

SAÚDE E ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

— CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARECER 163/72 —

Ademilda Maria Gomes de Souza *
Maria de Lourdes Alves de Paiva *
Maria Zélia Uchôa Barbosa *
Vera Regina Sales Sobral *

ReBEn/07

SOUZA, A.M.G. e Colaboradoras — Saúde e Ensino de Enfermagem no Brasil — Considerações sobre o Parecer 163/72. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34: 182-188, 1981.

I — INTRODUÇÃO

Com o propósito de melhor examinar o ensino de Enfermagem no Brasil e sua coerência com as prioridades de saúde do país, necessário se faz alguma forma de questionamento:

1. Estaria o atual ensino de Enfermagem atendendo às expectativas de saúde de população?
2. É possível modificar os valores da Enfermagem e o enfoque do ensino de saúde individual para saúde coletiva?

Não pretendemos aqui dar respostas fáceis e intuitivas, no entanto, se repousa sobre a Enfermagem a responsabilidade de 60% das ações dos programas de saúde (18) faz-se urgente e necessário analisar o binômio Saúde —

Ensino de Enfermagem no Brasil de modo a permitir uma melhor reflexão do mesmo, e suas relações com o Parecer 163/72.

II — PROBLEMA

Os enfoques de assistência primária como medida eficaz para se alcançar um estado de otimização de saúde, preconizados pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) foram, no Brasil, canalizados para programas de extensão de cobertura, como, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Plano de Localizações de Unidades de Serviços (PLUS), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), entre outros. Esses programas estão voltados para a solução de problemas básicos de saúde que afetam a população dos

* Residentes em Enfermagem Psiquiátrica da UFPb

centros urbanos e da zona rural e são desenvolvidos através do esforço conjunto de equipes multidisciplinares (20). Matos (1978) afirma ser necessário uma formação profissional condizente com as ações que o enfermeiro deve desenvolver nesse nível (10).

No entanto, o Parecer 163/72 que regula o currículo mínimo dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia exclui do seu Art. 3.º a obrigatoriedade da matéria Saúde Pública (4).

III — IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

No Brasil, as condições Sócio-Sanitárias são precárias. A dimensão geográfica, as acentuadas diferenças regionais, o índice populacional ultrapassando, talvez, os 120 milhões de habitantes, a política sócio-econômica proporcionando uma má distribuição de renda são, entre outros, fatores que agravam essa situação. A capacitação de recursos humanos para o setor de Saúde assume então dimensões complexas em vista do atendimento à demanda e às necessidades sempre crescentes.

Nogueira (1979) discorreu sobre as funções e a metodologia de Enfermagem como idênticas em qualquer campo de atuação devendo tanto no hospital como na comunidade ser um dos seus objetivos educar o homem a se tornar participante e responsável pela sua própria saúde. As meras noções de Saúde comunitária oferecidas ao pré-profissional, atendendo às exigências do Art. 2.º do Parecer 163/72, não oferecem domínio de conhecimento e habilidades próprias que aquela atuação requer.

A Enfermagem como responsável pelo desenvolvimento de cerca de 60% das ações nos programas de Saúde (18), vive a enorme responsabilidade de preparar pessoal em qualidade e quantidade, a fim de oferecer à comunidade melhor assistência, apesar do verdadeiro desafio que se torna o deficit de pessoal.

Atendendo a esse compromisso social, encontramos as recomendações do XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM às Instituições de Ensino para que se promova reuniões para ajustar os programas de ensino às tendências emergentes da política de saúde do país.

IV — REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MATOS (1978) focaliza os programas de extensão de cobertura como uma medida encontrada pelo governo buscando solucionar problemas básicos de saúde. Enfatiza, então, a necessidade de um preparo do profissional de Enfermagem coerente com aquela medida. (10)

VIEIRA (1978) diz que o atual momento de saúde que o Brasil atravessa requer um setor de saúde com condições de efetivar a implementação dos programas de extensão de cobertura. Para isso, "torna-se imperiosa a desconcentração, a simplificação e a difusão do saber médico de modo a fazê-lo apropriável e utilizável em larga escala". Para uma absorção eficaz dos recursos humanos já formados e por formar é preciso que se considere as reais necessidades de Saúde da população e as características dos serviços que se transformam (20).

ANDRADE & LIMA (1978) afirmam "a grande questão do momento é como conduzir a prática os programas baseados na assistência primária e participação na comunidade, bem como introduzir o novo modelo de formação do profissional de Enfermagem para desempenhar o papel que os ditos programas estão a demandar. Já que novas funções estão sendo acrescentadas ao papel do enfermeiro, surge a necessidade de incluir no currículo a base teórica e o treinamento necessário para a execução das mesmas" (2).

PAIM et alii (1978) discorre sobre a possibilidade de tornar superficial a simples atitude de "identificar, listar e

indicar nomes de necessidades básicas” visto que é preciso um estudo mais profundo, levando em conta tantos outros aspectos (sociais, econômicos, políticos, etc...) objetivando uma assistência primária de saúde direcionada para uma otimização. Para que a Enfermagem se posicione coerentemente dentro desse novo e necessário enfoque, são imprescindíveis os fundamentos sociais para a estrutura, os programas e os conteúdos didáticos apropriados. (14)

OPAS/OMS (1977) — Ao referir-se sobre as funções do enfermeiro de assistência primária, conceitua-o como sendo um generalista e que seu desempenho profissional recai sobre os indivíduos, família e a comunidade como um todo. Coloca-o numa posição de igualdade com os demais membros da equipe de saúde afirmando que sua atuação polivalente permite uma utilização racional, alcançando uma maior e eficaz cobertura de baixo custo sem aumentar o tempo de sua formação profissional. (13)

V — DEFINIÇÃO DE TERMOS

Assistência Primária de Saúde:

1.º) É o conjunto de ações que se põe ao alcance do indivíduo, família e comunidade para satisfazer suas necessidades básicas de saúde, tanto em aspectos de promoção e conservação da mesma como prevenção das doenças.

2.º) É uma resposta às necessidades básicas de saúde dos seres humanos e inclui atividades curativas, de prevenção das doenças, promoção e conservação da saúde dentro de um contexto de desenvolvimento do indivíduo, família e da comunidade, envolvendo a participação desta.

Enfermeiro Generalista — Profissional capacitado a prestar assistência à saúde do indivíduo, da família e da

comunidade nos diferentes níveis e motivando a prosseguir no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Extensão de Cobertura — Filosofia de ação visando à difusão e integração do saber universitário com o objetivo de atender às necessidades básicas da população, através de programas e/ou planos específicos pré-estabelecidos. No âmbito da saúde, os Programas de Extensão de Cobertura visam, principalmente, à prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde assegurando, sobretudo, às populações hoje desassistidas.

VI — CONSIDERAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo ILLICH (1976), “a análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que tem possibilidade de morrer”. Se considerarmos as metas propostas pelo Plano Decenal de Saúde de Punta del Este em 1961 no que se refere ao saneamento, mortalidade materna, mortalidade infantil, nutrição e Doenças Transmissíveis, comparadas com dados mais recentes (1970, 73, 74, 75 e 77), verificamos que poucas mudanças significativas ocorreram nestes últimos 18 anos.

Não é propósito nosso discorrer aqui sobre amontoados de dados estatísticos, no entanto se faz oportuno mencionar alguns deles para melhor situarmos na realidade de saúde do Brasil. Se não, vejamos o que ocorreu com a mortalidade infantil visto que esta se constituiu num dos principais indicadores de saúde.

SOUZA, A.M.G. e Colaboradoras — Saúde e Ensino de Enfermagem no Brasil — Considerações sobre o Parecer 163/72. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34: 182-188, 1981.

TABELA I
MORTALIDADE INFANTIL: Municípios das Capitais

CAPITAL	1960	1970
Manaus	100,2	80,4
Belém	142,9	55,5
São Luiz	145,9	66,6
Teresina	289,9	79,5
Fortaleza	234,1	133,3
Natal	363,4	141,9
João Pessoa	119,0	156,0
Recife	151,7	205,7
Maceió	225,9	141,0
Aracaju	343,0	32,0
Salvador	147,0	78,2
Belo Horizonte	74,2	89,5
Vitória	77,9	121,9
Niterói	95,7	64,0
Rio de Janeiro	70,0 (1962)	50,3
São Paulo	62,9	89,4
Curitiba	115,9	74,6
Porto Alegre	102,8 (1963)	39,1
Cuiabá	152,7 (1966)	70,3
Goiania	78,5	98,5

FONTE: SAÚDE E MEDICINA NO BRASIL (7)

TABELA II
MORTALIDADE INFANTIL: Município de 16 Capitais

CAPITAL	1970	ANO DO ÚLTIMO DADO
Manaus	80,4	58,3 (1975)
Belém	55,5	* 60,7 (1975)
São Luiz	66,5	* 88,4 (1973)
Teresina	79,5	* 90,6 (1975)
Fortaleza	133,3	* 140,2 (1974)
Natal	141,9	104,4 (1974)
João Pessoa	156,0	* 169,2 (1973)
Recife	205,7	* 256,4 (1974)
Maceio	141,0	100,4 (1974)
Aracaju	32,0	* 40,2 (1973)
Salvador	72,2	* 99,1 (1975)
Belo Horizonte	89,5	* 115,6 (1975)
Vitória	121,9	101,5 (1975)
Curitiba	74,6	71,5 (1975)
Porto Alegre	49,1	* 54,8 (1973)
Goiania	98,5	* 98,8 (1973)

FONTE: SAÚDE E MEDICINA NO BRASIL (7)

Verificando a tabela I, vemos que houve aumento da mortalidade infantil de 1960 a 1970 em Municípios de cinco (*) das principais capitais brasileiras. Em relação à tabela II, verificamos que a mortalidade infantil sofreu aumento significativo de 1970 ao ano do último dado, nos municípios de onze (*) das dezesseis (*) capitais arroladas.

A doença de Chagas atinge 10 milhões de brasileiros, a Esquistossomose 12 milhões, 150 mil estão doentes de

hanseníase e 14 mil pessoas morrem anualmente vítimas de tétano no país. De cinco em cinco minutos surge um caso novo, e de meia em meia hora, um brasileiro morre de tuberculose (dados de 1977). (18)

A desnutrição é hoje responsável pelo elevado número de óbitos, sendo a 6.^a causa de morte para as crianças de 1 a 4 anos (27,49/100.00 nascidos vivos) estando ainda associados a mortes por outras etiologias. VIDE TABELA III.

TABELA III

MORTALIDADE POR AVITAMINOSE E OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS POR 1.000 NASCIDOS VIVOS

CAPITAL	1969	1973
Fortaleza	2,0	18,7
Recife	17,7	16,4
Salvador	38,7	18,2
Belo Horizonte	63,7	38,8
Vitória	76,5	110,0
Niterói	348,7	33,6
Rio de Janeiro	23,2	35,2
Curitiba	15,0	39,5
Porto Alegre	18,0	24,1

FONTE; SAÚDE E MEDICINA NO BRASIL (7)

VII — IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Encarando o problema de Enfermagem como de capital importância, sanitaristas brasileiros liderados pelo então Diretor do Departamento Nacional de Saúde convidaram, através da Fundação ROCHFELLER, um grupo de enfermeiros americanos e, dessa forma, surgiu em 1921, através da Saúde Pública, a Enfermagem Científica no Brasil. As primeiras ações dos profissionais convidados foram no campo da Enfermagem Comunitária e ao se voltarem para o ensino tiveram como objetivo preparar pessoal para o mesmo fim (15).

Entretanto, as descobertas científicas tanto na Enfermagem geral como na Enfermagem em Saúde Pública, na nossa atualidade, não vem atendendo a tese de que a assistência de Enfermagem visa não somente ao homem doente, mas ao sadio.

MATOS (10), nos fornece dados sobre empregos ocupados por pessoal de Enfermagem que comprovam a existência de 887 enfermeiros trabalhando em serviços de Saúde Pública o que corresponde a 9,22% do total de enfermeiros do país.

Somam-se a essas implicações a concentração de enfermeiros nos grandes centros urbanos, a subutilização

desses profissionais em detrimento das áreas mais carentes do país e a deficiência quantitativa e qualitativa de treinamento de pessoal de enfermagem de nível elementar dificultando a melhoria da qualidade de vida daquelas populares (1).

VIII — CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A saúde é um direito humano e precisa ser preservado como tal. A isso equivale dizer que os serviços de saúde devem ser acessíveis a todo e qualquer indivíduo. No Brasil, o grande desafio a enfrentar é a assistência às populações rurais e aos pequenos núcleos dispersos no interior.

RENDANO (17) alistou 4 entraves que impedem uma atuação de enfermagem mais efetiva na assistência primária à saúde:

“1) Disponibilidade de ações de Enfermagem insuficientes para obter uma cobertura útil aos grupos vulneráveis;

2) Desequilíbrio dos recursos humanos de Enfermagem em quantidade, qualidade, distribuição e utilização;

3) Deficiência do rendimento desses recursos humanos decorrente da falta de racionalização das estruturas organizacionais dos serviços;

4) Carência de estudos e pesquisas operacionais e científicas no campo da Enfermagem”.

No entanto, é preciso estarmos atentos e conscientes para um 5.º entrave: o atual ensino de Enfermagem proporciona aos estudantes a maior parte de suas experiências formativas no cuidado com pacientes hospitalizados. Torna-se, então, incoerente e conflitante exigir-se-lhes, após formados, uma atuação compatível com as necessidades reais de saúde do país.

Por outro lado, algumas modificações curriculares propostas pela OMS em 1975, se cooptadas pelos Cursos de Enfermagem, viriam, em última instân-

cia, proporcionar melhorias e/ou mudanças significativas não só da situação acima descrita, mas da própria realidade de saúde do país, a qual já nos reportamos neste trabalho. Para melhor compreensão vejamos as recomendações propostas pela OMS (12):

- Destacar mais a saúde do que a doença visando formar enfermeiros aptos a prescrever medidas preventivas, curativas e de reabilitação.
- Proporcionar aos alunos o estudo efetivo da família e sua vida social finalizando com tratamento, cura e reabilitação — uma inversão do ensino.
- Envolver alunos, professores e comunidade no planejamento e implementação de medidas primárias assistenciais.
- Oferecer aos alunos oportunidade de conhecer a vida comunitária como um todo, seus efeitos sobre a saúde e a doença objetivando assim um constante trabalho comunitário.

Torna-se essencial uma intervenção precisa e eficaz na satisfação das necessidades humanas tão bem alistadas por nós enfermeiros. É óbvio que isso não podemos esquecer, a extensão de ordem social e/ou econômica é inerente a essas necessidades. Em caráter interventivo se faz imperiosa uma revisão do Parecer 163/72, a fim de que este sirva de respaldo às propostas preconizadas pela OMS e se constitua em valioso instrumento de redefinição do ensino de Enfermagem no Brasil.

Não esquecendo, porém, a morosidade com que tais mudanças ocorrem, dada a exigência de análises mais acuradas, ressaltamos a necessidade de intensificação da utilização do Art. 6.º do mesmo Parecer, que versa sobre o enriquecimento do currículo mínimo com outras matérias, a critério da Instituição no sentido de que a Saúde Pública se reverta numa das prioridades do ensino de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMI, Nilce Piva — Situação de saúde no país — Implicações para a Enfermagem. *Anais do XXIX CBE*n, 1978, págs. 7-15.
2. ANDRADE, M. N. & Lima, M. L. F. — O "Projeto Vitória", a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. *Anais do XX CBE*n, 1979, págs. 77-78.
3. BASTIAN, Ernestine M. — Indicadores do nível de saúde: recursos e serviços. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 2(1): 9-16, jun. 1977.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. *Enfermagem*, legislação e assuntos correlatos. Rio de Janeiro, FSESP, 3. ed., 1974.
5. BASTOS, M Vilela. A Enfermagem e o sistema nacional de saúde. *Anais do XXX CBE*n, 1979, págs. 11-30.
6. CUNHA, Célio — Situação de enfermagem no país. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 2(1): 1-8, jun., 1977.
7. GUIMARAES, Reinaldo et alii — *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Gracel, 1978, 208 págs.
8. ILLICH, I. — *A expropriação da saúde; nêmeses da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976, pág. 21.
9. MARLET, J. Maria — *Saúde da Comunidade*. Temas de Medicina preventiva e social. São Paulo, ed. Bissordi Ltda., 2. ed., 1976, 295 págs.
10. MATOS, A. Vieira — Assistência primária de saúde. *Rev. Bras. de Enf.* — Rio de Janeiro, 1:13-22, Jan., fev., mar., 1978.
11. NOGUEIRA, M. J. de Campos — *A enfermagem comunitária no currículo do curso de graduação em enfermagem*. I Encontro Nacional de Educação em Enfermagem, São Paulo, 1979.
12. OMS. La Comunidad, nuevo foco de las actividades de enfermería. S.A. *Crónica de la OMS*. Suíça, 29: 96-101, 1975.
13. OPAS, El papel de la enfermera em la atención primária de salud. *Publicacion científica n.º 348*. Washington, 1977, 16 págs.
14. PAIM et alii — As invocações no ensino superior de enfermagem à assistência à saúde da população — possibilidade e limitações. *Anais do XXX CBE*n, 1979, págs. 111-5.
15. PAIXAO, Waleska. *Páginas de história da enfermagem*. Rio de Janeiro. ed. Bruno Buccini, 3. ed., 1963, 112 págs.
16. RECOMENDAÇÕES do XXX CEN, *Anais do XXX CBE*n, 1979.
17. RENDANO, A. M. Jesvino — Grupo de trabalho sobre padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade. *Rev. Bras. Enf.* — DF 30: 339-344, 1977.
18. SILVA, M. José da — A enfermagem e a assistência perinatal. *A Enf. Atual*. Rio de Janeiro, 1(2): 4-7, 1978.
19. SOARES, L. Eduardo — Vendendo Saúde: O INPS e a seguridade social no Brasil. *Saúde em debate*, São Paulo, 1(2): 37-47, jan., fev., mar., 1977.
20. VIEIRA, Cesar A. de B. — Extensão de cobertura no Brasil: Crise e reforma dos sistemas de saúde. *Anais do XX CBE*n., 1979, págs. 37-60.