ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Memória e Identidade(s)

Ana Paula Gato – Instituto Politécnico de Setúbal, CIDEHUS (Centro Interdisciplinar de História e Humanidades e Culturas da Universidade de Évora), Mesa de Apoio ao Colégio de Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros.

RESUMO

Esta comunicação tem como objetivo apresentar, a partir de uma perspetiva histórica e através da análise de histórias de vida e de fontes escritas, o percurso das enfermeiras comunitárias em Portugal no século XX, visibilizando a sua ação e a construção da sua identidade profissional. A análise realizada permitiu associar a "individualização" da Enfermagem Comunitária/Saúde Pública, ao desenvolvimento das preocupações com a saúde pública que se concretizou com a criação de vários serviços de saúde não hospitalares a partir dos finais do século XIX, processo que se acentuou no século XX. As intervenções das enfermeiras comunitárias procuraram responder às necessidades das pessoas, estabelecer ligações interinstitucionais e pluridisciplinares, articular intervenções, atuar tanto na promoção da saúde como no tratamento, reabilitação e até nos cuidados em fim de vida. A "invenção" da enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem: da intervenção centrada sobre o indivíduo, essencialmente em contexto hospitalar, para a intervenção em contexto comunitário, dirigida não só a indivíduos mas também às famílias, a grupos e à comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e saúde. A identidade da enfermeira comunitária integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, empenho na participação das pessoas, a humanização, a intervenção comunitária, as preocupações com a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados e a propensão para o trabalho em equipa.

INTRODUÇÃO

Diz José Mattoso que *"Recordar o passado coletivo é uma forma de lutar contra a morte e constitui também o fundamento da consciência da identidade."* As questões contemporâneas estão ligadas à identidade, à memória, à vivência do tempo e à procura do seu significado, à condição do sujeito determinante, e/ou determinado, pelas condicionantes do tempo vivido. A Enfermagem Comunitária, apesar dos discursos das organizações internacionais e dos documentos nacionais de referência, tem conhecido no nosso país um não investimento e uma não visibilidade que associamos à afirmação tardia da especialização nesta área, à história da própria profissão e às

políticas nacionais para os cuidados de saúde primários.[1] Ouvir e relatar as vidas e experiências de enfermeiros que desenvolveram a sua atividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários é resgatar a memória e tornar visível a prática da Enfermagem Comunitária. Por isso procuramos aqui visibilizar a ação e a construção da identidade da Enfermagem Comunitária em Portugal durante o século XX a partir das histórias de vida de enfermeiras comunitárias.

Embora possamos localizar em Portugal práticas que poderemos considerar de enfermagem comunitária associadas ao combate às epidemias, visitação domiciliária e apoio à saúde dos mais desfavorecidos desde a Idade Média,[2] o século XIX assume centralidade na expansão dos cuidados de enfermagem comunitária associada à expansão das ordens/congregações religiosas femininas, muitas delas fundadas e/ou constituídas por enfermeiras. Foram buscar inspiração organizacional e prática à congregação das Filhas da Caridade, fundada em França no século XVII, com um modelo de prestação de cuidados na comunidade assente em formação específica e grande autonomia, atuação por área geográfica, prioridade aos mais vulneráveis e/pobres, e prestação de cuidados no domicilio. Distinguiram-se pela sua ação inovadora e pela formação diferenciada várias enfermeiras religiosas portuguesas.

Num tempo em que o Estado não tinha organizada a prestação de cuidados de saúde não hospitalares, estas mulheres assumiram os cuidados na comunidade como tarefa sua, constituindo-se estes também como oportunidade de intervenção pública quer para elas próprias quer para enfermeiras laicas. Lembremos Mary Jane Wilson, enfermeira inglesa que na Madeira fundou dispensários, lactários, escolas e asilos e uma ordem religiosa, a Congregação das Vitorianas, que se dedicou essencialmente aos cuidados de enfermagem e ao ensino. Ou Teresa de Saldanha com as suas Dominicanas, enfermeiras e professoras, em que podemos salientar o exemplo da Irmã Enfª Maria José de Albergaria enfermeira responsável pelo funcionamento do Dispensário de Alcântara fundado em 1883 pela Rainha Dª Amélia. Ou ainda as Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição, também professoras e enfermeiras, que se dedicavam aos cuidados no domicílio, nos asilos e nas creches, com uma preferência especial pelos mais pobres. E tantas outras congregações femininas que se dedicaram à Enfermagem Comunitária, tal como a

[1] GATO, Ana Paula **-** Da assistência aos pobres aos Cuidados de Saúde Primários : o papel da Enfermagem (1926-2002). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.2013.Tese de Doutoramento em Saúde Pública

[2] GATO, Ana Paula **-** Da assistência aos pobres aos Cuidados de Saúde Primários : o papel da Enfermagem (1926-2002). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.2013.Tese de Doutoramento em Saúde Pública

Congregação de José de Cluny, as Servas de Maria Ministras dos Doentes ou as Franciscanas Missionárias de Maria.

Os espaços de intervenção comunitária das enfermeiras religiosas foram sendo ocupados por enfermeiras laicas a partir do final do século XIX. No entanto, os valores e os ideais que presidiram às práticas da enfermagem religiosa na comunidade irão marcar os modos de ser e as práticas futuras das enfermeiras comunitárias. A laicização das enfermeiras, o advento da saúde pública, a institucionalização dos cuidados de saúde de proximidade e o poder médico, contribuíram fortemente para que a que a enfermagem na comunidade se assumisse dentro da enfermagem com características de uma nova forma de prestar cuidados com saberes específicos[3]. As novas instituições de saúde, que procuraram responder às necessidades de um mundo mais urbanizado e complexo, constituíram-se também como uma área de intervenção privilegiada para as mulheres. As atribuições e práticas outrora desenvolvidas pelas enfermeiras religiosas passaram a ser realizadas por enfermeiras laicas. As novas conceções sobre o papel do Estado na vida e saúde das comunidades, assim como a necessidade de combater as doenças infeciosas e de cuidar no domicílio, levaram à consciencialização de que era preciso investir na formação de profissionais de enfermagem que prestassem esse tipo de cuidados.[4] Na sequência da Primeira Guerra Mundial e da afirmação da Saúde Pública e do higienismo, como partes integrantes do Estado Providência, assistiu-se a um crescente investimento na formação e institucionalização da Enfermagem Comunitária. A Fundação Rockefeller assumiu neste campo um protagonismo que não podemos deixar de mencionar.

Assim uma das referências internacionais em termos do desenvolvimento da Enfermagem Comunitária é o Relatório Goldmark, *Nursing and Nursing Education in the United States*, por iniciativa e com financiamento da Fundação, e que foi publicado em 1923. O relatório, elaborado por Josephine Goldmark, sobre um estudo do ensino de enfermagem em todo o território dos Estados Unidos da América, apresentava como prioritária a necessidade de aumentar o nível de formação em enfermagem, considerando que esta deveria ser atribuída às Universidades. Insistia-se também na necessidade de desenvolver a formação específica e pós graduada em enfermagem de saúde pública.[5]

---

[3] SWEET, Helen - **Community Nursing and primary Health Care in Twentieth-Century Britain**

[4] A este propósito ver RICE, Robyn; *"Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários"* e SWEET, Helen - **Community Nursing and primary Health Care in Twentieth-Century Britain**

[5] GOLDMARK, Josephine et al -**Nursing and Nursing Education in the United States.** New York: McMillan Company, 1923. Disponível em http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015000817117;view=1up;seq=10

Na sequência deste relatório as universidades norte-americanas abriram as suas portas à formação de enfermeiros, muitas com o suporte financeiro da Fundação, apostando essencialmente na formação em saúde pública. Esse modelo formativo foi expandido por vários países do mundo, desde a Europa até à América do Sul pela Fundação.[6] Surgem escolas de enfermeiras visitadoras, para melhor responder às epidemias, às necessidades de assistência materno-infantil, aos cuidados curativos, à promoção da saúde e à vacinação, à reorganização dos serviços de saúde e de assistência no pós-I Guerra Mundial. A Fundação terá também um papel preponderante na formação de enfermeiras comunitárias em Portugal.

Apesar de Portugal ter sido um dos primeiros países a estabelecer o ensino da saúde pública nos cursos de medicina[7] essa formação não foi instituída ao mesmo tempo nos cursos de enfermagem. Segundo Soares a formação em Enfermagem de Saúde Pública foi introduzida no currículo da Escola Técnica de Enfermeiras aquando da sua fundação em 1940[8]. Já Lucília Nunes refere que além da ETE também a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo incluía no seu curriculum temáticas de saúde pública.[9] No entanto, as primeiras formações em enfermagem comunitária aconteceram nos cursos de visitadoras sanitárias e enfermeiras visitadoras iniciados no final da década de 1920, respetivamente na Direção Geral de Saúde e na Universidade do Porto.

Na altura a formação profissionalizante em enfermagem contava no país, apenas com algumas décadas de história e era essencialmente vocacionada para a formação de enfermeiras hospitalares.[10] Sob influência da Fundação Rockefeller e de alguns médicos, que conheciam outras realidades, a formação organizada de visitadoras iniciou-se em 1929. A partir daí as enfermeiras comunitárias iniciaram um caminho de afirmação e construção identitária de que as enfermeiras que entrevistámos para este trabalho são testemunhas privilegiadas.

METODOLOGIA

Considerámos que escutar enfermeiras comunitárias nos permitia um relato e uma análise rica do que foi o percurso e como foi construída a identidade das enfermeiras comunitárias. Descamps distingue várias funções nas testemunhas contemporâneas: a de atestar a autenticidade de um

---

[6] MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem.** Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999, p.104.

[7] FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

[8] SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950).** Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

[9] NUNES, Lucília – **Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003

[10] Relembremos que o início da profissionalização da enfermagem em Portugal está associado à criação da 1ª escola de enfermagem, criada em 1881 por Costa Simões na dependência dos Hospitais Civis de Coimbra.

acontecimento já que o vivenciou e o de ser uma pessoa memória, pois detém um "capital memorial" em risco de desaparecimento. [11]

A opção metodológica de utilizar as histórias de vida está ligada ao facto de estas permitirem obter informação fundamental para a identificação e reconstituição de percursos e por outro lado proporcionarem a perspetiva do vivido, de como as pessoas em questão viveram e recordam situações de que muitas vezes só conhecemos o enquadramento legal.[12] É pois compreensível que as histórias de vida, nomeadamente o relato de vida, que Daniel Bertaux qualifica como história de uma vida tal como a pessoa a narra ao investigador[13], sejam de grande riqueza histórica, não só pela quantidade de informação mas também porque não podemos isolar a história de uma pessoa do seu contexto social e cultural. Neste sentido elas dão-nos uma imagem contextualizada do nosso objeto de estudo.

Seguindo as orientações de Poirier[14] , não faria sentido tentar construir uma amostra representativa, pelo que se optou por escolher informantes privilegiados, tendo sido entrevistados catorze enfermeiros. A escolha de pessoas que, pelas suas experiências, são informantes privilegiados, permitiu recolher uma diversidade de pontos de vista sobre a sua experiência enquanto atores e relativamente a outros atores. Utilizaram-se entrevistas semidiretivas, ou em profundidade. Tendo em atenção que a história de vida não abrange toda a existência da pessoa, foram delineados temas que orientaram a narrativa autobiográfica.

Fez-se o registo das entrevistas em áudio sendo depois integralmente transcritas. Cada entrevista foi datada, registada a sua duração e o local onde se realizou. Fez-se posteriormente a organização, montagem, enquadramento e interpretação dos textos através da análise de conteúdo, mais precisamente análise categorial, no sentido de categoria definido por Poirier como "rubrica significativa ou classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso", a partir da qual se desenvolveu uma análise interpretativa. A análise das histórias de vida foi baseada nas sugestões de Poirier et al , e nas recomendações de Isabel Carvalho Guerra[15] . Foi utilizado também o método prosoprográfico que nos permitiu descrever atores implicados no estudo, nomeadamente

---

[11]DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l'histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux.** Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.

[12] FERRAROTTI, Franco - Historias de vida y Ciencias Sociales. In FEIXA, Carlos – Entrevista a Franco Ferrarotti. Perifèria : Revista de recerca y formación en antropologia. 5 (Diciembre 2006) 1-44.

[13] BERTAUX, Daniel - **Le Récit De Vie: L'Enquête Et Ses Méthodes**. 3ª ed. Armand Colin, 2010.

[14] POIRIER, Jean et al - **Histórias de vida, teoria e prática.** Oeiras: Celta Editora, 1999.

[15] GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**.Lisboa:Principia.2006

recolhendo dados sobre faixa etária, formação profissional e académica, e demais dados que nos permitiram a sua caracterização. A análise das histórias de vida foi acompanhada pela análise histórica de fontes escritas.

Utilizámos conceptualmente alguns conceitos da escola neo-institucionalista baseada nos atores nomeadamente os conceitos de diferenciação social dos atores. O conceito de diferenciação social dos atores sublinha que as instituições criam estruturas de divisão do trabalho que promovem a diferenciação social dos atores. Exemplo disso são as formas como as instituições definem normas de comportamento e de procedimento, autorizam ou recusam o acesso a determinados recursos, determinam as relações de poder. Utilizamos este conceito para identificar de que forma as políticas para os Cuidados de Saúde Primários contribuíram para a diferenciação social dos enfermeiros. Já para identificar e compreender quais foram os valores, os interesses, os saberes, enfim as motivações que guiaram a ação dos enfermeiros servimo-nos do conceito de orientação da ação, que acentua a necessidade de determinar qual é o referente social que dirige a ação dos atores, partindo do pressuposto que o quadro institucional estrutura o acesso à ação e aos recursos necessários à mesma, mas não a determina inteiramente.

Segundo March e Olsen o comportamento apropriado para a ação engloba a ação determinada pela norma e pela identidade[16]. Ora a identidade do ator não se resume a normas interiorizadas, inclui aspetos ligados ao ser e ao comportamento, como o género e a idade ou as atividades que desenvolve, no caso do ator individual. A identidade pode incluir também interesses e orientações normativas e ainda características como a origem social ou étnica. Enquanto referente para a ação a identidade é transversal às normas e interesses e transcende-os.

Aliado ao conceito de orientação da ação surge o de situação da ação, que engloba os ambientes politico, económico e social que rodeiam o ator e que são pertinentes para a ação, na medida em que podem trazer estímulos e/ou possibilidades aos diferentes atores envolvidos. Utilizamos este conceito na identificação e análise de situações que foram vivenciadas pelos enfermeiros no contexto das políticas para a Enfermagem e para os CSP, se estas os conduziram à ação, se os paralisaram, se os conduziram a opções ou se os levaram apenas a procurar "sobreviver". Uma situação pode conduzir os atores à ação porque os confronta com um problema, ou porque lhes oferece oportunidades únicas. No entanto, para Mayntz e Scharpf, a expectativa de perdas

[16] MARCH, J.; OLSEN, J. – The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. American Political Science Review. 78:3 (1984), p. 734-749.

significativas pode motivar mais a ação do que a de potenciais ganhos, exceto se as ameaças de perda forem muito "pesadas" ou difíceis, pois nesse caso podem paralisar a capacidade de agir.

Servimo-nos também do conceitos de path dependence, desenvolvido pela escola do institucionalismo histórico, que enfatiza também a relação ator-estrutura e o tema do poder e suas assimetrias. Os teóricos desta corrente defendem que as decisões politicas têm uma finalidade, um padrão histórico de desenvolvimento e uma relevância que vão condicionar o futuro[17].

O conceito de path dependence, ou dependência de percurso, é fundamental para compreendermos se o processo evolutivo da enfermagem comunitária foi influenciado por percursos anteriores. Para Fernandes o conceito de path dependence abrange a noção de que fatores num particular momento histórico influenciam/condicionam determinadas trajetórias[18]. O que na prática significa que legados anteriores condicionam escolhas posteriores.

SER ENFERMEIRO COMUNITÁRIO

Os nossos entrevistados nasceram entre a década de 1920 e meados da década de 1960. Os locais de nascimento variam, sendo que cinco nasceram em distritos do Norte do país, três no Centro, três em Lisboa, duas em Setúbal e uma em Faro. Oito deles estão ligados à média burguesia, três enfermeiras são filhas de empresários e uma delas é filha de um piloto da aviação civil. As famílias dos restantes vivenciaram algumas dificuldades para assegurar o bem-estar da família.

Há entre os entrevistados uma nítida pluralidade de **contextos familiares e sociais**, embora com algumas regularidades grupais. Realçamos que a maioria é originária da média burguesia, teve modelos familiares consistentes[19] e integra famílias numerosas, que valorizaram mecanismos de formação/educação com vista à autonomia e possível ascensão social dos filhos, apesar da intranquilidade com que assistiram à sua escolha profissional. Esta situação é visível no quadro abaixo.

[17] PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis.** New Jersey: Princeton University Press, 2004

[18] FERNANDES, António Sérgio Araújo – **Path dependency e os estudos históricos comparados.** In XXIV Simpósio Nacional de História: Associação Nacional de História, 2007.

[19] Pois, tendo enfrentando algumas adversidades, as famílias mantiveram-se unidas.

Quadro 1 – Perfil biográfico dos entrevistados

Nome	Ano nascimento	Local de nascimento	Profissão do pai	Profissão da mãe	Número de irmãos
CBO	1922	Lisboa	Funcionário público administrativo	Doméstica Costureira	Filha única
ACS	1935	Braga	Enfermeiro	Doméstica	Filho único
MSP	1935	Faro	Empresário	Professora primária	Dois irmãos
NG	1937	Castelo Branco	Chefe distrital ferroviário	Doméstica	Dois irmãos
MJC	1941	Setúbal	Feitor agrícola	Doméstica	Dois irmãos
ECT	1942	Viseu	Capataz mineiro	Doméstica	Seis irmãos
NVC	1946	Leiria	Sargento do exército	Doméstica	Um irmão
IAC	1949	Braga	Empresário	Auxiliar social	Treze irmãos
ZA	1950	Vinhais Bragança	Guarda-fiscal	Professora primária	Dois irmãos
MJB	1950	Lisboa	Piloto de aviação civil	(Enfermeira) Doméstica	Sete irmãos
FD	1950	Castelo Branco	Empresário	Doméstica	Cinco irmãos
CM	1958	Sesimbra Setúbal	Motorista	Doméstica	Filha única
X	1958	Guarda	Funcionário dos correios e pequeno proprietário agrícola	Floricultora	Dois irmãos
CC	1964	Amadora Lisboa	Empregado comércio	Doméstica	Uma irmã

Ser enfermeira nos anos quarenta, cinquenta, ou sessenta do século passado, inscrevia-se no âmbito de um ideal altruísta, mas constituía também uma real possibilidade de uma mulher poder alcançar a sua independência económica e social. No entanto, ser enfermeira não era, muitas vezes, considerada uma opção adequada. Existiu por parte de algumas das famílias dos entrevistados, alguma relutância em aceitar a opção das filhas/filho.

"Entretanto a minha mãe, como a enfermagem tinha muito má fama nessa altura, não queria de maneira nenhuma que eu fosse para enfermagem, não queria...(NG)

"...eu era obrigada a dizer aos meus pais que queria ser enfermeira e eu não queria, porque já sabia que não me deixavam ir, tinha de ir para Lisboa, mas então lá disse, foi uma tragédia em casa. Porque a enfermeira era muito mal conceituada, na altura." (NVC)

Tendo herdado a carga vocacional associada às religiosas, a profissão tinha também uma representação associada a mulheres independentes e que trabalhavam em grande proximidade e intimidade com homens, profissionais de saúde e doentes, o que não era abonatório para a profissão. o que não era abonatório para as mulheres à época. Era também um trabalho mal remunerado e exigente em termos físicos.[20] Para alguns era considerada uma forma de resolver o problema do "amparo" financeiro das mulheres solteiras, tal como referia em 1956 o médico Luís Adão, *"há muitas que estão condenadas a ficar para tias. É preciso cuidar dessas e do seu futuro. Não há neste momento em Portugal nada melhor para as raparigas que não possuam família abonada para lhes criar um futuro do que ser enfermeira."*[21]. Outros viam-na como uma profissão pouco exigente em termos intelectuais e de trabalho duro e mal pago.[22]

No entanto, o curso de Enfermagem atraía também uma elite de mulheres da burguesia bem retratada em artigo da Revista da Mocidade Portuguesa Feminina de 1953: com o expressivo título *"Rapariga! Chamam por ti",* constata com surpresa o autor ter encontrado como estudantes de Enfermagem, na Escola Rainha Santa Isabel, em Coimbra, "*muitas raparigas do melhor meio social, como as filhas dos professores universitários Rocha Brito, Barros e Cunha, Cabral Moncada, João Porto, etc…"* quando até aí *"só tiravam o curso de Enfermagem as raparigas modestas".*[23] O artigo salienta a necessidade de preparar técnica e moralmente as futuras enfermeiras e destaca que a Enfermagem vinha *"abrir grandes possibilidades às raparigas do nosso tempo que tenham vocação"* visto que *"não há profissão que melhor se case com a maneira de ser da mulher."*[24] Este discurso, embora valorize o desenvolvimento técnico, não deixa de enaltecer as questões da vocação e do género como centrais na profissão, centralidade, que como antes foi dito, foi acentuada durante o Estado Novo, período durante o qual existiu uma "veiculação do feminino", na expressão de Morais, na formação e nas políticas para a Enfermagem.[25]

---

[20] COLLIÉRE, Marie-Françoise – Promover a Vida. Lisboa: Lidel, 1999.
[21] ADÃO, Luís – O problema da Enfermagem. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956
[22] BERMUDES, Cesina – Formação profissional das enfermeiras. A enfermeira: Boletim. 3 (Junho de 1939) 17-33. p. 22-23.
[23] P.E. - Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]. 75 (Outubro de 1953) 13.
[24] P.E. - Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]. 75 (Outubro de 1953) 13.
[25] MORAIS, Maria Carminda Soares – Formação, Género e Vozes de Enfermeiras. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação.

O percurso dos nossos entrevistados dá-nos também uma ideia da **diversidade de formações em Enfermagem**, mesmo a nível inicial, durante o século XX. Doze dos entrevistados frequentaram o Curso Geral de Enfermagem.

Quadro 2: Caracterização dos entrevistados por *tipo de formação inicial em Enfermagem.*

Tipo de formação inicial em Enfermagem	Nº de enfermeiros
Curso Geral de Enfermagem	12
Curso de Enfermagem de Saúde Pública + Curso de Equiparação ao Curso Geral	1
Curso de Auxiliar de Saúde Pública + Curso Geral de Enfermagem	1
Total	14

Isabel frequentou o Curso de Enfermagem de Saúde Pública na então Escola de Enfermagem de Saúde Pública, fundada em 1967. O curso tinha duração de dois anos e a sua posterior extinção levou a que as enfermeiras tivessem que frequentar o terceiro ano do Curso Geral para obterem a equivalência.[26] Cesaltina Marquês fez um percurso diferente, realizando o Curso de Auxiliares de Saúde Pública, uma formação que tinha sido uma iniciativa de médicos de saúde pública, com a duração de seis meses. Rapidamente foi extinto, sendo a nossa entrevistada orientada, pela então enfermeira que integrava a Administração Distrital dos Serviços de Saúde (ADSS), no sentido de fazer o Curso Geral de Enfermagem:

"A Enf.ª Borges Ferreira mandou-me chamar para me dizer que a profissão ia acabar. Eu tinha duas opções, ou passava automaticamente a administrativa ou tinha a hipótese de fazer o Curso Geral de Enfermagem com comissão gratuita de serviço. Claro que optei pelo curso e ingressei em 1977 na Escola das Franciscanas Missionárias de Maria." (CM)

Dos catorze entrevistados, onze iniciaram o curso entre os dezasseis e os dezoito anos, sendo que duas delas tiveram que ter autorização ministerial, pois não tinham ainda os dezassete anos previstos na lei.

A **vida profissional** de nove dos nossos enfermeiros iniciou-se nos hospitais. Carlota começou a sua carreira no Hospital de S. Luís (conhecido como "S. Luís dos Franceses") em Lisboa. Adriano no Hospital de S. Marcos em Braga, Nazaré na Maternidade Alfredo da Costa, Eduarda nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Maria José no Hospital de Santa Maria em

[26] Entrevista a Isabel Azevedo Costa

Lisboa, Natália no Hospital Curry Cabral em Lisboa, Maria João no Hospital Particular de Lisboa, X no Hospital dos Covões em Coimbra e Cristina no Hospital de Santa Maria em Lisboa. Nenhum deles esteve mais de três anos no Hospital.

Apenas cinco das entrevistadas optaram, logo após o curso, pelos CSP; Isabel, Manuela e Zita ingressaram nos serviços do Instituto Maternal, enquanto Cesaltina e Fernanda iniciaram a sua vida profissional nos então recém-criados centros de saúde, na década de 1970. A opção pelo trabalho nos cuidados de saúde primários teve géneses diferentes. As razões incluem a insatisfação com o percurso profissional até aí realizado, a vontade de experimentar novas atividades, o desejo de trabalhar em atividades de promoção da saúde, e a necessidade sentida de melhor conciliar a vida familiar com a vida profissional.

A impotência sentida perante a doença e a morte levou uma das entrevistadas a sair do hospital e a procurar um local de trabalho que lhe permitisse contribuir para as evitar, demonstrando uma clara consciência de que os números da mortalidade infantil poderiam ser diminuídos com uma intervenção adequada dos serviços de saúde de proximidade.[27]

Quadro3: Caracterização dos entrevistados por formação posterior à formação inicial em Enfermagem.

Formação posterior	Nº de enfermeiros
Sem formação posterior (deixou de exercer)	1
Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública (CAESP)	2
Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública (CAESP) + Curso de Especialização em Enfermagem (CEE)	4
CAESP + CEE + Curso Complementar em Enfermagem (Pedagogia ou Administração) (CCE)	2
CAESP + CEE + Mestrado	1
CEE + Mestrado	2
CAESP+ CEE + CCE+ Mestrado+ Doutoramento	1
Curso de Esp. em Medicina de Saúde Pública	1
Total	**14**

[27] Entrevista a Maria José Crespo

O CAESP, um curso breve com a duração de três meses, revestiu-se de grande importância para a formação dos enfermeiros que trabalharam nos centros de saúde de saúde pós 1971.

Sobre o CAESP Adriano comenta:

"Eu considerei que era importante ter uma formação um bocadinho diferente, então fui fazer o CAESP à Escola de Enfermagem de Saúde Pública. E a Ione Filipe Pinto deu-me uma grande ajuda, deu-me informação, documentação, deu-me muitas horas de formação." (AC)

Adriano não só reconhece o impacto deste curso na sua vida profissional como, depois dele, ficou motivado para pedir ajuda no sentido de os enfermeiros chefes dos SMS terem acesso a formação semelhante. Adriano desejava que os serviços dos SMS no distrito de Braga funcionassem, em termos de enfermagem, de modo semelhante aos centros de saúde:

"Então eu pedi-lhe (a Ione Filipe Pinto) para que se organizasse uma formação, um curso para os enfermeiros chefes dos SMS aqui de Braga. E fizeram esse curso com a colaboração da Escola de Enfermagem de Saúde Pública e com a Escola de Administração e Ensino de Enfermagem. Durou três semanas e ficaram lá internos na escola em Lisboa. O curso tinha como professores a Ione Filipe Pinto, a Marília Viterbo de Freitas, a Maria Alcina Fernandes e outras enfermeiras e estava organizado com uma parte de administração e outra de saúde pública." (ASC)

Quando da integração dos SMS nos centros de saúde, Adriano continuou a insistir na formação dos enfermeiros destes serviços. Com o apoio da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, vários enfermeiros dos SMS do distrito de Braga foram também fazer o CAESP :

"Quando se deu a integração dos SMS eles (os enfermeiros chefes) já tinham essa formação. Depois consegui, com o apoio da Enfermeira Ione Filipe Pinto, enviar vários enfermeiros dos SMS, nomeadamente aqueles que pareciam ter mais interesse, para a Escola de Enfermagem de Saúde Pública para fazerem o CAESP." (AC)

Esta situação é reveladora do empenho que as docentes da Escola de Enfermagem de Saúde Pública demonstraram na formação dos enfermeiros comunitários e na mudança dos CSP, tendo em atenção que nesta altura se expandiam os centros de saúde e se programava a integração nos SMS. As docentes em causa, Ione Filipe Pinto e Maria Alcina Fernandes, foram também responsáveis pelos primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e detinham ambas o Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública realizado no Brasil.

A especialização em enfermagem de saúde pública foi considerada pelos entrevistados como bastante relevante para a aquisição ou desenvolvimento de competências.

Apesar de distintos, **os percursos profissionais e pessoais** revelam uma participação significativa dos enfermeiros tanto na vida profissional como na comunitária. Como poderemos ver na síntese abaixo a maioria dos percursos tem particularidades. A juntar à vida familiar e

profissional a maioria dos nossos entrevistados envolveram-se em atividades, em áreas essencialmente de intervenção dirigida a indivíduos e a populações vulneráveis.

Quadro4: Percursos pessoais e profissionais.

Nome	Funções exercidas nos CSP	Outras actividades	Notas
CBO	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª "*Supervisora* " dos SMS	Voluntariado em movimentos católicos	
AC	Enf.º, Enf.º Superintendente dos SMS, Enf.º Vogal da ADSS, Enf.º Director de SRS	Foi dirigente sindical. Exerceu funções no 1º mandato da Ordem dos Enfermeiros. Faz voluntariado.	Condecoração pelo Ministério da Saúde, condecoração pela Ordem dos Enfermeiros.
MSP	Médica, Enf.ª de Saúde Pública e Técnica de Enfermagem no IM, Chefe de serviços do IM na Madeira, Responsável pelo sector de educação sanitária no IM, Responsável pelo Serviço de Educação Sanitária/ Divisão de Educação para a Saúde na DGS.	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem por curto período. Acumulou funções docentes na ENSP.	Condecorada pelo Ministério da Saúde
NG	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe do Hospital da Misericórdia, Enf.ª Chefe do CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS	Faz voluntariado na Pastoral da Saúde	
MJC	Enf.ª de Saúde Pública no IM, Enf.ª Chefe do CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS		Condecoração pelo Município.
ECT	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.º Chefe Regional do IM, Enf.ª Vogal de ADSS, Enf.ª Directora SRS	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem.	Condecoração pelo Ministério da Saúde, condecoração pela Ordem dos Enfermeiros.
NVC	Enf.ª Chefe de CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª Supervisora	Faz voluntariado	
IAC	Enf.ª Chefe de CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª no Centro Regional de Saúde Pública	Pertence à direcção de uma APPACDM.	
FD	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª Directora SRS	Foi dirigente local e regional nos escuteiros. Foi dirigente sindical. Exerceu funções no 1º mandato da Ordem dos Enfermeiros. Fundou uma associação de apoio a crianças em risco.Faz voluntariado.	
ZA	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da ADSS		Professora numa Escola Superior de Saúde.
MJB	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Membro da ECL da Rede de Cuidados Continuados	Foi dirigente escutista. Foi dirigente sindical. Faz voluntariado na Pastoral da Saúde.	
CM	Auxiliar de Saúde Pública, Enfermeira		
X	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Enf.ª da ECL da Rede de Cuidados Continuados, Enf.ª Vogal Conselho Clínico do ACES		
CC	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Assessora do Ministro Saúde, Membro da Missão para os CSP, Enf.ª Vogal Conselho Clínico do ACES	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem.	

Carlota só deixou de trabalhar quando já tinha o quarto filho e manteve-se ativa tanto na educação como na participação em grupos e movimentos católicos a que pertenceu de forma entusiástica.

Adriano fez o seu percurso de forma muito independente e com sentido crítico acerca do que se passava no sistema de saúde. Foi dirigente sindical num tempo em que os sindicalistas se defrontavam com inúmeras dificuldades. Exerceu no Hospital da Misericórdia, em empresas privadas, nos Serviços Médico Sociais – Caixas de Previdência (SMS) e nos Centros de Saúde. Foi dirigente regional numa Administração Distrital de Serviços de Saúde (ADSS) e posteriormente numa Administração Regional de Saúde (ARS). Desempenhou funções no 1º mandato da Ordem dos Enfermeiros (OE). Já aposentado dedicou-se ao voluntariado com um grupo de amigos e com a esposa. Foi também condecorado pela OE.

Manuela trabalhou na Direção Geral de Saúde e nunca se desligou das questões da educação para a saúde tendo integrado vários grupos nacionais e internacionais nesse âmbito. Elaborou inúmeros materiais de apoio de educação para a saúde e foi responsável, no seu país e no estrangeiro, por vários programas de formação e intervenção em Educação para a Saúde. Foi também membro da Comissão Nacional de Luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e chegou a trabalhar nos Serviços de Saúde Prisionais. Foi condecorada pelo Ministério da Saúde.

Maria José, Eduarda e Isabel têm em comum o facto de terem trabalhado no Instituto Maternal e participado na implementação dos primeiros centros de saúde pós-1971. Fizeram um percurso digno de registo em termos profissionais, tendo ocupado cargos de alguma influência a nível regional. O mérito profissional de Eduarda foi reconhecido pela OE, que a tornou membro honorário, e pelo Ministério da Saúde que a condecorou. Isabel teve sempre um grande empenho social nas questões da deficiência, dedicando parte do seu tempo a uma instituição de apoio a pessoas com deficiência.

Maria José e Nazaré ficaram viúvas muito novas, conjugando a partir daí a educação dos filhos e a gestão familiar com a vida profissional sempre absorvente. Sensíveis aos problemas sociais, sempre se envolveram nas questões comunitárias, o que levou a que Maria José fosse condecorada pelo município da sua área de trabalho e residência. Nazaré, quando se aposentou, continuou envolvida em atividades de carácter social, dedicando-se à Pastoral da Saúde da Igreja Católica, acompanhando regularmente doentes dependentes.

Além de Adriano, foram dirigentes sindicais Fernanda e Maria João, estas últimas escuteiras e dirigentes escutistas. Fernanda, que foi enfermeira chefe e exerceu funções de enfermeira diretora na Sub-Região de Saúde (SRS) de Lisboa, optou, quando deixou as funções de enfermeira diretora, por trabalhar numa Comissão de Proteção a Crianças e Jovens e fundou uma

organização de apoio a crianças em risco. Maria João emprega algum do seu tempo livre na Pastoral da Saúde, nomeadamente na formação de voluntários para acompanhamento de doentes no domicílio. Natália tem-se dedicado a apoiar a família e desenvolve esporadicamente atividades de voluntariado.

Os nossos entrevistados fogem assim ao estereótipo de que os enfermeiros são pouco implicados na vida pública e não visibilizam os seus interesses e contributos, uma questão que abre várias hipóteses de análise.[28]

Carlota iniciou a sua vida profissional nos então recém-inaugurados serviços da **Caixa de Previdência,** em Lisboa, e descreve como eram as condições de trabalho, no início da década de 1940:

"Fui trabalhar para o primeiro posto da Caixa que abriu ali em Lisboa, na Rua de S. Mamede. Mas era um trabalho muito experimental, estávamos no início, não tínhamos nada para trabalhar, não existiam ficheiros, faltava muita coisa. Éramos poucas enfermeiras e havia também três enfermeiros, que tinham trabalhado nos bacalhoeiros, e poucas auxiliares. Estava tudo no princípio e havia muita guerra política, uns queriam as caixas, outros não, mas depois lá foram aceites e ficámos com melhores condições, já tínhamos tudo o que precisávamos. Ao fim de um ano tínhamos tanta gente que era um disparate, não havia meios materiais para atender tanta gente. …Cheguei a ser o que chamavam "inspectora" e visitava todos os postos de Lisboa. Quem mandava nos postos eram os chefes de posto, administrativos, mas eles até tinham medo de pedir os materiais, era um problema e eram eles que controlavam o «ponto»." (CBO)

Também Adriano comenta a questão da enfermagem nos SMS, alguns anos depois da experiência de Carlota, já na década de 1960:

" A maior parte das enfermeiras eram auxiliares e eram completamente dominadas pelos médicos, eles passavam pelos postos médicos para ganhar dinheiro, tinham de estar lá duas horas e estavam meia. Então queriam que as enfermeiras estivessem nos consultórios com eles para fazerem os cabeçalhos das receitas para adiantarem serviço. Quem superintendia os postos eram os administrativos, mandavam em tudo, nos médicos, nos enfermeiros…nos médicos não mandavam muito porque eles estavam lá pouco tempo, mandavam mais nos enfermeiros, não havia equipamentos, quando assumi a chefia fiz exigências, quando fui para o posto de Maximinos exigi tudo o que era necessário e deram-me tudo: material, pessoal, tudo o que pedi." (ASC)

A organização dos cuidados nos SMS e as condições de trabalho dos enfermeiros, tal como a sua formação, tinham algumas características específicas como se depreende do testemunho dos entrevistados. O quadro institucional percebido permite-nos dizer que o poder relacionado com o controlo horário e de gestão dos serviços estava entregue a funcionários administrativos, os

[28]CARVALHO, Teresa – Profissionalização na Enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional. In DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 21-47.

designados chefes de posto. Poder que era essencialmente exercido sobre os enfermeiros, na sua maioria auxiliares de enfermagem, com poucas habilitações, que se sujeitavam a tarefas que não eram propriamente técnicas, como *"preencher cabeçalhos de receitas"*.[29]

O facto de os quadros das caixas estarem essencialmente preenchidos por auxiliares de enfermagem devia-se sobretudo a motivos financeiros, já que aqueles eram polivalentes.[30] Essa problemática era sobejamente conhecida e objeto de fortes críticas pelas lideranças de enfermagem, como podemos deduzir da intervenção de vários enfermeiros sobre o assunto no II Congresso Nacional de Enfermagem, em 1981. Os poucos enfermeiros do curso geral assumiam geralmente funções de chefia e eram responsáveis pela administração de terapêutica.[31]

Mas os problemas não eram apenas de índole administrativa. Em muitos postos das Caixas de Previdência, as condições para a prestação de cuidados de enfermagem não eram as melhores, nomeadamente em termos de material e equipamentos. As dificuldades não estavam só associadas às más condições, à escassez de enfermeiros, à falta de material ou desvio de funções, mas também à ausência de instrumentos de registo dos cuidados de enfermagem, que não permitia a visibilidade e a avaliação do trabalho realizado.[32] Das dificuldades sentidas relata Adriano:

"Nos postos dos SMS o que fazíamos eram injecções, tratamentos, visita domiciliária. Todos os tratamentos no domicílio eram feitos por nós, andávamos por essas aldeias fora. E as nossas parteiras também faziam os partos de noite, ao fim-de-semana. A minha mulher foi parteira, houve um fim-de-semana que teve que fazer dezasseis partos no domicílio, e existiam cinco parteiras aqui em Braga." (AC)

As nossas entrevistadas Maria José, Isabel, Manuela e Eduarda relembram a forma como se fazia a admissão das enfermeiras no **Instituto Maternal** e como estava organizado o trabalho nos dispensários materno-infantis. Antes da admissão no Instituto Maternal todas as enfermeiras tinham que fazer formação específica, com carácter de obrigatoriedade, ao mesmo tempo que lhes era proporcionada a carta de condução como instrumento de trabalho e a farda que as distinguia e identificava. O processo de seleção era exigente e algumas das candidatas poderiam não ser admitidas.

"Nós tínhamos que ter, obrigatoriamente, dois meses de estágio nos Dispensários Materno-Infantis da zona de Lisboa. Tínhamos também algumas semanas de teoria no Instituto Maternal. O Instituto Maternal era na Avenida Elias Garcia, a sede, era ali para o Conde Redondo, era um organismo autónomo, não dependia de ninguém a não ser

---

[29] Entrevista a Adriano Campos
[30] RISCADO, Gisela – **Panorâmica da Enfermagem nos SMS.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
[31] Entrevista a Adriano Campos e a Carlota BO.
[32] DIAS; Maria Francelina Rosa – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nos SMS.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

do Ministério, evidentemente. Nós tínhamos aí a formação teórica dada por Técnicas de Saúde Pública, técnicas do Instituto Maternal...eram enfermeiras. Eram enfermeiras de Saúde Pública que, geralmente, tinham tirado o curso na Escola Francisco Gentil. Eram topo de gama. Tínhamos também, em simultâneo, aulas de condução para tirarmos a carta, porque era obrigatório tirar a carta." (CT)

"Depois de sermos admitidas íamos tirar a carta, que era paga pelo Instituto Maternal." (MJC)

"Davam-nos a carta de condução e a farda" (CT)

"Tínhamos estágios e tínhamos avaliação, se a enfermeira não respondia às exigências do IM não ficava" (MJC)

"A formação era essencialmente de saúde pública" (CT)

"Quando entrávamos tínhamos três meses de formação teórica e prática. A teórica sobre saúde pública, legislação, ética, comunicação" (IAC)

A posição assumida pelo IM em relação à formação das enfermeiras revela claramente um processo de empoderamento dos atores. O IM proporcionava-lhes uma formação dirigida à ação pretendida, além de outros recursos para a prática, como a carta de condução.

O trabalho estava organizado por áreas geográficas tendo como grupos-alvo as mulheres grávidas e as crianças até aos sete anos de idade, idade de entrada no 1º ciclo do ensino básico.

" (No Instituto Maternal) Cada uma das enfermeiras educadoras sanitárias tinha a sua área geográfica." (MJC)

"Cada enfermeira tinha a sua área geográfica. " (CT)

"O Instituto Maternal fazia tudo o que eram cuidados de Saúde Materna e de Saúde Infantil até aos sete anos de idade, até à entrada para a Escola Primária. O serviço tinha carrinhas, eram as enfermeiras que guiavam essas carrinhas para fazerem visitação domiciliária. Tínhamos aquelas carrinhas Renault 4L. Desloquei-me muitas vezes por montes e vales, conheci a ilha toda [Madeira]." (MSP)

No espaço físico do dispensário faziam-se consultas médicas e de enfermagem preparava-se a visitas domiciliária mensal às famílias. A ação das enfermeiras era essencialmente dirigida para intervenções de vigilância da saúde, vacinação e educação para a saúde. As enfermeiras procuravam trabalhar em interligação com outras estruturas comunitárias, da área da saúde e apoio social, autarquias, serviços públicos locais e privilegiavam o trabalho em equipa e interdisciplinar.

"Tínhamos que fazer a visitação domiciliária mensalmente, pelo menos uma vez nós visitámos as famílias todas." (CT)

"Não cheguei a ir para nenhum dispensário, porque nós estávamos no Serviço de Educação Sanitária do Instituto Maternal e então a Manuela Santos Pardal, que estava a dirigir esse serviço, arranjou-nos instalações próprias num departamento ligado à assistência social lá em Braga, na altura pertencíamos ao mesmo Ministério.

Trabalhávamos muito com as extensões rurais do Ministério da Agricultura. Nós trabalhávamos em equipa, com eles, com as escolas, com a Obra das Mães, com os padres mais abertos." (IAC)

As enfermeiras do Instituto Maternal desenvolviam o seu trabalho com bastante autonomia e asseguravam a efetiva gestão dos Dispensários Materno-infantis:

"*Cada dispensário tinha uma enfermeira responsável, que tomava conta de tudo." (MSP)*

"Quem tinha a gestão dos dispensários eram as enfermeiras e respondíamos à técnica responsável pelo distrito." (CT)

Cada uma das enfermeiras educadoras sanitárias tinha a sua área geográfica e respondia pelos cuidados dessas crianças e dessas grávidas, mesmo quando elas vinham à consulta, se fosse possível, eram sempre atendidas por nós e não por outra enfermeira." (MJC)

Como noutras instituições, existiam profissionais de enfermagem com formações diversas, mas eram as enfermeiras com o Curso Geral que detinham maiores responsabilidades nos cuidados e na gestão dos serviços. As referidas condições de trabalho que eram proporcionadas, tanto em termos de transporte para as visitas domiciliárias, como em termos de formação e equipamentos, facilitavam a prestação dos cuidados.

"No Dispensário Materno-Infantil de Vila Real tínhamos duas enfermeiras educadoras (Curso Geral de Enfermagem) e uma auxiliar de enfermagem….depois havia uma enfermeira de prática registada sob o artigo 33, equiparada depois a enfermeira de segunda e uma visitadora sanitária… O dispensário estava organizado pelo Instituto Maternal, eram todos iguais pelo país em termos de mobiliário e equipamentos, estava tudo organizado de maneira que não tínhamos problema nenhum em trabalhar em Vila Real ou trabalhar no Dispensário de Faro. Era independente porque andava sempre pelo distrito e trabalhei muito na Educação Sanitária, na zona de Chaves. (CT)

"Nós tínhamos carro e esse carro servia tanto para as visitas domiciliárias, como para ir aos armazéns buscar as coisas, nós é que fazíamos toda a gestão do material." (MJC)

"Tínhamos um fundo de maneio de um conto e quinhentos, que na altura era muito dinheiro e era uma grande responsabilidade. Esse dinheiro também servia para comprarmos determinados medicamentos que eram precisos para as crianças numa certa situação, quando ela não podia pagar nós íamos à farmácia, comprávamos os medicamentos, trazíamos a factura e depois lançávamos nas despesas, tínhamos no fim do ano de fazer um relatório de todo o movimento." (MJC)

Quanto à oportunidade para assegurar a continuidade dos cuidados e assumir escolhas, as enfermeiras não tinham grandes hesitações quando o que estava em causa era o bem maior dos seus clientes:

"Nós não podíamos transportar crianças nos carros, mas às vezes as situações eram de tal maneira graves que nós tínhamos de as levar nos carros até Lisboa, à Estefânia. Contactávamos os médicos e fazíamos essa

articulação mesmo até com os hospitais em situações problemáticas, quer das crianças, quer das grávidas, com bom apoio dos médicos que trabalhavam connosco nos dispensários." (MJC)

"Quando as crianças tinham gastroenterites nós dávamos o soro subcutâneo no dispensário, quando a criança descansava e víamos que estava bem, íamos levá-la a casa, nem que fosse na aldeia mais recôndita, íamos no carro." (CT)

O IM estruturou o acesso e os recursos para a ação das enfermeiras, mas concedeu-lhes a autonomia que lhes permitiu orientar a sua prática pelas suas próprias conceções, sobre a enfermagem comunitária, embora enquadrada por alguma rigidez normativa, lhes proporcionou espaço para a inovação, para a criatividade e para a iniciativa, respondendo a contextos que, na época, como se depreende das suas palavras, seriam pautados pela carência de recursos básicos.

Se as identidades são construídas em contextos sociais concretos, e a dimensão identitária a nível profissional é também condicionada pela dimensão institucional,[33] podemos afirmar que a identidade profissional destas enfermeiras foi também construída pela própria instituição. Marcadamente *"um mundo de mulheres"*, visto que até a maioria dos seus dirigentes eram mulheres, recusavam enfermeiros nos seus quadros. Com as condições que lhes foram dadas, estas investiram e organizaram a seu modo os "seus" dispensários e tiveram aqui, como em nenhuma outra instituição pública de saúde, oportunidade de autonomia profissional e de gestão e organização dos cuidados de saúde.

Nos **Centros de Saúde** o trabalho era organizado por programas, na maioria dos casos, embora para alguns programas específicos os enfermeiros tivessem áreas geográficas atribuídas.

"No Centro de Saúde de Lisboa ainda trabalhávamos por programas." (FD)

"No Centro de Saúde Sofia Abecassis nós trabalhávamos por áreas geográficas, no exterior e no interior fazíamos todos os programas, tínhamos uma escala." (IAC)

No II Congresso Nacional de Enfermagem, realizado em 1981, três enfermeiras do Centro de Saúde Sofia Abecassis apresentaram uma comunicação sobre o seu trabalho defendendo que:

"o acto médico, por si só, não soluciona os problemas de uma população. E no entanto a preocupação maior, e por vezes a única, parece ser a de tratar a doença, relegando para segundo plano a "consciência" da necessidade da promoção da saúde e esquecendo que devem ser simultâneos, tendo em conta as características e aspirações da população a que se destinam."[34]

---

[33] MARQUES, António Manuel – **Masculinidade e profissões: discursos e resistências.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2011.

[34] MARTINS, Maria Manuela; GARCIA, Elisa; RODRIGUES, Maria Fernanda Alves – **O papel da enfermeira de saúde pública.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 249-245 e p.250.

Descreveram a sua experiência de trabalho por área geográfica, as reuniões em equipa para discussão de casos ou organização das equipas, a preocupação com a formação contínua, defendendo uma intervenção de enfermagem em que se considerasse o individuo como um todo, integrado numa família e num ambiente social e cultural, tanto em caso de doença como nas intervenções de promoção de saúde. Destacavam o trabalho realizado em parceria com as instituições da área do centro de saúde, escolas, centro paroquial, creches, e a visita domiciliária como uma oportunidade única de se aperceberem das realidades e dificuldades das famílias para melhor as ajudar.[35] O apoio do director e o seu contacto próximo e atento com todos os profissionais é comentado por Fernanda Dias, "*o Prof. Sakellarides apoiava-nos imenso, deu-nos apoio como director, discutíamos muitas coisas e estimulava-nos a fazer trabalhos*."[36] Como já referimos, a experiência piloto deste Centro de Saúde foi marcante para os vários profissionais de saúde que aí trabalhavam.

A variedade de formações também era uma realidade nos Centros de Saúde durante a década de 1970 e foi-o até durante a de 1980. Fernanda foi trabalhar para o Centro de Saúde de Lisboa, precisamente em 1974:

"Fui para o Centro de Saúde de Lisboa que era onde a funcionava a saúde pública. Entrei em Dezembro de 1974. Éramos umas 30 e tal enfermeiras, naquele edifício. Existiam umas quantas enfermeiras com o curso geral, não seriam muitas, meia dúzia de auxiliares de enfermagem, que depois mais tarde fizeram o curso de promoção, ainda umas quatro ou cinco que tinham feito o curso de saúde pública e havia no máximo cinco visitadoras sanitárias. Todo aquele serviço vinha do Maternal, as mais velhas vinham do Instituto Maternal. Eu apanhei esta transição." (FD)

"O grande problema da década de 70 era a falta de pessoal de Enfermagem. Quando falavam que vinham mais médicos, eu às vezes dizia, e disse-o lá em baixo muita vez em reuniões, "dêem-me trinta enfermeiros, eu com trinta enfermeiros faço um trabalho não excelente mas bom, enfermeiras que queiram trabalhar e que tenham formação" (CT)

"Acabávamos o curso num dia e no outro estávamos a trabalhar" (CC)

A falta de enfermeiros colocava em causa o próprio desenvolvimento dos CSP e a qualidade dos serviços. As estruturas dirigentes das ARS também não se esforçariam muito para possibilitar alguma progressão na carreira aos enfermeiros, situação que se manteve até depois do ano 2000, como se nota nos testemunhos de alguns entrevistados:

"Concorri para enfermeira chefe porque nunca mais abriam concursos para enfermeira especialista" (CC)

"Continuei a trabalhar como graduada mas pediam-me que exercesse as minhas competências de especialista" (CC)

[35] Idem
[36] Entrevista a Fernanda Dias.

No entanto, todos os entrevistados destacavam aspetos positivos do trabalho nos Centros de Saúde, designadamente experiências com a comunidade e /ou em equipa, e a possibilidade de intervenções nas áreas curativa como de vigilância e promoção da saúde.

As áreas de intervenção e atividades das enfermeiras em CSP estiveram sempre balizadas legalmente. No entanto, foi grande a diversidade de vivências e modos de fazer, até porque as próprias instituições de CSP condicionaram, pelas suas características próprias, a ação das enfermeiras. Situação que é bem patente no discurso dos nossos entrevistados.

"Havia uma enfermeira responsável em cada dispensário do IM, que tomava conta de tudo, desde a parte burocrática, ou seja, das inscrições, até tudo o resto" (MSP)

"Então fazia a 2ª,4ª,6ª em Santana. Fazíamos saúde materna, saúde infantil e depois mais tarde começou o planeamento familiar e vacinação. A vacinação ainda tinha os dias fixos como tem ainda hoje e depois mais tarde começamos a consulta de diabetologia e tínhamos os cuidados médicos de base mas, porque todos os indivíduos que trabalhavam na restauração faziam exames médicos e análises anuais." (NVC)

"Fazia a saúde materna, a saúde infantil, planeamento familiar. Fazia inquéritos epidemiológicos com um velho Volkswagen na mão. Além dos cartões de sanidade, era ali que se faziam de toda a Lisboa, fazíamos também as vacinas de toda a cidade de Lisboa. A educação para a saúde, aproveitava a hora do almoço enquanto as pessoas estavam na sala de espera para passar filmes sobre: tuberculose, difteria, primeiros socorros, passava o filme e discutíamos o filme. Tudo o que apanhasse e o que pudesse servir, as pessoas gostavam imenso, e foi assim que eu comecei a fazer muito timidamente a educação para saúde. Fazia a saúde escolar nas escolas primárias nas freguesias de Santos, dos Prazeres, da Lapa." (FD)

"Tinha de ser eu, ou a pessoa ficava sem assistência nenhuma, portanto assisti partos, fiz pequenas cirurgias... e fartei-me de medicar…" (AC)

As intervenções dos enfermeiros tinham também atenção especial aos mais vulneráveis e nesse contexto a sua ação era autónoma, ia para além do normativo, e permitia-lhes inovar e recriar as suas intervenções nas margens do não legislado.

" O chão das casas era terra, os tectos tudo a cair, com as telhas todas partidas, dormiam todos no mesmo quarto, os pais, os filhos, e eu trabalhava lá imenso, passava lá tardes, de manhã fazia apoio às consultas e de tarde pegava no carro e ia para lá trabalhar, levava os leites para as crianças, ajudava e ensinava a dar os banhos aos bebés, nos alguidares porque não tinham mais nada, aquecia-se a água lá numas panelas, porque os recém-nascidos coitadinhos tinham de tomar banho quentinhos..." (MJC)

"Antes do 25 de Abril já fazia essas sessões (de Planeamento Familiar), então aquilo era assim uma coisa clandestina, eu ir fazer aquilo à noite, uma mulher, ainda por cima enfermeira, mas as pessoas ... colaboravam imenso, viviam ali naqueles buracos e tinham muitos filhos e então eu achava que devia de ir para ali trabalhar. Eram pessoas que trabalhavam durante o dia e à noite é que estavam disponíveis, então eu ia lá, dar formação, convidar as pessoas a virem às consultas e informá-las sobre as coisas..." (MJC)

Os contributos da formação especializada para o desenvolvimento de novas competências são frisados por Cristina:

"Depois da especialização fiquei muito ligada ao planeamento em saúde, à intervenção comunitária, à reorganização dos cuidados de enfermagem, mas também à área da saúde infantil e juvenil, à vacinação, à visita domiciliária e à saúde escolar" (CC)

Adriano relata a sua experiência nos serviços de saúde ocupacional de uma empresa.

"Combinei com ele (com o engenheiro da empresa) fazer uns cursos de primeiros-socorros, e eu é que dei esses cursos, aos trabalhadores, nomeadamente mais ligados à área do trabalho, e à eletricidade" (AC)

Sobre a intervenção das enfermeiras no controle de epidemias e vigilância epidemiológica Isabel conta-nos o que a fez deixar o seu serviço em Braga para trabalhar para Lisboa:

"Começaram as epidemias de cólera e eu vim porque eram precisas muitas enfermeiras" (IAC)

Fazem também parte dos discursos dos nossos entrevistados a ação da enfermeira no domicílio, a promoção da saúde, os cuidados curativos, a prevenção da doença, nomeadamente através da vacinação, a vigilância e investigação epidemiológica, a vigilância da saúde da mulher e da criança e das pessoas com doenças crónicas. Outra das áreas de intervenção foi a saúde nos locais de trabalho. A complexidade e exigência de um trabalho tão diversificado eram reconhecidas por outros profissionais.

"*Pertence à enfermeira de saúde pública, de harmonia com os conceitos de medicina de hoje, essencialmente preventiva, uma papel de primeiro plano, como elemento fundamental nas tarefas em que os povos andam empenhados, de elevação do nível sanitário do homem…"*[37]

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros entrevistados, patentes no quadro abaixo, configuram o que se esperava do desempenho dos enfermeiros comunitários.

"O enfermeiro da comunidade (ou de saúde pública) é um enfermeiro polivalente, responsável pelos cuidados de enfermagem globais e compreensivos ao individuo e família, considerando a comunidade como um todo e a família a menor unidade social no que respeita aos problemas de saúde. As funções do enfermeiro da comunidade serão:

- *Participar na apreciação do estado de saúde dos indivíduos, dos grupos e da comunidade em geral;*
- *Programar os cuidados de enfermagem considerando os recursos existentes;*
- *Prestar os cuidados de enfermagem preventivos, curativos e de reabilitação a nível dos cuidados primários;*
- *Avaliar os cuidados prestados e estudar a melhoria dos cuidados a realizar."*[38]

---

[37] PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves – Serviços de Enfermagem de Saúde Pública. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura.

[38] CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982, p.132-139.

Quadro 5: Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras comunitárias

Espaço temporal / Atividades/ Intervenções	Décadas de 1940/50	Décadas de 1960/70	Décadas de 1980/90	Décadas de 2000/10
Saúde materna	X	X	X	X
Planeamento familiar		X	X	X
Saúde infantil	X	X	X	X
Saúde escolar	X	X	X	X
Vacinação	X	X	X	X
Vigilância e promoção da saúde do doente crónico		X	X	X
Educação para a saúde a grupos	X	X	X	X
Educação para a saúde a famílias	X	X	X	X
Cuidados curativos nas unidades de saúde	X	X	X	X
Inquéritos epidemiológicos e combate às doenças transmissíveis	X	X	X	X
Visitação domiciliária para cuidados curativos	X	X	X	X
Visitação domiciliária para promoção de saúde e cuidados preventivos	X	X	X	X
Apoio a consultas médicas com presença no consultório médico	X	X		
Distribuição de leites e roupas	X	X		
Trabalho em programas/projetos com populações vulneráveis	X	X	X	X
Atividades de gestão	X	X	X	X
Saúde ocupacional	X	X	X	X

O investimento pessoal dos enfermeiros entrevistados na construção dos cuidados de saúde primários surge-nos dos discursos em termos de envolvimento em iniciativas que permitissem melhorar os cuidados de saúde prestados às comunidades. Estas eram, por vezes inovadoras, outras vezes passavam por uma adesão a mudanças que estavam em curso. Adriano Campos descreve o trabalho realizado enquanto enfermeiro responsável por um Posto Clínico dos SMS em Braga:

"*Quando fui abrir esse posto (dos SMS) conversei muito, com o médico chefe, então pensávamos no futuro, e resolvemos… "e se nós fizéssemos aqui um posto diferente dos outros?". Fui fazer uma visita (ao CS Guimarães) fui falar com uma enfermeira responsável, e quis saber tudo o que é que se fazia lá, trouxe toda aquela informação e depois, com o apoio do médico Dr. Alberto Cruz, fiz um regulamento para a nova*

unidade de saúde, foi a primeira unidade dos serviços médico-sociais a funcionar nos mesmos moldes que os centros de saúde." (AC)

Nesta altura, entre 1971 e 1979, como já referimos, os SMS tinham uma organização bastante diferente dos Centros de Saúde. Em termos assistenciais o enfoque era dirigido para os cuidados curativos, organizando-se essencialmente em torno dos cuidados médicos, contando com um extraordinário peso administrativo, ao contrário do Centro de Saúde mais organizado em torno dos cuidados preventivos e do envolvimento da comunidade.

Sobre o papel assumido na criação dos Centros de Saúde após 1971, Eduarda Cabral Tinoco afirma que:

"depois fui abrindo, eu e ele (o médico diretor distrital) os Centros de Saúde onde havia possibilidades de abrir…e todos tiveram a minha mão, digamos assim." (CT)

Também Mário Pinho da Silva, médico convidado para primeiro diretor do Centro de Saúde de Vizela, relata que: *"Em meia dúzia de dias, com a colaboração de uma enfermeira de saúde pública e alguns, poucos, outros funcionários, desempacotámos o equipamento, montámos, decorámos, o melhor possível, o velho edifício adaptado e no dia 12 de Junho inaugurou-se o Centro de Saúde de Vizela"*

A partir de 1971 a criação dos Centros de Saúde por todo o país foi um desiderato que Arnaldo Sampaio perseguiu com empenho e que a revolução de Abril de 1974 não colocou em causa, antes estimulou. No entanto, é pesado o silêncio em torno da participação dos enfermeiros nesse processo.

"Criámos lá, uma coisinha simples, o nosso instrumento de registo, onde tínhamos os dados de identificação do utente, os hábitos, estilos de vida, colocávamos o problema, os objectivos, actividades a desenvolver" (ZS)

"Eu criei, ajudei a dinamizar aqueles centros de ocupação para as crianças…"(MJC)

"Eu fui abrir o primeiro dispensário (do IM) em Portalegre " (MJC)

"Tive de apetrechar os postos médicos das Casas do Povo, tive de arranjar novas instalações, conquistar terrenos para instalar as salas de enfermagem e equipá-las, tive de admitir enfermeiros." (ASC)

A procura de inovação que perpassa no discurso, a busca de novas soluções, de querer aprender com outras experiências que aos seus olhos se revelavam positivas, são aspetos comuns nas narrativas destes enfermeiros. A criatividade, que Colliére considera "*fugaz e efémera se não terminar numa criação…só tem importância se for traduzida em criação, numa ação que implica*

fazer nascer, fazer existir", é uma característica dos nossos entrevistados. Para lá do papel institucional que lhes foi permitido, a sua ação teve carater inovador e de investimento pessoal.

O conhecimento, e contacto direto, com uma multiplicidade de problemáticas sociais e de saúde permitiu aos enfermeiros aperceberem-se que alguns dos problemas com que se defrontavam só se conseguiriam resolver implicando outros profissionais e instituições numa rede que facilitasse uma ajuda eficaz. A intervenção comunitária foi uma realidade na vida profissional dos nossos entrevistados.

"Nós trabalhávamos em equipa, com os padres mais abertos até na preparação para o casamento, podíamos falar em métodos anticoncecionais com algum jeito, a gravidez, o parto, anatomia do homem e da mulher, já fazíamos sessões sobre isso (1971/72)." (IAC)

"também me dediquei um bocado ao PIIP, Projeto Integrado de Intervenção Precoce, era com as educadoras que eu fazia as visitas, tínhamos um plano integrado de apoio à família "(ZS)

"Também trabalhei bastante numa área que era a Tutoria (denominada "casa de correcção), que era de jovens, digamos que eles não eram presos, mas era como se estivessem presos. Trabalhávamos temáticas de educação para a saúde." (ZS)

"O CINDI funcionou muito bem, com as escolas, com os outros parceiros, fizemos muitas coisas com as pessoas." (MJB)

"Nós tínhamos que nos deslocar, mas as pessoas gostavam. Nós chegávamos a uma aldeia, normalmente num largo, muitas vezes as mulheres vinham ter connosco. As mulheres estavam em casa e vinham ter connosco, traziam os filhos. Recebiam-nos muito bem."(CT)

"No fim do dia ia para essa escola, jantava, dormia lá…numa casa muito fria e no dia seguinte lá me levantava cedo e dava aulas de Puericultura, de Higiene e assim, e vinha-me embora outra vez de comboio." (CT)

"Uma miséria enorme, não tinham nada, não tinham água nem coisa nenhuma e ainda por cima nasceram dois, não tinham roupa, nem para um, quanto mais para dois, enfim, e depois a gente tinha que arranjar para aí uns amigos para dar umas ajudas e arranjar umas camas e assim, enfim..."(ASC)

"Dávamos leites a crianças necessitadas, nós tínhamos leite para dar." (MJC)

"Trabalhei com prostitutas, era eu e um médico de saúde pública, elas tinham dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde, eram discriminadas. Nós criámos acessibilidade, fizemos-lhe formação." (X)

Sobressai nestas narrativas a mobilização destes enfermeiros no sentido de envolver as pessoas nos cuidados. Não conseguindo responder a todas as solicitações, consideravam dever utilizar metodologias de intervenção que favorecessem a autonomia e empoderamento das pessoas e comunidades.

A intervenção social dos enfermeiros dos CSP é aqui vista como natural, fazendo parte integrante dos cuidados a prestar, numa nítida assunção de que o cuidado de enfermagem deve considerar a pessoa toda, incluindo as suas circunstâncias. A este propósito, Jean Watson, escreve *" Cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos."* Esse comprometimento é notório na intervenção destes enfermeiros. Outra característica destes discursos é a solicitude revelada, que, tal como refere Margarida Vieira, é fundamentada *"na capacidade e disponibilidade permanente",* num cuidado que surge da capacidade de partilha e de sensibilidade para a situação daqueles de quem se cuida.

O projeto profissional destes enfermeiros foi partilhado com outros atores, com outras instituições da área social, com autarquias, com organizações não-governamentais e com Instituições Particulares de Solidariedade Social.

"Estive em Évora, aqueles dois anos foram uma experiência muito interessante porque, quando eu lá cheguei, a articulação entre a delegação de saúde e o dispensário não existia, não havia articulação e então a delegação de saúde tinha uns ficheiros e os dispensários tinham outros ficheiros de vacinação. Eu estava a trabalhar sem saber o que é que já estava feito na delegação de saúde. Depois com muito jeitinho conseguimos integrar o ficheiro, e então passámos a conferir as fichas todas das crianças daqueles grupos etários e ele (o delegado de saúde) deixou de vacinar essas crianças e passou só a vacinar os adultos e nós vacinávamos as crianças, era muito mais fácil, tanto para a delegação, como para nós." (MJC)

"Também me dediquei ao Projecto Integrado de Intervenção Precoce, fazíamos muitas visitas domiciliárias, tínhamos um plano integrado de apoio à família. Fazíamos encaminhamento, educação, promoção da saúde, tentávamos dar competências às famílias. Trabalhávamos em parceria com a APPACDM, com uma equipa multiprofissional." (X)

"Tivemos no IM, na Madeira, uma parceria com veterinários para resolver problemas de Saúde e tive outra parceria com o Ministério da Agricultura para impulsionar determinadas culturas que não eram usuais na ilha da Madeira. E a certa altura, já no final da minha estadia, instalou-se lá o Serviço de Desenvolvimento Comunitário, chefiado pela Dra. Manuela Silva, foi para lá um casal de assistentes sociais. Ah! E também o Serviço da Cooperação Familiar, tudo relacionado com a Direcção Geral de Assistência. E, portanto, com

esses dois serviços, começámos a fazer muito trabalho comunitário. Foi muito interessante, muito interessante. Os três assistentes sociais, qualquer deles, eram muito bons profissionais e fez-se um trabalho muito bom. De apoio às famílias pobres, de incentivar determinadas capacidades das pessoas. Realmente mexeu-se na parte de desenvolvimento e foi um trabalho muito interessante. Eles ainda lá ficaram depois de eu me vir embora, mas aquilo durou relativamente pouco tempo, foi nos finais da década de 1960." (MSP)

A ação das enfermeiras revestiu-se da sua própria individualidade e construiu uma dinâmica de interpelações que colocaram as pessoas cuidadas como preocupação central nestes projetos de parceria, ou de simples articulação, com outras instituições. As enfermeiras mostraram sensibilidade e disponibilidade para o trabalho intersectorial e comunitário, concretizando na sua prática cuidados participativos e integrados, conscientes de que a problemática da saúde resulta da interação de vários determinantes e tem uma complexidade que não se soluciona apenas com a intervenção dos profissionais de saúde.

O carater humanista da profissão, que atende às pessoas e que as envolve nos cuidados é destacado por Isabel: *"Ser enfermeira é trabalhar com as pessoas. Eu acho que se não tivesse sido enfermeira, penso isto tantas vezes, eu teria perdido tantas coisas." (IAC).* O discurso de que a enfermagem permite *"tantas coisas"* é expressivo da possibilidade que esta enfermeira teve, e criou, para experienciar vivências diversas e satisfatórias em termos profissionais e humanos. Transmite também a ideia de que a enfermagem abrange um vasto leque de intervenções e possibilidades.

Aliás, a própria intervenção preconizada em termos da enfermagem em CSP inclui áreas tão diversificadas como os cuidados em contexto domiciliário, nas escolas, com famílias e indivíduos ao longo do ciclo de vida, com grupos vulneráveis, em lares e em prisões, em situações de epidemia ou crise humanitária, na doença crónica e na promoção da saúde.[39] Esta diversidade possibilita aos enfermeiros experimentarem na relação, e no cuidado ao outro, situações gratificantes ou, pelo menos, marcantes.

Apesar da diversidade de intervenções das enfermeiras comunitárias, existiu aquilo que podemos designar como um núcleo central que atravessa a profissão desde as suas origens: a educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, a relação de ajuda, os cuidados curativos, o estabelecimento de redes de apoio e o encaminhamento para outros profissionais. Este foi suportado em princípios éticos como a defesa dos interesses das pessoas/famílias/comunidades

[39] STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** Lisboa: Lusociência, 1999.

por si cuidadas, pelo respeito pelo outro, pela não discriminação, pela preocupação e preferência pelos mais vulneráveis.

O valor que a Enfermagem Comunitária assumiu na vida dos nossos entrevistados é patente na frase de Nazaré: *"A Graciete foi presidente da câmara aqui, era enfermeira, e eu disse-lhe tanta vez, "Oh Graciete, isto para presidentes da câmara há tanta gente e você faz tanta falta no Centro de Saúde".*

CONCLUSÃO

Através da análise das histórias de vida dos nossos entrevistados apercebemo-nos que as trajetórias individuais dos enfermeiros comunitários foram condicionadas pela condição feminina da profissão e pelos estereótipos a ela associados. Assim, pelo menos alguns enfermeiros, enfrentaram alguma oposição familiar em relação à sua opção profissional, devido a representações sociais díspares sobre a profissão. As motivações que os levaram a escolher a profissão estão ligadas à partilha de valores que consideravam inerentes à profissão como os aspetos relacionais, a preocupação com o outro, atendendo às suas condicionantes e contextos. A opção pelos CSP prendeu-se com a importância atribuída à promoção de saúde, ao desejo de aumentar o leque de experiências profissionais e contribuir para melhorar a saúde das pessoas. Regista-se um entendimento comum sobre o contributo significativo dos cuidados de saúde primários e da enfermagem comunitária para o desenvolvimento humano. Estes enfermeiros trabalharam em grande diversidade de instituições, enfrentando dificuldades decorrentes da escassez de recursos e falta de autonomia, entre outras. No entanto, realçam a conjuntura de inovação, a atividade diversificada e o espaço para a participação proporcionados pelos CSP. As limitações impostas pela sua condição feminina, pela exiguidade de recursos postos à sua disposição, pela diversidade de formações, pela falta de saberes específicos e de poder formal nas organizações, não as impediram de fazer para além do prescrito, aproveitando o espaço do não dito nas normas institucionais. Lograram assim superar a subalternidade que lhes estava atribuída na maior parte das organizações, embora algumas lhes permitissem grande autonomia e espaço para a inovação, como foi o caso do IM. Admitimos que a política assistencialista, as restrições associadas ao género, a falta de uma política coerente de formação para as enfermeiras comunitárias, a sua escassez, reduziram a sua capacidade de intervenção e influência formal, condicionando não só os saberes como o desenvolvimento das enfermeiras comunitárias.

Historicamente, as intervenções das enfermeiras comunitárias procuraram responder às necessidades das pessoas, estabelecer ligações interinstitucionais e pluridisciplinares, articular

intervenções, atuar tanto na promoção da saúde como no tratamento, reabilitação e até nos cuidados em fim de vida. A "invenção" da enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem: da intervenção centrada sobre o indivíduo, essencialmente em contexto hospitalar, para a intervenção em contexto comunitário, dirigida não só a indivíduos mas também às famílias, a grupos e à comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e saúde.

Apesar das limitações impostas pelo próprio papel social, que contribuiu para definir e delimitar o domínio da ação das enfermeiras em muitas situações concretas de ação, estas conseguiram romper com estereótipos: misto de mulher, "anjo da guarda", policia, conselheira, amiga, confidente, a enfermeira/enfermeiro comunitária logrou, no entanto, construir uma identidade própria. Uma identidade que não se resumiu a integrar as normas institucionalizadas ou culturalmente enraizadas, mas esteve ligada à condição essencialmente feminina dos enfermeiros, aos antecedentes religiosos da profissão, à influência da difusão do modelo de enfermeira de saúde pública pela Fundação Rockefeller e pela OMS e às políticas e ideologias que construíram os próprios CSP. Foi também construída na relação com outros atores e aprofundada na relação com as pessoas de quem cuidavam. Uma identidade que integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, preocupações de índole social, empenho em envolver as pessoas e a comunidade nas questões da saúde, a humanização do cuidado, as preocupações com a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados, a propensão para o trabalho em equipa, assim como o investimento pessoal colocado nos cuidados. São de salientar nos enfermeiros comunitários a preocupação com o bem das pessoas, o trabalho com as pessoas e com a comunidade. Podemos, nesse sentido, dizer que a prática de cuidados de enfermagem na comunidade está ligada às questões da cidadania e éticas e ao envolvimento social, sobressaindo como um fazer com cariz de dever.

As narrativas dos enfermeiros sobre as suas origens e os seus percursos permitem-nos compreender o quanto o "individual e privado" implicam na área profissional, tanto nas formas de intervenção, como no desenvolvimento profissional. São testemunhos que nos relatam as dificuldades de um tempo e de um contexto social, económico e ideológico que foi sofrendo grandes mudanças durante todo o século XX. Vivemos um tempo de alterações profundas nos modos de pensar e organizar o governo das sociedades europeias, um tempo em que um novo individualismo tem conduzido à dissolução das raízes solidárias e em que o acesso de todos aos cuidados de saúde é já problemático. Importa pois refletir de que modo estamos também nós a construir a

Enfermagem Comunitária, pois a nossa identidade pessoal e coletiva ressente-se das ruturas que vivenciamos. Corremos o risco de, não mantendo uma linha de continuidade entre o passado, o presente e o futuro, a nossa identidade enquanto enfermeiros comunitários perder as suas referências simbólicas e se ir esvaziando de sentido. Num tempo de forte instabilidade e de uma multiplicidade de desafios importa que as referências históricas e identitárias da Enfermagem Comunitária se constituam como integradoras e alternativa a ruturas desenraizadas. Trata - se de potenciar a nossa identidade e fazer dela o centro do desenvolvimento de práticas que tenham na comunidade, nas famílias, nos grupos, e nos mais vulneráveis o seu alvo preferencial, resgatando as dimensões do saber, sentir e do fazer criativo da Enfermagem Comunitária ligadas à defesa do bem comum e à promoção da dignidade humana.

Ana Paula Gato

Nota: Esta comunicação tem como base a terceira parte da tese de doutoramento da autora.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Entrevista a Adriano Silva Campos, Braga, 6 de Abril de 2010.
Entrevista a Carlota Braz de Oliveira, 12 de Setembro de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Cesaltina Marquês Coelho, 24 de Novembro de 2010, Sesimbra.
Entrevista a Cristina Correia, 5 de Novembro de 2010, Queluz.
Entrevista a Fernanda Dias, 24 de Julho de 2009, Lisboa.
Entrevista a Isabel Azevedo Costa, 25 de Junho de 2010, Lisboa.
Entrevista a Manuela Santos Pardal, Junho de 2011, Lisboa
Entrevista a Maria Eduarda Cabral Tinoco, 18 de Janeiro de 2010, Vila Real.
Entrevista a Maria João Bastos, 1 de Julho de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Maria José Crespo, 16 de Julho de 2009, Almada.
Entrevista a Natália Vieira da Costa, 22 de Julho de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Nazaré Graça, 23 de Junho de 2010, Alcácer do Sal.
Entrevista a Zita Alves, 26 de Agosto de 2010, Bragança.
Entrevista a Zita Gomes, 6 de Abril de 2010, Coimbra.

CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982, p.132-139.

BERTAUX, Daniel - **Le Récit De Vie: L'Enquête Et Ses Méthodes**. 3ª ed. Armand Colin, 2010.

DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l'histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux.** Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.

FERNANDES, António Sérgio Araújo – Path dependency e os estudos históricos comparados. In XXIV Simpósio Nacional de História: Associação Nacional de História, 2007.

FERRAROTTI, Franco - Historias de vida y Ciencias Sociales. In FEIXA, Carlos – Entrevista a Franco Ferrarotti. Perifèria : Revista de recerca y formación en antropologia. 5 (Diciembre 2006) 1-44.

FERREIRA, F.A. Gonçalves - História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

GATO, Ana Paula - Da assistência aos pobres aos Cuidados de Saúde Primários: o papel da Enfermagem (1926-2002). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.2013.Tese de Doutoramento em Saúde Pública.

GOLDMARK, Josephine et al -**Nursing and Nursing Education in the United States.** New York: McMillan Company, 1923. Disponível em http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015000817117;view=1up;seq=10

GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**.Lisboa:Principia.2006

MARCH, J.; OLSEN, J. – The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. American Political Science Review. 78:3 (1984), p. 734-749.

MARQUES, António Manuel – **Masculinidade e profissões: discursos e resistências.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2011.

MARTINS, Maria Manuela; GARCIA, Elisa; RODRIGUES, Maria Fernanda Alves – **O papel da enfermeira de saúde pública.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 249-245 e p.250.

MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999.

NUNES, Lucília – Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência, 2003

PIERSON, Paul – Politics in time – history, institutions and social analysis. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves – Serviços de Enfermagem de Saúde Pública. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura.

POIRIER, Jean et al - **Histórias de vida, teoria e prática.** Oeiras: Celta Editora, 1999.

RICE, Robyn - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários.** Loures: Lusociência, 2004.

SOARES, Maria Isabel - Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950). Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** Lisboa: Lusociência, 1999.

SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain.** New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.