Católica de Pernambuco. Iniciou a vida profissional na Campanha Nacional de Combate à Tuberculose, em Recife. Ingressou no Serviço Especial de Saúde Pública em fins de 1957, trabalhando na área rural de Pernambuco e Alagoas. Em seguida, atuou na escola de Auxiliares Enfermagem Dr. Augusto Leite em Aracaju. Trocou o ensino pela execução, indo trabalhar no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em Salvador, prestou concurso para a Previdência Social, foi admitida na Delegacia do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) -, onde ocupou cargos de chefia, coordenação e supervisão. Prosseguindo sua carreira transferiu-se de Salvador para a Direção Geral do IAPI, no Rio de Janeiro, para integrar a equipe de instalação e organização do Hospital Geral de Fortaleza. Permaneceu no IAPI, que posteriormente foi integrado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), até a aposentadoria.

Especializou-se em Administração Aplicada à Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, fez o curso de Administração Hospitalar na Pontifícia, Universidade, Católica do Rio de Janeiro e o Curso Intensivo de Planejamento e Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (FGV), no Rio de Janeiro.

No exterior, fez o Curso de Organização de Serviços de Saúde Rural em Israel, além de viagens de observação em serviços alternativos de saúde da mulher, na Suíça, Colômbia e Costa Rica.

Ao participar da “Terceira Reunião Mundial Mulher e Saúde”, em Genebra, em 1981, visitou serviços de saúde da mulher que atuavam com métodos holísticos, em contraposição aos métodos tradicionais do sistema de saúde da Suíça. Ao retornar ao Brasil, procurou adaptar parte dessa metodologia para a enfermagem, desenvolvendo projetos de criatividade, sensibilidade e expressividade com enfermeiros(as) de diversas cidades.

Atualmente atua como enfermeira autônoma, fazendo conferências, resenhas de livros, oficinas e escrevendo artigos para os meios de divulgação profissional.

Nota:

Nébia Maria Almeida de Figueiredo, professora titular da disciplina Artes e Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UniRio, colaborou na organização das primeiras idéias da edição original deste livro. Desistiu de integrar o projeto por ter aceitado o cargo de diretora do Hospital São Francisco Xavier.

KatMartins/2014



A enfermagem compreendida como arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras: uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, porque seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida.

Neste livro, a enfermagem sai de sua confortável cápsula de assepsia e neutralidade acadêmica, de poucas trocas e de poucas problematizações em relação ao presente, para se dirigir a todos.

Áreas de interesse: Medicina, Saúde Pública.



brasiliense **B**