

A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PARTE I)*

Maria Jacyra de Campos Nogueira**

NOGUEIRA, M. J. C. A enfermagem comunitária no currículo do curso de graduação em enfermagem (parte I). *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 13(1):57-67, 1979.

Esta é a primeira parte de um artigo sobre enfermagem comunitária. Ela se refere a conceitos básicos sobre saúde, saúde pública e enfermagem comunitária e será seguida de uma segunda parte, relativa ao preparo da enfermeira para a enfermagem comunitária que conterá sugestões para a inclusão de aspectos preventivos e comunitários no currículo de enfermagem.

SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA, MEDICINA COMUNITÁRIA, ENFERMAGEM E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA — CONCEITOS BÁSICOS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) «saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade»¹².

O homem, ao nascer, rege-se pelo princípio do prazer. Com o desenvolvimento da socialização, gradativamente o seu comportamento vai sendo influenciado pelos valores que a sociedade lhe impõe, reprimindo sua estrutura instintiva. Ao chegar à idade adulta, o conjunto de aspirações está, em sua maior parte, ligado à cultura à qual pertence. O bem-estar, portanto, não se restringiria, somente, em ter boa saúde — a satisfação das aspirações que podem levar o homem ao bem-estar, depende da cultura em que vive⁵.

Para o homem da moderna civilização ocidental, as principais aspirações estão ligadas a: trabalho significativo, segurança econômica, amizade, amor sexual, saúde, aceitação pelo grupo social, oportunidades educacionais e inteligência desenvolvida. A saúde seria, portanto, uma das aspirações do homem para alcançar o bem estar social.

Por outro lado, o que seria completo bem estar? Existiria um dado momento, na trajetória da vida, em que o ser humano realmente alcança o bem estar completo?

O conceito de ter saúde ou gozar de boa saúde⁵, é dinâmico, e tem variado de acordo com a época, cultura e conhecimentos tecnológicos. O ser humano considerado saudável, de uns anos atrás, já não o é mais nos nossos dias.

A saúde do indivíduo oscila, ainda, durante toda a sua vida e o grau de sanidade nunca é o mesmo, sendo difícil um estado estático de saúde. Mesmo com

* Trabalho apresentado no I Encontro Nacional de Educação em Enfermagem, São Paulo, 1979.

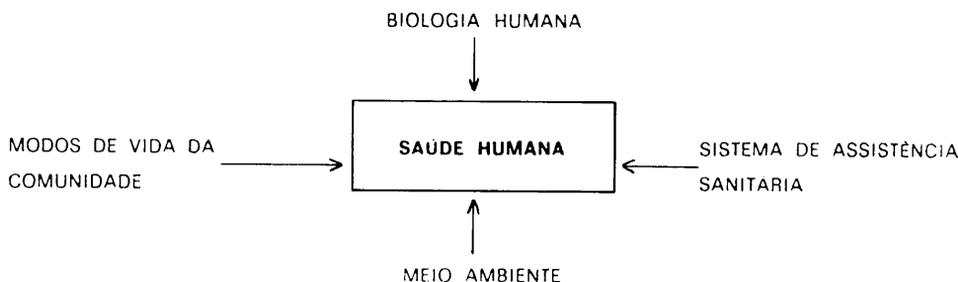
** Professor Assistente Doutor das disciplinas Enfermagem Preventiva e Comunitária e Saúde da Comunidade da EEUSP.

o atual avanço da tecnologia, é muito difícil dizer quando um indivíduo está ou não com saúde, pois não existem limites rígidos para separar saúde e doença.

Quando dizemos que um indivíduo está doente estamos, implicitamente, admitindo que normalmente este não é o seu estado. Por outro lado, muitas vezes, dizemos que o indivíduo está doente e, portanto, admitimos que a saúde pode ser um episódio na trajetória de sua vida.

Quanto a definir o que seja saúde física, mental e social verifica-se ser muito complexo. Todo o indivíduo apresenta-se como um ser biológico complexo, constituído de parte física e psíquica e, para alguns, da parte espiritual, difíceis de serem delimitadas ou conceituadas, que ele recebeu geneticamente de seus genitores, que recebeu do ambiente, no momento em que foi gerado e que continua a receber, porque vive em constante interação com o meio físico, biológico e sócio-cultural em que vive.

A saúde do indivíduo ou de um grupo de indivíduos ¹⁵ está determinada, portanto, pela biologia humana, meio ambiente, modos de vida da comunidade em que vive e sistema de assistência sanitária a que está sujeito, como a seguir representada.



Concluindo, saúde seria, então, «um estado em que o indivíduo tem o vigor para o desempenho das atividades normalmente esperadas dos indivíduos de sua idade, não apresenta alterações na estrutura e funcionamento de seus órgãos e aparelhos, dentro do que se considera normal, ou causem dor ou podem ser origem de doença, e mantém harmonia em suas funções mentais, suficiente para viver em relação satisfatória com seus semelhantes, dentro da cultura a qual pertence» ⁵.

A saúde não é, portanto, um estado ideal, isolado do contexto de tempo e espaço; corresponde a um equilíbrio dinâmico resultante da interação do homem com seu meio; o indivíduo terá mais saúde, quanto maior for o seu grau de sucesso em relação a essa interação.

Alguns autores preferem ², devido a essas considerações, substituir o termo «saúde», por «nível funcional ótimo» (NFO), que define mais a interação dos indivíduos com o seu meio, isto é, o processo contínuo de adaptação do indivíduo dentro do meio. Sendo assim, suas capacidades de funcionamento não são algo absoluto, pois poucos estão livres das chamadas incapacidades, como a necessidade de usar óculos, a presença de alergias, as necessidades emocionais insatisfeitas, etc.

Da mesma forma que se define saúde individual, pode-se admitir a noção de saúde coletiva, isto é, saúde de uma população, que será a resultante, em termos médios, do estado de saúde dos membros que a compõem⁷.

Assim como se utilizam dados do estado de saúde de um indivíduo, obtidos através de sua história, dos exames clínicos e de laboratório, para o diagnóstico e prognóstico, podem-se utilizar meios para diagnosticar e prognosticar o estado de saúde de uma coletividade, a fim de tratá-la. O levantamento de dados sócio-econômicos-sanitários de uma população, bem como o programa e execução desses planos para «tratamento» de seus problemas de saúde, realizados por uma equipe de profissionais, com a colaboração da comunidade, é a área de atuação da Saúde Pública.

A saúde coletiva, da mesma forma que a saúde individual, está influenciada pelo meio em que a população vive, sendo decisiva a atuação do meio sócio-econômico. Isto porque existe, segundo autores⁵, inter-relação entre os setores de vida de uma sociedade. Se um povo melhora seus padrões de saúde, sua população tira melhor proveito da escola; do mesmo modo, instruindo-se, capacita-se a pôr em prática as noções de higiene, passando a gozar mais saúde. A industrialização exige a modernização da agricultura, para atender às necessidades da crescente população urbana; inversamente, a modernização da agricultura requer a industrialização. Para cada setor da sociedade é possível adotar raciocínio semelhante, pois, se um setor se altera, não só age sobre os demais como, afetado pelo outro, sobre ele reage. Em suma, cada um é, do outro, reciprocamente causa e efeito.

O desenvolvimento econômico e social¹⁶, inclui o desenvolvimento do setor saúde. Todos os setores da economia têm um componente sanitário tão importante que é imprescindível levá-lo em consideração em qualquer processo de desenvolvimento econômico-social. A saúde influi no resto do complexo econômico-social e este, por sua vez, influencia favorável ou desfavoravelmente a saúde.

De acordo com o nível sócio-econômico, os países podem ser classificados em países pobres, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, e países ricos ou desenvolvidos.

Os problemas de saúde, que sofrem a influência dos fatores sócio-econômicos têm que ser, necessariamente, diferentes.

A má nutrição, a falta de saneamento básico, a educação deficiente, as moradias precárias, bem como a quantidade e qualidade e dos recursos assistenciais precários e mal distribuídos levam, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a problemas tais como alta mortalidade infantil, baixa esperança de vida ao nascer, grande ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias, alta mortalidade materna, o que não ocorre nos países desenvolvidos, onde as doenças que ocorrem são aquelas em que a tecnologia atual ainda não conseguiu soluções satisfatórias.

As principais doenças dos países em desenvolvimento, entre os quais está o Brasil^{1,20}, são doenças diarréicas, pneumonias, sarampo, coqueluche, que atacam principalmente as crianças desnutridas, ocasionando inúmeros óbitos. Outras doenças transmissíveis e não transmissíveis atacam populações urbanas e rurais diminuindo o período de vida dos indivíduos, tais como doenças de Chagas, esquistossomose, malária, bócio endêmico, tuberculose, hanseníase, tétano, acrescidas daquelas que também ocorrem nos países desenvolvidos, como é o caso das doenças cádio-vasculares e neoplásicas.

As ações de saúde, isto é, as ações necessárias para que o homem tenha saúde, além de poderem ser de caráter individual ou coletivo, podem ter início antes do indivíduo adoecer, ou enquanto sadio, quando ele adoecer, ou ainda quando esteve enfermo e ficou com algum problema resultante da doença.

Essas ações que acompanham a trajetória de uma doença, quer sejam realizadas no meio ambiente ou no agente que produziu a doença, quer nos próprios indivíduos, denominam-se ações preventivas¹⁰.

O termo prevenção¹⁰ engloba, ainda, ações que visam, no indivíduo sadio, desenvolver uma saúde geral ótima (promoção da saúde), ou estabelecer barreiras contra agentes patológicos ou do meio ambiente (proteção específica). Engloba, também, ações que visam impedir que a doença progrida, além de seus primeiros estágios (diagnóstico precoce e pronto atendimento), ou para evitar seqüelas e limitar a invalidez, quando a doença já estiver progredido (limitação do dano). Podem, finalmente, visar reintegrar física, mental e socialmente o indivíduo no seu meio, quando a doença tiver deixado seqüelas físicas, mentais ou sociais (reabilitação).

As ações que visam a promoção e a proteção específica da saúde são denominadas de prevenção primária; as que visam o diagnóstico precoce e o pronto atendimento, de prevenção secundária e as que visam a reabilitação, de prevenção terciária.

A prevenção primária, secundária e terciária é a finalidade de atuação de todos os profissionais de saúde, independentemente de ser sua atuação em hospital, centro de saúde, no domicílio da família, etc.

As ações sobre o indivíduo podem, ainda, ser exercidas nas várias etapas da vida⁵. São importantíssimas as ações antes da fecundação, através do aconselhamento genético, junto aos pais, para que aqueles portadores de gens desfavoráveis tenham consciência dos riscos que correm os filhos dessas uniões. No caso de outras doenças, que poderiam ser transmitidas, é importante o tratamento para evitar que elas afetem o produto da união.

Na etapa a seguir, isto é, durante a vida intra-uterina e extra-uterina, as ações devem acompanhar a gestante logo no início da gravidez, para proporcionar um parto normal e uma criança saudável e devem acompanhar a criança em todas as fases do crescimento, até a idade adulta e a velhice.

As ações de saúde sobre o meio externo em que vive o indivíduo estão dirigidas no sentido de manter ou melhorar as suas condições de vida e estão relacionadas à alimentação, vivendo, vestuário, recreação, condições de trabalho, saneamento, etc.

As ações de saúde que visam determinada população como um todo, ou ações coletivas, ou de saúde pública, são muito antigas. Nos primórdios da era histórica¹¹, eram ligadas ao misticismo e religião e, aos poucos, foram se separando dessas, embora continuassem a ter, durante séculos, um cunho bastante empírico.

Os princípios de higiene pessoal e saneamento urbano já existiam entre os antigos gregos e romanos. A assistência médico-hospitalar foi incrementada no século XIII, na Europa, com o desenvolvimento dos leprosários. A quarentena teve início em Veneza, no século XII, e o isolamento de doentes de peste, também na Europa, no Século XIV.

Outros acontecimentos importantes para a saúde pública foram as descobertas do modo de contágio da sífilis (século XVI), a vacinação antivariólica e o tratamento da malária pela quinina (século XVIII).

O maior desenvolvimento das ações sanitárias coletivas, entretanto, deu-se por volta do século XIX, com as descobertas científicas da época. Na primeira fase desse período científico, as ações de saúde pública estavam voltadas para a assistência sanitária e para o saneamento do meio (1832 — 1875) e, em seguida (1875 — 1917), para o combate às doenças endêmicas e epidêmicas. Já no século XX (1917 — 1942), teve início a fase das ações voltadas para a medicina preventiva, incrementando-se a criação de unidades sanitárias onde era dada ênfase ao tratamento ambulatorial, à proteção da saúde materna e da criança e à educação sanitária.

De 1943 até nossos dias, as ações de saúde de responsabilidade da chamada Saúde Pública tomaram novo rumo e têm procurado assistir às populações dentro do seu contexto integral (físico, mental e social), sem divisão rígida entre atividades «curativas» e «preventivas», e passaram a ser executadas por uma equipe de profissionais. A educação sanitária e a participação da comunidade na resolução de seus problemas de saúde foram muito incrementadas.

A Saúde Pública, atualmente, «é a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população»¹². Preocupa-se, até hoje, com a assistência às populações na área das doenças transmissíveis, da saúde materna e da criança, do saneamento do meio e com a criação de serviços adequados a uma boa assistência sanitária à população. Alguns problemas relacionados a essas áreas de atuação mudaram de aspecto devido ao avanço tecnológico e são diferentes, também, em relação ao grau de desenvolvimento econômico-social em que se encontra cada país ou região.

Para a prestação de assistência sanitária à população¹⁵, reconhece-se, atualmente, como fundamental, que a saúde é um dos direitos humanos básicos e que essa assistência sanitária é um meio importante de proteção a esse direito. Disto se deduz que a assistência sanitária deve ser acessível a toda população, isto é, disponível quando esta necessitar, livre de toda barreira econômica, sem limitações impostas por distinções sociais e culturais e de fácil alcance para todos, dentro de limites razoáveis.

O termo «assistência sanitária»¹⁵ deve compreender, ainda, um amplo espectro de serviços que incluem a assistência sanitária primária, a integração de serviços preventivos e terapêuticos, a educação sanitária, a proteção das mães e crianças, a planificação da família e a evitação dos perigos do meio ambiente.

Para a prestação de assistência à comunidade¹⁵, é indispensável a existência de um sistema idôneo, que deve corresponder a determinadas características próprias da comunidade, tais como, por exemplo: elaborada a partir da comunidade a que serve; requerer participação desta em todos os aspectos de sua organização, tais como o planejamento, a prestação de assistência e a sua avaliação; manter-se em relação mútua com outros sistemas sociais que funcionam na comunidade: ajudar a comunidade para o que foi criado e receber, por sua vez, ajuda dessa comunidade. O sistema sanitário deve ser flexível na sua maneira de abordar os problemas de assistência sanitária; os encarregados de seu funcionamento devem

ter presente que a via principal para chegar à saúde pode passar pela educação, o progresso econômico, a legislação ou outros aspectos da sociedade, antes que pelas estruturas sanitárias organizadas.

Nos últimos anos ^{3.23}, no novo conceito, o de medicina comunitária, tem sido objeto de controvérsia. Para alguns, é um novo nome dado à medicina social; para outros, é uma redefinição da saúde pública e, para outros, ainda, um novo enfoque da medicina. Alguns autores, enfim, acreditam ser mais prudente falar de «aproximações» em vez de definições e considerar a medicina comunitária não como um novo título para a saúde pública nem para a medicina mas de algo que compartilha de ambas filosofias.

Resumidamente ^{3.23}, ela visa o homem, sujeito de suas ações, como um ser com tripla dimensão: física, mental e social, em interação com o meio ambiente. Em conseqüência, a mediana comunitária atua dentro do contexto global e ecológico do ser humano e do fenômeno saúde-enfermidade, sendo levada a cabo mediante ações de saúde, da qual fazem parte não só profissionais, mas auxiliares e pessoal administrativo, onde cada um tem uma missão específica a cumprir no processo de prestação de serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais não são diferenciados em aqueles que se ocupam de aspectos «curativos» e nos que se ocupam de aspectos «preventivos»: não se dá maior importância a uma ou outra ação de saúde — todas as ações preventivas (promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação) são importantes, sobretudo se são executadas em conjunto e como um processo contínuo.

Quando à enfermagem que atua na comunidade, verifica-se o seguinte: há praticamente em cada país do mundo ⁷ um grupo de enfermeiras ou de pessoal auxiliar de enfermagem que atua, principalmente, fora do meio hospitalar e cuja função, quando bem definida, consiste em proporcionar assistência sanitária a determinados tipos de população. Esse tipo pode estar vinculado a um sistema que engloba um país inteiro, uma região, uma cidade, um bairro, uma escola ou um grupo de população industrial. Poderá estar constituído não só por enfermeiras ou pessoal auxiliar mas, até, por voluntários, variando o seu grau de prestação de assistência com o grau de preparo e habilidades.

Entretanto, qualquer que seja o tipo profissional, de local, ou tipo de serviço prestado, todos os seus esforços estão unidos para um propósito comum, baseado no princípio de que a coletividade, em conjunto, muito mais que o indivíduo, isoladamente, é o objetivo de sua atenção.

A enfermagem de saúde pública, ou enfermagem social, ou enfermagem de comunidade ou comunitária, termos utilizados para esse tipo de atuação, nem sempre teve, como princípio, a assistência a grupos de populações ou a população como objeto de sua assistência, isto é, seu «pacientes».

A enfermagem comunitária ou de saúde pública, como outro qualquer serviço de prestação de assistência ao público, foi influenciada por padrões sócio-culturais e econômicos dos locais onde se desenvolveu.

Nos primórdios do Cristianismo ^{6.13.18}, onde Phoebe e suas companheiras começaram a trabalhar, predominavam os valores religiosos. Não existia organização leiga destinada a atender às necessidades de numerosos pobres e enfermos de maneira que, por uma razão natural, a prática da enfermagem na comunidade, nesse período, constituiu-se como uma forma de expressão religiosa.

Por muito tempo, ainda, os valores religiosos impulsionaram o cuidado de enfermos, não só nos hospitais como nos lares e na comunidade.

Todas as enfermeiras têm consciência da contribuição de religiosos e leigos que, imbuídos de espírito cristão, se dedicaram ao atendimento das populações, principalmente de enfermos e desamparados, ou que atuaram em épocas de epidemias, constituindo-se como pioneiros e com verdadeiros vultos da história da enfermagem.

Depois disso, no século XIX¹³, Florence Nigthingale abriu, para a enfermagem e, em particular, para a moderna enfermagem comunitária, um novo horizonte, fazendo com que a opinião pública compreendesse que a profissão de enfermeira deveria ser baseada, também, em princípios científicos e não só em propósitos humanitários.

As experiências pioneiras, entretanto¹³, no campo da enfermagem comunitária, se devem a William Rathone, filântropo inglês, residente em Liverpool, quando, em 1859, convidou a enfermeira Mary Robson para ajudá-lo a assistir às famílias pobres e, mais tarde, proporcionou o preparo de 18 enfermeiras que começaram a assistir às famílias, mas já sem o aspecto caritativo e sectário que caracterizava o trabalho das predecessoras. Deve-se a ele, também, a criação do primeiro grupo de enfermeiras visitadoras da história da enfermagem.

Como esse trabalho tivesse dado muitos resultados, outros países seguiram o exemplo da Inglaterra; instituições, de início privadas, nos Estados Unidos, também começaram a instalar serviços de enfermeiras visitadoras seguidos, mais tarde, pelos serviços estatais de saúde pública.

Posteriormente a enfermagem que prestava assistência à comunidade foi, de modo geral, bem aceita, em muitos países. Chegou-se a dizer, nos Estados Unidos¹³, que «as duas grandes contribuições para a saúde pública tinham sido a abertura do Canal do Panamá e a enfermagem de saúde pública».

No Brasil²¹, a enfermagem científica, tal como a conhecemos hoje, iniciou-se com a enfermagem de saúde pública, em 1921, por iniciativa do então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o eminente sanitarista Carlos Chagas. A seu convite veio, para o Rio de Janeiro, um grupo de enfermeiras americanas para organizar um curso intensivo de visitadoras, com a finalidade de atuar, especificamente no início, na profilaxia da tuberculose e saúde da criança, extendendo-se, logo a seguir, para a área de saúde materna. Os cursos tiveram tanto sucesso que deram origem à atual Escola de Enfermagem «Ana Néri», fundada em 1923.

Na atualidade na maioria dos serviços de saúde, em todo o mundo, é reconhecido o valor do trabalho da enfermagem que atua junto às famílias e à comunidade.

Entretanto, a enfermagem em geral e a enfermagem de saúde pública vêm evoluindo com as descobertas científicas, a tecnologia e as necessidades da população. A tese de que a assistência de enfermagem visa não somente o doente, mas também o sadio, por exemplo, é bem recente. Tal ampliação do conceito de enfermagem é bem exposto por HENDERSON⁸ e HORTA⁹, que descrevem as funções atuais da enfermagem. Para a primeira, «a função peculiar da enfermagem é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio, no desempenho de atividades que contribuam para manter a saúde ou recuperá-la (ou ter morte

serena) — atividades essas que ele desempenharia só, se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário; e fazê-lo de modo a que o ajude a ganhar sua independência, o mais rápido possível». Para a segunda, a enfermagem tem três funções básicas: a específica, que visa assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, ensinando o cuidado; a de inter-dependência ou colaboração com a equipe para promover, proteger e recuperar a saúde; e a social, que inclui, entre outras atividades, a pesquisa, a administração e o ensino.

Segundo a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD¹⁸, a enfermagem de Saúde Pública, «é um aspecto especializado de enfermagem que combina as habilidades específicas de enfermagem, de saúde pública e algumas fases da assistência social, assim como funções inerentes ao programa global de saúde que visa a melhoria das condições sociais e físicas do meio, a reabilitação e a prevenção de doenças e incapacidades. Preocupa-se principalmente com famílias e com pacientes não hospitalizados e suas famílias, com grupos específicos das populações e com problemas de saúde que afetam a comunidade como um todo».

Como subsídio para a Classificação Brasileira de Ocupações¹⁴, considerou-se que a enfermeira de saúde pública, em nosso meio, atualmente, «participa no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde, através de sua atuação técnico-administrativa nos serviços de saúde, de prestação de cuidado global a indivíduos, famílias e outros grupos sociais dentro da comunidade, do desenvolvimento de programas para o pessoal de enfermagem, auxiliar de saúde pública e para a comunidade, e de pesquisas em enfermagem de saúde pública, para a promoção, proteção e recuperação da saúde de uma coletividade».

A enfermagem de saúde pública ou a enfermagem comunitária tem uma dupla responsabilidade²²: a de cuidar da família e, da mesma forma, da comunidade. São essas as suas unidades de planejamento, execução e avaliação de assistência: são esses «os pacientes» para os quais se aplicará todas as fases do processo assistencial.

A propósito desse tema, o Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde¹⁵, em reunião realizada em junho de 1974, teve como objetivos, entre outros, esclarecer a contribuição da enfermagem no melhoramento da saúde das populações, definir as tarefas da enfermagem de saúde pública ou comunitária e o papel do enfermeiro na equipe de saúde. Resumidamente, chegou a conclusão de que é conveniente que cada país, cada comunidade dentro do país, organize sua própria modalidade de serviços de enfermagem comunitária, com bases nas suas necessidades especiais e nos recursos disponíveis. Entretanto, a família e a comunidade continuam sendo objeto da assistência, quer ela seja prestada pela enfermeira ou proporcionada por pessoal auxiliar de enfermagem. Dizem os peritos: «os serviços de enfermagem orientados para a saúde da família, se baseiam na concepção desta como unidade e têm, por objeto, atender às necessidades e preocupações da família em assuntos de saúde, animando-a a utilizar seus próprios recursos, humanos e materiais, e ensinando a maneira ótima de utilizar os serviços de saúde disponíveis». Acrescentam, ainda, que a assistência de enfermagem à comunidade compreende a assistênica de enfermagem à família, além da identificação das necessidades sanitárias gerais da comunidade, e a tarefa de conseguir a participação da comunidade na execução dos projetos relacionados com a saúde e bem-estar da população. Também, ajuda a comunidade a identificar seus próprios problemas, apontar soluções e a encontrá-las, e fazer tudo o que está a seu alcance antes de recorrer a ajuda exterior.

No que se diferenciaria, então, a enfermagem de saúde pública ou comunitária da enfermagem, em geral?

Analisando-se os conceitos emitidos anteriormente, verifica-se que a enfermagem é uma só e as funções e a metodologia da assistência de enfermagem são idênticas em qualquer campo de atuação; por exemplo, o enfoque preventivo, a maneira de considerar o ser humano em seus aspectos físicos, mentais e sociais, a finalidade de torná-lo independente, participante e responsável pela própria saúde, a educação como meio de alcançar os objetivos, etc., existem tanto na enfermagem hospitalar como na comunitária.

Realmente, a diferença, entre as duas não é de objetivos e nem de resultados, mas sim de enfoque ou de responsabilidades no planejamento, execução e avaliação da assistência. O «paciente» da enfermagem é o indivíduo influenciado, na sua saúde, pelos fatores inerentes ao seu grupo social e à comunidade em que vive, mas assistido individualmente, em geral em unidades de internação, em hospitais. O «paciente» da enfermeira de saúde pública ou comunitária é, geralmente, o indivíduo atendido nos serviços ambulatoriais ou nos centros de saúde, sob um «enfoque comunitário», isto é, levando-se em consideração sua família e a comunidade em que vive para o planejamento de programas de saúde.

Na assistência a indivíduos hospitalizados, a enfermeira tem maiores oportunidades de desenvolver aspectos de prevenção secundária, pois são essas as atividades que mais pesam nas instituições que recebem só doentes. No campo da saúde comunitária, a enfermeira tem mais oportunidades para desenvolver aspectos de prevenção primária, pois assiste a uma proporção maior de sadios.

De acordo, ainda, com a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD¹⁷, «atualmente a enfermagem comunitária constitui o maior recurso com que contam os países para estenderem os serviços de saúde à população mais necessitada; e, ela é a síntese e aplicação de um amplo espectro de conhecimentos e técnicas científicas para a promoção, restauração e conservação da saúde comunitária». O sujeito primário da sua assistência é a comunidade e os grupos dentro dela, unidades de trabalho, através das quais se consegue níveis mais altos de saúde comunitária. A enfermagem em saúde comunitária tem a incumbência de identificar as necessidades de saúde gerais da comunidade e a tarefa de conseguir a participação desta na execução de programas relacionados com a saúde e o bem-estar da população. «A enfermagem em saúde comunitária vigia a saúde da comunidade como um todo e determina o impacto de suas ações sobre grupos ou conjuntos de grupos servidos em relação com a comunidade total e seu nível de saúde. Serve à comunidade por meio de atividades que conduzem à utilização dos recursos individuais e coletivos existentes e potenciais para a solução de problemas prioritários de saúde e o ambiente comuns a indivíduos, grupos ou conjunto de grupos e que influenciam o nível de saúde da comunidade».

Em resumo, ainda de acordo com a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD¹⁷, a enfermagem comunitária «tem como sujeito a comunidade global e suas ações estão dirigidas à população com um todo. Em seu exercício integra os conceitos e métodos da ciências de saúde pública com os de enfermagem, para promover, manter e restaurar a saúde da comunidade; utiliza os da epidemiologia para diagnosticar as necessidades de atenção dos habitantes urbanos e rurais, vigiando as tendências na saúde dessas populações, e identifica, por meio do diagnóstico, grupos e conjuntos de grupos de indivíduos que compartilham as mesmas necessi-

dades de saúde. Planifica e executa ações de prevenção em seus três níveis, incluindo a atenção primária direta, e mobiliza os recursos individuais e coletivos da comunidade para ajudar a alcançar melhores níveis de saúde. Por último, determina o impacto de suas ações sobre o sujeito de sua atenção».

O Quadro que vem a seguir procura mostrar, resumidamente, as principais características inerentes à função assistencial da enfermagem hospitalar e da enfermagem comunitária.

ENFERMAGEM HOSPITALAR E ENFERMAGEM COMUNITARIA
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

| Características relacionadas | Enfermagem hospitalar | Enfermagem comunitária |
|---|--|---|
| ao objeto | <ul style="list-style-type: none"> — o indivíduo sob os aspectos bio-psico-sociais é a unidade de planejamento, execução e avaliação da assistência; — assiste mais a indivíduos doentes e hospitalizados; | <ul style="list-style-type: none"> — a família, os grupos das comunidade e a comunidade, como um todo, sob os aspectos sócio-sanitários, constituem a unidade de planejamento, execução e avaliação da assistência; — assiste mais a sadios e ambulantes; |
| aos objetivos | <ul style="list-style-type: none"> — presta assistência no atendimento das necessidades básicas do ser humano, diretamente ou por delegação a pessoal auxiliar, ou o encaminha a outros profissionais ou recursos da comunidade; — visa auxiliar o indivíduo a alcançar a independência, principalmente através da educação; | <ul style="list-style-type: none"> — presta assistência no atendimento das necessidades básicas do ser humano quando dentro da família e da comunidade, diretamente ou por delegação a pessoal auxiliar ou a membros da família, ou o encaminha a outros profissionais ou recursos da comunidade; — visa alcançar a independência do indivíduo, família e comunidade auxiliando-os, principalmente, através da educação e do processo de desenvolvimento de comunidade; |
| à metodologia | <ul style="list-style-type: none"> — aplica o processo de enfermagem no nível individual; | <ul style="list-style-type: none"> — aplica o processo de enfermagem no nível familiar e comunitário; |
| à ação no meio sócio-sanitário | <ul style="list-style-type: none"> — é restrita, pois o indivíduo hospitalizado se encontra afastado do seu verdadeiro contexto sócio-sanitário; | <ul style="list-style-type: none"> — é mais ampla, pois o indivíduo se encontra no seu verdadeiro contexto sócio-sanitário; |
| -- ao níveis de prevenção | <ul style="list-style-type: none"> — tem mais oportunidades de atuar nos níveis secundário e terciário que no primário; — as oportunidades são menores, pois, muitas vezes lida com pacientes com um grau de dependência muito grande (graves, inconscientes, etc.) aos quais, em alguns momentos, a educação para a saúde é inoportuna, senão é impossível; | <ul style="list-style-type: none"> — tem mais oportunidades de atuar nos níveis primário e terciário do que no secundário; — as oportunidades são maiores porque lida, quase sempre, com pacientes e famílias com grau de dependência menor (ambulantes, sadios, etc.); |
| — ao trabalho em equipe | <ul style="list-style-type: none"> — tem uma função específica, a de assistir no atendimento das necessidades humanas básicas, e outra como membro da equipe na promoção, proteção e recuperação da saúde e na reabilitação; | <ul style="list-style-type: none"> — tem uma função específica, a de assistir no atendimento das necessidades humanas básicas, e outra como membro da equipe, na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação; |
| — ao preparo ou tipo de conhecimento que deve ter | <ul style="list-style-type: none"> — mais especializados e profundos em determinada área da enfermagem: médico-cirúrgica, pediátrica, obstétrica, psiquiátrica, etc. | <ul style="list-style-type: none"> — mais amplos e generalizados: saúde da criança, saúde do adulto, epidemiologia, etc. |

NOGUEIRA, M. J. C. The community nursing in the nursing curriculum (part I). *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 13(1):57-67, 1979.*

This is the first part of an article on community nursing. It refers to the basic concepts of health, public health and community nursing.

It will be followed by a second part, relative to preparation for community nursing, containing suggestions for the inclusion of the community and preventive aspects in the nursing curriculum.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUARIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, Rio de Janeiro, v. 37, 1976.
2. ARCHER, S. E. & FLESCHEMAN, R. — Enfermería de salud comunitaria — modalidades y práctica. Washington, OPAS, 1977. 373 p.
3. ASPECTOS teóricos de la medicina comunitaria. Educ. Med. Salud, Washington, 9 (1): 5-10, 1975.
4. BATISTA, O. — **População e desenvolvimento**. São Paulo, EDUSP, 1964. 137 p.
5. CHAVES, M. — **Saúde e sistemas**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1972. 212 p.
6. DOLAN, J. — **History of nursing**. Philadelphia, Saunders, 1968. 380 p.
7. FREEMAN, R. B. — **Enfermería en salud pública**. México, Interamericana, 1971. 438 p.
8. HENDERSON, V. — **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro, ABEn, 1962.
9. HORTA, W. de A. — **Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 8 (1): 7-15, mar. 1974.
10. LEAVELL, H. R. & CLARCK, E. G. — **Medicina preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill, 1976. 744 p.
11. MASCARENHAS, R. S. & RAMOS, R. — **Evolução da saúde pública no Brasil**. *Revista da Fundação SESP, Rio de Janeiro, 12 (2): 5-48, 1966.*
12. — — — **Disciplina administração sanitária**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972. (Postila).
13. MOLINA, T. M. — **História de la enfermería**. Buenos Aires, Intermedica, 1973. 169 p.
14. NOGUEIRA, M. J. C. — **Subsídios para a descrição do conteúdo global da ocupação "enfermeira de saúde pública"**. *Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1 (3): 119-25, jul./ago. 1975.*
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD — **Enfermería y salud de la comunidad**. Ginebra, 1974. (Serie de Informes Técnicos 558).
16. — — — **Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico**. Ginebra, 1973. (Cuadernos de Salud Pública, 49).
17. — — — **Enseñanza de enfermería en salud comunitaria**. Washington, 1976. *Publicación Científica, 332*.
18. — — — **Comite de peritos en enfermería: 1.º Relatório da Comissão**. Ginebra, 1961. (Serie de Informes Técnicos, 15).
19. PAIXÃO, W. — **Páginas da história da Enfermagem**. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Néri, 1951. 121 p.
20. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. — **Características de la mortalidad en la niñez**. Washington, OPAS, 1973. (Publicación Científica, 262).
21. TEIXEIRA, M. S. et alii — **Funções do pessoal de enfermagem e de educação sanitária nos serviços de saúde pública**. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública, São Paulo, 27 (93): 191-204, set. 1962.*
22. TINKHAN, C. W. & VOORHIES, E. F. — **Community health nursing — evolution and process**. New York, Appleton-Century-Crofts, 1972. 320 p.
23. VIDAL, C. — **Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina**. Educ. Med. Salud, Washington, 9 (1): 11-46, 1975.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Ministério da Saúde — **Padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade**. Brasília, 1977.
2. — — — **Relatório do seminário sobre ensino de enfermagem de saúde pública nas escolas de enfermagem do país**. Rio de Janeiro, 1967. (Mimeografado).
3. — — — **Modelo geral de enfermagem**. Brasília, 1977.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, DRHUS — **Habilitação básica em saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1975.
5. NOGUEIRA, M. J. C. et alii — **Manual para o ensino de enfermagem de saúde pública**. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, 1978. 181 p.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Enseñanza de enfermería medico-quirúrgica en las escuelas de enfermería de América Latina**. Washington, 1971. (Publicación Científica, 242).
7. — — — **Enseñanza de enfermería materno-infantil en las escuelas de enfermería de América Latina**. Washington, 1973. (Publicación Científica, 260).
8. — — — **Enseñanza de enfermería a nivel universitario**. Washington, 1973. *Publicación Científica, 259*.
9. — — — **La epidemiología y la enfermería**. Washington, 1976. (Publicación Científica, 333).
10. — — — **Informe del seminario en enfermería de salud pública**. Washington, 1962. (Informes sobre enfermería, 1).
11. — — — **El papel de la enfermería en la atención primaria de salud**. Washington, 1977. (Publicación Científica, 348)