

Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?

Pandemics, crisis conjunctures, and professional practices: what is the role of nursing with regard to Covid-19?

Pandémia, conjunturas de crisis y práctica profesional: cual es el rol de la enfermería frente a la Covid-19?

Helena Maria Scherlowski Leal David^a 

Sonia Acioli^a 

Maria Rocineide Ferreira da Silva^b 

Oswaldo Peralta Bonetti^c 

Hozana Passos^d 

Como citar este artigo:

David HMSL, Acioli S, Silva MRF, Bonetti OP, Passos H. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20190254. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>

RESUMO

Objetivo: Discutir o papel da enfermagem diante dos desafios políticos, econômicos e sanitários que configuram conjuntura de crise pela pandemia por Covid-19.

Método: Estudo de reflexão crítica de características analíticas, com base na epidemiologia crítica de matriz latino-americana e no conceito de determinação social da saúde.

Resultados: As questões centrais relativas ao cenário político-econômico e sanitário brasileiro são problematizadas, com destaque para o aprofundamento da desigualdade social. Debate-se o papel da enfermagem considerando os impactos na saúde destes trabalhadores, e a relevância da sua atuação nos diversos cenários de prática profissional e na defesa da proteção social. Conclusões: Reafirma-se o papel da enfermagem brasileira como prática social de defesa da vida e do acesso universal à saúde com vistas à conquista da justiça social.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus. Pandemias. Enfermagem. Política.

ABSTRACT

Objetivo: Discutir o papel da enfermagem diante dos desafios políticos, econômicos e sanitários que configuram conjuntura de crise pela pandemia por Covid-19.

Método: Estudo de reflexão crítica de características analíticas, com base na epidemiologia crítica de matriz latino-americana e no conceito de determinação social da saúde.

Resultados: As questões centrais relativas ao cenário político-econômico e sanitário brasileiro são problematizadas, com destaque para o aprofundamento da desigualdade social. Debate-se o papel da enfermagem considerando os impactos na saúde destes trabalhadores, e a relevância da sua atuação nos diversos cenários de prática profissional e na defesa da proteção social. Conclusões: Reafirma-se o papel da enfermagem brasileira como prática social de defesa da vida e do acesso universal à saúde com vistas à conquista da justiça social.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus. Pandemias. Política.

RESÚMEN

Objetivo: discutir el rol de la enfermería para enfrentar los retos políticos, económicos y sanitarios que configuran la situación de crisis en el contexto de la pandemia de Covid-19.

Método: Estudio de reflexión crítica con características analíticas, basada en la epidemiología crítica de matriz latinoamericana y en el concepto de determinación social da saúde.

Resultados: se problematizan los problemas centrales relacionados con el escenario político-económico y de salud brasileño, con énfasis en los impactos en términos de profundizar la desigualdad social. Discutiese el papel de la enfermería considerando los impactos en la salud de estos trabajadores y la relevancia de su desempeño en diferentes escenarios de práctica profesional y en la defensa de la protección social.

Conclusiones: se reafirma el papel de la enfermería brasileña como práctica social para la defensa de la vida y el acceso universal a la salud con miras a lograr la justicia social.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Pandémias. Enfermería. Política.

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^b Universidade Estadual do Ceará (UECE), Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^c Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^d Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 nasceu carregado de simbologia e significado para a enfermagem, sendo nele celebrado o bicentenário de nascimento de Florence Nightingale, a pioneira e fundadora da enfermagem moderna junto de Mary Seacole, ambas atuantes no cuidado aos soldados feridos nos campos de batalha da Guerra da Criméia durante os anos de 1850⁽¹⁾.

A contribuição de Florence trouxe um impacto profundo à saúde pública mundial, do espaço hospitalar até o sanitário. Dentre seus ensinamentos e ações, destacam-se a teoria ambientalista, práticas até então negligenciadas como o destaque a importância dada ao isolamento no cuidado aos enfermos, o emprego de métodos estatísticos na análise e planejamento das ações de saúde, o papel terapêutico da alimentação, do saneamento, da higiene, da lavagem das mãos, da ventilação, entre outros fatores para evitar contágios. Florence foi reconhecida e considerada por muitos como a mãe da epidemiologia e da vigilância sanitária⁽¹⁾.

Ironicamente, neste mesmo ano do bicentenário da enfermagem, de forma intempestiva e abrupta somos acometidos pela maior crise de saúde pública de nossa geração em escala global. A propagação do novo vírus da família do coronavírus vem ceifando milhares de vidas mundo afora, inclusive de centenas de profissionais de saúde, em especial da enfermagem. A pandemia do *Coronavírus Disease/Doença do Coronavírus (COVID-19)* detectada na China em dezembro de 2019, tem colocado em colapso os sistemas de saúde. No Brasil, perdemos a oportunidade de tempo para prevenção do contágio em larga escala e do planejamento das ações sanitárias, se comparados aos demais países do continente asiático e europeu⁽²⁾. Com isso, o que presenciamos é o contexto assustador do aumento de casos e de óbitos diários.

É neste cenário, instigados a revisitar nossa história, valores e princípios basilares do nosso conhecimento e agir crítico, que nos debruçamos na elaboração deste artigo, buscando contribuir com as problematizações acerca da prática e protagonismo da enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Múltiplas são as indagações e reflexões que o momento provoca, tais como: Qual nível de importância as sociedades têm dado ao modo de organizar a saúde? Qual nossa contribuição e como tem sido para enfermagem atuar no enfrentamento da pandemia? Como a desigualdade social se revela na disseminação e enfrentamento da doença? Ainda que não seja possível aprofundar todas as indagações acima, esses são os pontos que orientam nossa reflexão nesse artigo, que busca discutir o papel da enfermagem diante dos desafios políticos, econômicos e sanitários que configuram conjuntura de crise pela pandemia por Covid-19.

Partimos de uma análise a respeito de alguns processos que estão na origem ou contribuem para compor um quadro social e sanitário permeado por dúvidas, e que explicita desigualdades históricas. Nos apoiamos na perspectiva teórica da epidemiologia crítica matriz latino-americana, cujas explicações acerca dos fenômenos de saúde consideram os níveis de determinação e condicionamento singular, particular e estrutural dos problemas de saúde⁽³⁾. As críticas dessa perspectiva nos contextos dos processos endêmico-epidêmicos vêm apontando para as formas como as contradições e processos de exploração do trabalho estão ancorados em certos modelos de desenvolvimento dos países latino-americanos, e que ameaçam a conformação de sociedades mais justas e igualitárias⁽⁴⁾. Em que pese o desafio e os óbvios limites da presente análise, dada a complexidade da temática, também queremos chamar à reflexão os profissionais de enfermagem, com vistas a apontar que, em contexto e em práxis, o trabalho de enfermagem, em especial no campo da Saúde Coletiva, deve considerar “as possibilidades de afirmação de direitos e a defesa de políticas públicas que favoreçam a construção de ambientes saudáveis”^(5,225).

A história nos mostra que, por mais complexas, as crises também se desvelam, quando seu enfrentamento se ancora no bom senso, na cientificidade, no olhar crítico, com janelas de oportunidades de superação e avanços. São momentos de oportunidades para transformações que contribuem para sanear distorções ou problemas até então subestimados. Assim, nos sentimos convocados a fazer este exercício reflexivo, enfrentando os receios, os temores e a urgência que a situação tem nos demandado, no sentido de contribuir com esta verdadeira cruzada que a enfermagem brasileira vive neste momento.

Conjunturas político-econômica e sanitária no Brasil: uma pandemia, múltiplas crises

No momento em que se produz esse artigo, o Brasil já ultrapassou 2 milhões de casos confirmados de coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), ou COVID-19, e mais de 80 mil mortos pela virose respiratória que grassa, como pandemia, em todos os continentes, desde dezembro de 2019. Mesmo acompanhada de muitas indagações e dúvidas, o manejo da pandemia tem sido uma experiência de tomada de decisões diárias, por parte de profissionais de saúde, gestores e população.

A rapidez da transmissão entre os países é atribuída à circulação de pessoas infectadas, sintomáticas ou não, e que, no retorno, estiveram em contato com pessoas em ambientes fechados, facilitando o contágio, por conseguinte, a transmissão comunitária rapidamente instalada. No Brasil, os primeiros casos foram identificados e confirmados no final

do mês de fevereiro de 2020, sendo no início relacionados a pessoas que retornaram de viagens ao exterior, com origem na China, Itália ou Estados Unidos das Américas. Porém, rapidamente, já em março de 2020, o Ministério da Saúde identificou a transmissão comunitária no país, primeiramente na cidade de São Paulo, e em seguida, no Rio de Janeiro⁽⁶⁾.

Embora tenhamos tido tempo relativamente confortável para planejar e implementar medidas preventivas e políticas para o enfrentamento da pandemia, quando comparados a situação dos primeiros países a vivê-la, nossa ação se viu prejudicada pela crise política e institucional que observamos no atual governo federal. Houve evidente falta de amparo para o Ministério da Saúde por parte da Presidência da República, que publicamente emitiu declarações negligentes (“é apenas uma gripezinha”), chegando a uma surpreendente troca de Ministros da Saúde em meio a este que vem sendo considerado o momento de maior gravidade sócio sanitária neste século⁽⁷⁾.

A postura do núcleo central do Governo Federal quanto à gravidade da pandemia vem resultando num processo dúbio quanto à necessidade de implementação das medidas de isolamento social e de resistência às medidas de suporte econômico e social aos trabalhadores para o momento de crise. A negativa exposição do Brasil na mídia e junto à comunidade científica internacional tem se intensificado dia após dia, como expressa a publicação do editorial da Revista Lancet do dia 07 de maio, dedicado única e exclusivamente a uma crítica à resposta brasileira ao enfrentamento da pandemia, no qual classifica-se que “talvez a maior ameaça à resposta à COVID-19 no Brasil seja o presidente Jair Bolsonaro”^(8:1461).

Assim, para analisar as medidas no Brasil, temos múltiplos recortes. Se observarmos o início da crise, percebemos que o Ministério da Saúde teve importante papel orientador para a implementação do isolamento social e iniciou uma política de comunicação diária com a sociedade, anunciando números de casos, informações sobre o comportamento da doença, anúncios de medidas de controle, aquisição de equipamentos de proteção e ventiladores planejados, dentre outros. Tinha-se a impressão de que o próprio então Ministro Mandetta, com o impacto da pandemia, havia colocado em quarentena a orientação neoliberal de sua gestão, com todos os sérios impactos ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja pelo desfinanciamento gerado pela Emenda Constitucional 95 (EC 95), da qual foi grande defensor no Congresso Nacional, seja desconstruindo políticas de profundo significado para o acesso à saúde da população brasileira, em especial, as em situação de maior vulnerabilidade, como o desmonte do Programa Mais Médicos e as transformações na política da Atenção Básica.

A partir da troca de ministros, a avaliação de boa parte da sociedade brasileira, expressa nas mídias jornalísticas e pelos gestores estaduais foi a de que medidas preventivas

foram abandonadas, compras foram canceladas e a defesa do distanciamento social tem sido fragilizada, tudo com base em uma falsa dicotomia entre economia e saúde proposta pela política econômica, com apoio dos interesses do setor empresarial e financeiro, e com lentidão no repasse aos estados e municípios do essencial apoio financeiro para socorrer o déficit fiscal.

Embora o distanciamento social tenha sido implementado (ainda que parcialmente), não houve e não há, até o momento, busca ativa de casos suspeitos, monitoramento de contatos dos casos diagnosticados ou distribuição descentralizada da capacidade de testagem. Com isso, devido à subnotificação, o número de casos encontra-se em projeções de oito a dez vezes maior que o número de casos notificados no Brasil⁽⁹⁾.

Há uma visão alimentada por diversas teorias persecutórias de base xenófoba, como a que atribui a criação ou nacionalidade chinesa ao vírus da SARS-CoV-2, por ter sido nesse país a ocorrência do primeiro surto epidêmico. É uma visão alimentada, sobretudo, pelas preocupações de base econômica dos setores já mencionados, ameaçados por uma economia já cambaleante desde 2019, e que agora, no contexto da pandemia, encontra-se praticamente estagnada⁽¹⁰⁾. Em contraponto, temos os estudos nacionais e internacionais, e um conjunto de recomendações baseadas em evidências científicas, que não têm sido adequadas ou completamente seguidas por grande parte da população.

O momento também tem evidenciado a profunda desigualdade nas condições de vida da população brasileira: enquanto uma classe rica, e classes médias trabalhadoras com emprego estável podem mobilizar recursos diversos para atender às recomendações de distanciamento social ou isolamento de casos suspeitos, consegue seguir as recomendações quanto às medidas de higiene pessoal e tem acesso a recursos culturais e educativos mediados pela internet, há um imenso contingente de pessoas vivendo em áreas periféricas, densamente povoadas, com o espaço urbano ocupado de forma desordenada, que depende do transporte público e sem acesso à internet de velocidade, ou às informações precisas e rápidas, dentre outros problemas⁽²⁾. Não foi por acaso o primeiro caso de morte do Brasil ter sido o de uma mulher negra, empregada doméstica que contraiu a doença de seus patrões, sabidamente contaminados e que haviam chegado da Itália e o segundo caso de um senhor porteiro que ao menos foi considerado suspeito durante sua internação, já que não havia viajado para o exterior.

De um lado, tem-se a comunidade científica e os profissionais de saúde, até agora apoiados por parte dos gestores estaduais e municipais, que assistem preocupados o incremento de casos, em especial os casos graves, que exigem internação para cuidados de alta complexidade em termos

de suporte ventilatório, exigindo recursos não imediatamente disponíveis, de alto custo e lenta produção. De outro lado, está a maioria da população trabalhadora precarizada, subempregada ou desempregada, que sobrevive às custas do trabalho diário e de agenciamentos diversos para a obtenção dos recursos que lhes permitam sobreviver um dia de cada vez, o que lhes impõe limites para pensar e praticar as ações preventivas preconizadas.

Adensando essa situação de injustiça social, no Brasil, embora tenhamos a conquista constitucional do direito à saúde e um sistema universal, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde se mostra desumana. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, temos 22.215 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nas capitais brasileiras, sendo 42% destes na rede SUS e 58% na rede privada. No SUS, a relação de leitos por 10 mil habitantes é de 2,18 leitos, enquanto no setor privado é de 6,95. Considerando que apenas 25% da população têm plano de saúde privado, a disponibilidade de leitos de UTI para os usuários do SUS é muito inferior aos da saúde suplementar. Ainda que se afirme publicamente que todas as vidas importam, para o sistema de saúde fragmentado existente hoje no país a vida dos usuários da saúde suplementar vale mais que o triplo do que a dos usuários exclusivos do SUS⁽¹¹⁾.

Segundo dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 6% da população brasileira mora em favelas ou aglomerados urbanos sem infraestrutura urbana. Ou seja, mais de 11 milhões de cidadãos vivem em condições precárias, espaços apertados com muitos moradores, mal ventilados e sem acesso à saneamento básico. Os dados são da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua 2019, do IBGE, 9 milhões de lares brasileiros não contam com acesso a rede de esgoto e que este número vem crescendo desde 2016. A pesquisa mostra que o cenário é mais crítico na Região Norte, com 29,6% dos domicílios (1,6 milhão de lares) sem rede de esgoto e com despejo de resíduos na rua ou na natureza. Esse percentual é maior do que o de casas com acesso à rede geral de esgoto, que é de 27,4%⁽¹²⁾.

A sobreposição de múltiplas conjunturas de crise política, econômica e social não é elemento novo no debate da saúde. A ruptura ou esgarçamento dos laços sociais, e o aumento da brecha que separa as elites econômicas do mundo e o restante da população vem sendo pontos de discussão há pelo menos três décadas. A questão da saúde vem sendo debatida, nessa perspectiva, como dimensão da vida que expressa as contradições impostas por um modo de acumulação de riquezas ambiental e humanamente predatório. Os crimes ambientais e humanos sob a responsabilidade da mineradora Vale e a própria pandemia por COVID-19 parecem mostrar, agora de modo mais contundente e dramático, os efeitos deste modelo de desenvolvimento global, já expresso em outros

processos endêmico-epidêmicos como os das arboviroses transmitidas por mosquitos (dengue, Zika, Chikungunya), da persistência ou reaparecimento da tuberculose pulmonar, além das recentes pandemias de gripes por influenza A subtipo H1N1, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS)⁽¹⁰⁾.

A pandemia se configura, portanto, como um contexto de múltiplas camadas e processos de determinação social e biológica, afetando a todos, porém de modo desigual. Em que medida será possível avançar no enfrentamento dos determinantes e condicionantes dessa crise sanitária é o que a sociedade brasileira terá de responder num futuro próximo.

Enfermagem e pandemia no Brasil: quem somos, que fazemos?

No que tange aos profissionais de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, o que domina o debate é a restrita capacidade de governos e serviços públicos e privados em garantir o acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados – de modo mais intenso no primeiro período da pandemia –, sendo que as normativas emitidas (que se modificam, de acordo com o avançar da pandemia), nem sempre tem viabilidade de execução nos serviços de saúde. Situações como falta de espaço e recursos adequados para a assistência e subdimensionamento das equipes demonstram a limitada capacidade de resposta do sistema de saúde diante de uma doença altamente transmissível, na qual há casos que progridem para a forma grave da doença. As Unidades Federativas têm optado por emitir normativas e orientações próprias, de acordo com as especificidades locais e regionais. A qualidade e quantidade de EPIs tem sido diariamente questionada pelos profissionais que atuam no cuidado direto a suspeitos e doentes. As equipes enfrentam dúvidas quanto ao manejo dos casos suspeitos e, muitas vezes, encontram-se perdidas e sem tempo protegido no trabalho para estudo das notas técnicas, boletins epidemiológicos, recomendações.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, o número de profissionais de enfermagem infectados é grave, com mais de 20 mil afastamentos pela doença acumulados até junho de 2020 – e isso sabendo-se que há subnotificação de casos. Trata-se de uma realidade que gera indignação e tristeza, já que temos o cuidado como centralidade do nosso trabalho, que é imprescindível para salvar vidas. É preciso destacar ainda o nosso papel na implementação do SUS e na busca da efetivação do direito à saúde, essenciais ao sistema e fundamentais ao processo civilizatório de nosso país⁽¹³⁾.

No início de maio de 2020, o Brasil ocupava o 1º lugar no ranking de número de óbitos de profissionais de enfermagem e contaminados entre os países. A comparação dos números brasileiros e norte-americanos explicitam esse cenário

catastrófico para a enfermagem. Enquanto aqui havíamos, nessa data, superado a marca de 11 mil óbitos, mais de 100 foram de profissionais de enfermagem. Nos EUA que já haviam superado 98 mil óbitos, 91 destes foram de profissionais de enfermagem. É possível afirmar que tínhamos, em maio, dez vezes mais perdas na enfermagem brasileira do que naquele país⁽¹⁴⁾.

O impacto deste cenário, nos provoca a reflexões sobre o que justifica essa imensa discrepância e tamanhas perdas. Será a escassez de EPI? Qual será o peso de fatores como procedimentos de paramentação, desparamentação, estruturas hospitalares inadequadas, sobrecarga de trabalho e jornadas extensivas, insuficiência de testes para as equipes de saúde, dentre outros? Como se articulam esses números com a precariedade das estruturas dos serviços de saúde, cronicadas pelo desfinanciamento já comentado? Será que o tempo de espera que tivemos no Brasil possibilitou que tais profissionais tivessem acesso a um treinamento adequado para enfrentar essa crise? A formação profissional para atuar numa pandemia, e em níveis de complexidade como os de uma UTI será suficiente em qualidade e quantidade? Como as condições de vida e trabalho a que estão submetidos os profissionais afetam sua saúde?

Acreditamos que, em realidade, vivenciamos desde muito antes da pandemia condições como carga de trabalho diária extensiva e intensiva, jornadas de trabalho exaustivas, salários baixos e necessidade de manter diversos vínculos, baixa ou inexistente estrutura de apoio ao descanso nos hospitais, sofrimento psíquico, dentre outros problemas⁽¹⁵⁾.

A atuação da enfermagem tem sido ressaltada como parte da equipe que pode salvar vidas, diante da gravidade da situação. Esta atuação, quando divulgada nos meios de comunicação e também quando indicada nas normativas, restringe-se aos espaços dos serviços, ficando o nível da Atenção Primária de Saúde (APS) responsável por receber e realizar triagem de casos suspeitos, e os níveis de média e alta complexidade, de receber e desenvolver ações de cuidado e terapêutica, de acordo com a gravidade do caso. Há que se ressaltar a pouca problematização e necessidade de reorganização dos serviços de saúde para o atendimento à pandemia em especial na rede de atenção básica, sendo o território da APS o locus primordial para implementar as medidas educativas e de vigilância da saúde, primordiais para a contenção da doença⁽¹⁴⁾.

O debate público a respeito da atuação da enfermagem nas ações educativas parece insuficiente, assim como sobre seu papel como educadora e mobilizadora popular. Como articular, na prática, nosso papel pedagógico e capacidade de mediar conhecimentos no apoio aos grupos populares, juntamente com a necessária atuação técnica num momento de emergência sanitária? Até onde é possível pensarmos em práticas de educação popular em saúde quando estamos no

olho do furacão da pandemia de COVID-19? Qual o papel da prática pedagógica e social crítica do enfermeiro diante de um cenário político global e nacional que aponta para o esgotamento das formas de viver e de produzir e distribuir riquezas? Qual o nosso papel, como enfermeiros comprometidos com a justiça social, diante de um cenário nacional tão adverso à conquista e manutenção dos direitos sociais?

Do ponto de vista da atuação coletiva, o que tem gritado ao mundo é o esgotamento dos profissionais de enfermagem, trazendo a público situações já conhecidas de desgaste físico e emocional ligadas a processo de trabalho das equipes de enfermagem. Como drama social adicional ao provocado pela pandemia, essas condições agravaram-se exponencialmente, acompanhando o aumento da curva de casos notificados, internados, graves e que vêm a óbito dentro da enfermagem.

Desde o nascimento da profissão de enfermagem ficou evidenciada a preocupação como os agentes patógenos, separar pessoas mais ou menos doentes, quando fazer esse tipo de classificação fez a diferença. E a enfermagem sempre esteve presente na gestão do cuidado, inclusive com seus corpos físicos, nos contextos de grandes epidemias e guerras, sendo, no entanto, ao mesmo tempo, negligenciada e pouco escutada. Quem é a enfermagem no meio dessa pandemia? Qual sua cor, quais os modos de viver, quais as formas de exploração que sofrem? De onde vem? Classe social, raça/cor? Sexo? Gênero? Que questões a epidemiologia tem dado conta de responder e que limitações estão presentes num mundo mecanicista com respostas prontas?

São enfermeiras, enfermeiros, técnicos, técnicas e auxiliares de enfermagem que além de atuarem nos hospitais, estão no chamado front da APS que estão nas várias comunidades onde as necessidades precisam ser evidenciadas e ações para satisfazê-las precisam ser feitas. A amplitude de atuação da enfermagem na APS é evidenciada e o processo de qualificação precisa ter abrangência para dar conta do aspecto educativo (uma educação baseada na cultura em que o usuário do sistema de saúde está inserido), na prática clínica (uma clínica capaz de compreender a dinâmica do território onde a população está inserida) e a gestão (com capacidade de gerar e gerir as situações de cuidado a vida).

Considerando-se as bases teóricas que orientam a prática da enfermagem na Saúde Coletiva – que incorpora a atuação na APS –, é preciso destacar que temos de atuar em todas as dimensões da produção da saúde, o que implica o cuidado a indivíduos e famílias no nível singular, às comunidades e instituições de trabalho, no particular, e na defesa de políticas públicas e da justiça social no âmbito estrutural, sem perder de vista a interdependência entre estas dimensões da prática⁽⁶⁾. Consideramos fundamental uma atuação mais autônoma, amparada por bases e instrumentais teóricos e

metodológicos que permitam aos profissionais avançar nas análises e na capacidade de ampliar o acesso aos cuidados de saúde. Podemos mencionar, como exemplo, o modelo de sistematização da assistência da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, ainda de utilização restrita⁽¹⁶⁾. No entanto, mais do que propor um modelo ou teoria, parece-nos fundamental que o enfermeiro retome a capacidade de definir com autonomia seus modos de construir sua prática profissional no âmbito da APS.

No contexto COVID-19 o desafio imposto à Enfermagem é o de fazer a “leitura do mundo” não apenas por dentro do sistema de saúde, mas olhando-o como parte de um processo de lutas e disputas pela legitimação de interesses diversos⁽¹⁷⁾. Os mesmos autores reafirmam a necessidade de uma consciência crítica e exercício de uma vigilância cidadã onde não assumamos papel de anjos da salvação e isso custe as nossas vidas inclusive, mas de trabalhadores que têm reconhecidamente graus de exposição maiores e por isso reivindicam a responsabilização do Estado por esses vários corpos que se mobilizam para o enfrentamento da doença. Para a educação popular em saúde as condições concretas de produção e reprodução da vida são determinantes e condicionantes importantes para entender modos de adoecer e estar saudáveis. Faz-se necessário refletir e considerar que nunca foi tão importante reafirmar as lutas assumidas como ideário da reforma sanitária brasileira assim como o reconhecimento do diálogo como princípio fundamental na luta pela vida.

O setor saúde precisa avançar na proteção social, e a maioria da sua força de trabalho que é composta por trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem deve ser reconhecida para desenvolver o que denominamos de cuidado. Quando se fala em qualidade da assistência, é preciso voltar nossos olhares para a qualidade de vida daqueles que prestam essa assistência. O direito ao cuidado e à saúde da população brasileira está diretamente ligado às condições de vida e trabalho dos trabalhadores da saúde e da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trazer os principais elementos que caracterizam a dimensão estrutural do cenário da atual pandemia, optamos por um recorte de base crítica, tendo como pano-de-fundo os princípios ético-políticos de acesso universal e de direito amplo à saúde, e as bases profissionais de defesa da vida, que entende a enfermagem como uma prática social, ademais de profissão ou trabalho. Nesse sentido, ressaltamos alguns fatos que parecem contribuir para o esgarçamento das relações sociais e institucionais e afetam a capacidade de resposta do SUS à pandemia.

Trata-se de um recorte cujo objetivo não permite tecer análises conclusivas, e sim apenas problematizar a conjuntura,

trazendo questões adicionais que provoquem a reflexão crítica da enfermagem brasileira. No entanto, é preciso também fazer avançar propostas concretas de organização do trabalho de enfermagem, considerando as construções teóricas e metodológicas já produzidas para a sistematização do cuidado, não esquecendo que “a sustentabilidade é dada pela participação consciente dos sujeitos dos processos de transformação, mudanças estas, verdadeiras, profundas, inteligentes, criativas e humanas”⁽¹⁶⁾.

O papel da enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID-19 tem sido ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro. Mas nas últimas semanas fica cada vez mais claro que a atuação da enfermagem como mediadora entre famílias e pessoas internadas com COVID-19 é essencial para diminuir o sentimento de solidão e medo dos pacientes isolados e cuidados por profissionais de quem mal se vislumbram os olhos. Essa competência humanística não se dissocia da competência ético-política e do papel pedagógico da prática da enfermagem.

Enquanto educadores e educadoras populares, e como ativistas em favor do direito universal à saúde é momento de nos articulamos, como categoria, com os diversos setores da sociedade civil (que nos atribuem a figura de heróis e heroínas da pandemia), para protagonizarmos discussões e mobilizações em torno da garantia de um Estado forte, da defesa do Sistema Único de Saúde público, universal e equânime, do fortalecimento da Atenção Primária enquanto eixo orientador das estratégias de cuidado integral e do combate à precarização do trabalho em saúde.

Precisamos ainda pensar e resgatar, na memória social da enfermagem, quem são ou foram os e as protagonistas do cuidado. Aqui, nos referimos à visibilidade em torno da figura de Florence Nightingale, ao mesmo tempo em que se produzia a invisibilidade de Mary Seacole, na Guerra da Criméia. Naquele contexto, assim como no atual, de guerra e luta pela vida das pessoas adoecidas e das pessoas cuidadoras, acabou em evidência aquela que vinha de Londres, branca e de classe social privilegiada. Mary, que vinha da Jamaica, negra, classe social negada, sequer foi citada. Talvez essa memória possa nos ensinar a lidar com essa pandemia, e a fortalecer nosso papel social.

Num momento crítico como este, materialização de ideias e mistura adequada de proposições, além de necessárias, são urgentes. Lembrando Paulo Freire, ensinar exige corporeificação pelo exemplo. Chega o tempo que nos é questionado o que aprendemos, mas o mais importante talvez seja entender como aprendemos, e como reproduzimos esse aprendizado. Talvez a descoberta do como, nos leve a produzir o novo, para o novo desafio revelado que habita o cotidiano dos serviços.

■ REFERÊNCIAS

- Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Univ Ciênc Saúde*. 2016;14(2):153-66. doi: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
- RafaelRMR, Neto M, Carvalho MMB, DavidHMSL, Acioli S, Faria MGA. Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e49570. doi: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>
- Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Bol Epidemiol OPS*. 1994 [citado 2020 jun 10];10(4):1-7. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013 [citado 2020 jul 22];31(1):13-27. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3524>
- Peduzzi M, Silva AM, Lima MSDS. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 227-44.
- Candido DDS, Watts A, Abade L, Kraemer MUG, Pybus OG, Croda J, et al. Routes for Covid-19 importation in Brazil. *J Travel Med*. 2020;27(3):1-3. doi: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa042>
- Croda JHR, Garcia LP. Immediate health surveillance response to COVID-19 epidemic. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2020002. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>
- Covid-19 in Brazil: "so what?" [editorial]. *Lancet*. 2020; 395(10235):1461. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
- Ribeiro LC, Bernardes AT. Estimate of underreporting of COVID-19 in Brazil by Acute Respiratory Syndrome hospitalization reports [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG; 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1234-nota-tecnica-estimate-of-underreporting-of-covid-19-in-brazil-by-acute-respiratory-syndrome-hospitalization-reports>
- A Terra é Redonda [Internet]. c2020 [citado 2020 Jun 10]. Narvai PC. Terraplanismo epidemiológico; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/terraplanismo-epidemiologico>
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; c2020 [citado 2020 jun 10]. Silva GA, Guimarães R. A hipocrisia nos leitos de UTI, aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaao/a-hipocrisia-nos-leitos-de-uti-artigo-de-gulnar-azevedo-silva-e-reinaldo-guimaraes/47213/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2020 [cited 2020 Jun 10]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=27258&t=sobre>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR) [Internet]. Brasília (DF); COFEN; 2020 [citado 2020 Jun 10]. Brasil ultrapassa EUA em mortes de profissionais de Enfermagem por Covid-19; [aprox. 1 tela]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-ultrapassa-eua-em-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_79624.html
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; c2020 [citado 2020 jun 10]. Machado MH. Profissionais de saúde em tempos de Covid-19; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sem-categoria/maria-helena-machado-publica-artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid-19/46045/>
- Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3940015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
- Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):710-5. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>
- David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):179-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100026>

■ Autor correspondente:

Helena Maria Scherlowski Leal David
helenalealdavid@gmail.com

Recebido: 07.07.2020
 Aprovado: 19.08.2020

Editor associado:

Dagmar Elaine Kaiser

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti