

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

LUZMAIA CÂNDIDA DOS SANTOS

**PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DAS REFORMAS EDUCACIONAIS NAS
UNIVERSIDADES DE ENFERMAGEM NO BRASIL**

**UBERABA
2019**

LUZMAIA CÂNDIDA DOS SANTOS

**PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DAS REFORMAS EDUCACIONAIS NAS
UNIVERSIDADES DE ENFERMAGEM NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
Stricto Sensu da Universidade de Uberaba como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Araújo Batista.

UBERABA
2019

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

Santos, Luzmaia Cândida dos.
S59p Perspectivas históricas das reformas educacionais nas
universidades de enfermagem no Brasil / Luzmaia Cândida dos
Santos. – Uberaba, 2019.
73 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de
Mestrado em Educação. Linha de pesquisa: Processos Educacionais e
seus Fundamentos.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Araújo Batista.

1. Enfermagem – História. 2. Educação – Enfermagem. 3.
Currículos – Evolução. I. Batista, Gustavo Araújo. II. Universidade de
Uberaba. Programa de Mestrado em Educação. III. Título.

CDD 610.7309


Luzmaia Cândida dos Santos


**PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DAS REFORMAS EDUCACIONAIS NAS
UNIVERSIDADES DE ENFERMAGEM NO BRASIL**

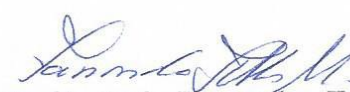
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de Uberaba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 15/03/2019

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gustavo Araújo Batista
(Orientador)
UNIUBE - Universidade de Uberaba.


Prof.^a Dr.^a Maria Alzira de Almeida
Pimenta
UNISO – Universidade de Sorocaba.


Prof.^a Dr.^a Fernanda Telles Marques
UNIUBE - Universidade de Uberaba.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de pesquisa os fundamentos educacionais da formação em enfermagem, baseado na idéia de que toda prática educacional sustenta-se em pressupostos de natureza filosófica e pedagógica e que o currículo é a representação da visão de mundo da escola e de seus professores. A questão norteadora dessa investigação é: por que a desvalorização do profissional de enfermagem na área de saúde é uma questão educacional? Trata-se de uma pesquisa teórica vinculada à linha de pesquisa: Processos Educacionais e seus Fundamentos, na qual foi realizada uma revisão bibliográfica e histórico-social. O objetivo principal da pesquisa foi identificar as causas no processo educacional da enfermagem que levaram à sua desvalorização, a partir da utilização do materialismo histórico dialético como referencial teórico, enquanto corrente filosófica que se baseia na transformação social pela interação humana ao longo da história. Neste sentido, buscou-se apresentar o processo histórico das práticas de saúde, analisar a implantação do ensino de enfermagem no Brasil e seu caminho de estruturação como ensino de nível superior e demonstrar a influencia das entidades de classe para o desenvolvimento e reconhecimento acadêmico e profissional da enfermagem. O trabalho justifica-se uma vez que, se o profissional da enfermagem encontra-se desvalorizado no âmbito da área da saúde, isso se deve também ao seu processo formativo ou à sua educação. Verificou-se que as reformas educacionais que levaram à atual configuração do plano de ensino das escolas superiores foram de suma importância para a melhoria da formação dos alunos e profissionais de enfermagem, mas não se mostram suficientes para mudar o cenário de desvalorização da profissão. Além disso, concluiu-se que a eficiência dos projetos pedagógicos, bem como da aplicação das normas referentes à atuação dos enfermeiros no país, são o meio de criação de práticas efetivas para o alcance do reconhecimento da enfermagem.

Palavras-chave: História da Enfermagem. Educação em Enfermagem. Evolução dos Currículos.

SUMMARY

The present study aims to research the educational foundations of nursing education, based on the idea that all educational practice is based on philosophical and pedagogical assumptions and that the curriculum is the representation of the world view of the school and its teachers. The guiding question for this research is: why is the devaluation of the nursing professional in the health area an educational issue? It is a theoretical research linked to the line of research: Educational Processes and its Foundations, in which a bibliographical and historical-social review was carried out. The main objective of the research was to identify the causes in the educational process of nursing that led to its devaluation, from the use of dialectical historical materialism as a theoretical reference, as a philosophical current that is based on social transformation through human interaction throughout history. In this sense, we sought to present the historical process of health practices, to analyze the implantation of nursing education in Brazil and its way of structuring as higher education and to demonstrate the influence of the class entities for the development and academic and professional recognition of nursing. The work is justified since, if the nursing professional is undervalued in the area of health, this is also due to his educational process or his education. It was found that the educational reforms that led to the current configuration of the higher education plan were of great importance for the improvement of the training of students and nursing professionals, but they are not enough to change the scenario of devaluation of the profession. In addition, it was concluded that the efficiency of the pedagogical projects, as well as the application of the norms regarding the performance of the nurses in the country, are the means of creating effective practices to reach the recognition of nursing.

Keywords: History of Nursing; Education in Nursing; Evolution of Resumes.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	7
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ENFERMAGEM: DO SURGIMENTO DA ARTE DE CUIDAR AO RECONHECIMENTO PROFISSIONAL.....	12
1.1 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL: REVISÃO HISTÓRICA	12
1.1.1 Práticas de Saúde na Era Primitiva (Período Neolítico, 5000 a. C).	12
1.1.2 Práticas de Saúde na Grécia Clássica (Séculos V e IV)	13
1.1.3 Práticas de Saúde no Período Medieval (Século V ao Século XV d.C.).....	15
1.1.4 Práticas de Saúde na Idade Moderna (Século XV ao Século XVIII)	16
1.1.5 Práticas de Saúde na Idade Contemporânea (Séculos XVIII e XIX)	17
2 HISTÓRIA E CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL	26
2.1 PERÍODO COLONIAL (ENTRE OS SÉCULOS XVI E XIX)	26
2.2 IMPÉRIO (PERÍODO DE 1822 A 1889)	28
2.2.1 República Velha	29
2.2.2 Nova República	32
3 ENTIDADES DE CLASSE, ENSINO UNIVERSITÁRIO E DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO NA ÁREA DA SAÚDE	35
3.1 AS ENTIDADES DE CLASSE DE ENFERMAGEM (ABEN, COFEN E COREN): CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO	35
3.1.1 Influência na Profissionalização e no Desenvolvimento do Ensino Universitário no Brasil.....	37
3.2 O ENSINO NAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL	43
3.2.1 Teorias educacionais, alterações no currículo e configuração atual.....	43
3.3 A DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: CONTEXTO E REFLEXÕES	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A prática da enfermagem, por sua própria natureza e concepção, implica em reflexos de grande proporção na realidade social. Reconhecida como uma arte de cuidado originada na antiguidade, quando se iniciou sua aplicação pré-profissional, a enfermagem passou por grandes mudanças históricas que levaram à transição de uma prática assistencialista e caridosa em uma metodologia de trabalho formal voltada para a preservação da vida.

A evolução da enfermagem, enquanto parte de um processo histórico que envolve os mais diversos campos do conhecimento e como profissão que produz efeitos na área da saúde, deve ser estudada a partir de seu entendimento como uma atividade fundamentada voltada à oferta de cuidado sistematizado e de assistência efetiva ao paciente, a fim da valorização dessa prática enquanto ciência.

As práticas de saúde passaram por diversas alterações nos diferentes períodos históricos, desde as primeiras formas de prestação de cuidados, ainda no início da civilização, em que eram predominantemente ligadas ao trabalho feminino. Considerando-se a percepção existente da enfermagem como uma arte do cuidado, pressupõe-se a dedicação à saúde e a existência de uma relação entre enfermeiro e paciente, e percebe-se que a mesma transcende da ideia inicial de práticas de cuidado, visto que, após um longo percurso e diversas alterações, moldou-se a profissão da maneira como é exercida atualmente.

A enfermagem passou, em determinado momento, a ser considerada para além da administração de medicamentos e como uma forma de oferecer higiene, tratamentos e nutrição adequados aos pacientes, vindo a se tornar uma oportunidade profissional específica voltada para a prevenção e cuidado de doentes (SILVA, 2001). Seu reconhecimento como profissão, entretanto, aconteceu apenas após a Revolução Industrial, quando passou a ser exercida em substituição às práticas de saúde adotadas anteriormente (MALAGUTTI; MIRANDA, 2010).

A evolução do mundo moderno tornou legítimo o estudo do cuidado em sua essência, possibilitando aos enfermeiros novos campos de atuação e a legitimação de sua atividade de forma profissional (SANTO, 2006). A enfermagem passou a ser entendida, desta forma, como uma ocupação com prestígio e poderes especiais, adquiridos por meios políticos, culturais e ideológicos, com autoridade cognitiva e normativa (FREIDSON, 1970). Trata-se de uma profissão que envolve aspectos históricos, antropológicos, psicológicos, filosóficos, epistemológicos, metodológicos, morais, políticos, sociológicos, pedagógicos, dentre outros.

A enfermagem teve em seu início grande influência religiosa, uma vez que pobres e enfermos sempre foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja e do cristianismo. Trata-se de uma ciência fundamentalmente assistencialista, considerada por diversos autores a ciência humana do cuidado (WATSON, 1979; ZAGONEL, 1996; LUNARDI FILHO, 1997; OGUISSO, 2002).

A profissionalização se deu de forma gradual e em resposta a problemas relevantes da sociedade, visto que o ensino da enfermagem passou por diversas alterações, com a produção de conhecimento evoluindo no decorrer do tempo, embora ainda não tenham sido atingidos os ideais de reconhecimento e de independência profissional. Serão avaliadas neste estudo, portanto, as principais causas no processo educacional da enfermagem que levaram a sua desvalorização.

O presente trabalho propõe, nesse sentido, a observação do processo de evolução e modernização da enfermagem, no que diz respeito às suas alterações e à sua aplicação enquanto profissão e estruturação em curso de nível superior, a partir do entendimento da importância da prática reflexiva e do estudo da história da profissão para a criação de práticas efetivas de reconhecimento e valorização da enfermagem.

Os objetivos específicos do estudo consistem em apresentar o processo histórico do desenvolvimento das práticas de saúde nas quais a enfermagem está inserida, analisar a organização e a implantação do ensino de enfermagem no Brasil, desde o período colonial até o ano de 1961, a fim de compreender o caminho percorrido até que se estruturasse como ensino de nível superior, e demonstrar de que forma a criação das entidades de classe promoveram e influenciaram o crescimento, desenvolvimento e consolidação da enfermagem.

O primeiro capítulo buscou demonstrar o cenário de surgimento da arte de cuidar e sua evolução até sua consolidação como classe profissional. Verificou-se que o estudo da enfermagem remonta aos primeiros estágios da civilização, que teve a mulher como a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da espécie humana. Isto se deve à divisão de trabalho na estrutura familiar dos grupos primitivos, que a contemplou como a responsável pelo cuidado com as crianças, velhos e doentes.

Com a evolução dos tempos o homem constatou que o conhecimento dos meios de cura, aliado ao misticismo, resultava em poder e domínio sobre os agrupamentos humanos, e apoderou-se da tarefa de cuidado antes exercida pelas mulheres. Com o despertar da era moderna houve a dissolução de velhos preceitos e submissões religiosas, e surgiu uma nova filosofia econômica, político e intelectual que mudou substancialmente as relações de produção e rompeu definitivamente com a era do misticismo.

Com a revolução industrial, o avanço da medicina e o surgimento da enfermagem moderna, houve a reorganização dos hospitais, a disciplinarização dos processos e a profissionalização dos cuidados. A medicina ganha destaque na esfera política e social e passa a assumir as instituições hospitalares. Neste novo modelo hospitalar, havia a dominação do poder médico sobre as práticas do tratar e do cuidar, em que as práticas científicas (tratar) eram atribuídas exclusivamente ao médico, e as práticas empíricas (cuidar) eram de responsabilidade da enfermagem.

Foi nesse cenário de reestruturação dos serviços de saúde que Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, se juntou aos soldados na Guerra da Criméia para auxiliar no trato dos feridos, dando prioridade à criação de uma atividade empírica, organizada, ocupada por mão de obra assalariada e treinada para o trabalho nos hospitais, o que fez crescer, posteriormente, o número de escolas espalhadas pelo mundo sob a influência de seus ensinamentos.

Este capítulo pretende lançar luz às antigas concepções sobre a natureza da profissão, na qual a prática do cuidado não tem prestígio e o saber assistencial no ambiente hospitalar pertence aos homens que exercem a hegemonia médica.

O segundo capítulo tem como objeto o estudo da história e da consolidação da enfermagem no Brasil, a fim de entender o caminho percorrido até que se estruturasse como curso de nível superior, evidenciando as influências sofridas pelo universo histórico, social, político e econômico de cada período.

A profissionalização da enfermagem no Brasil teve como marco a criação da primeira escola oficial de enfermagem, a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, pelo Decreto nº 791 de 1980 na cidade do Rio de Janeiro, atualmente chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO.

A primeira escola Nightingaleana do país, chamada hoje de Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), foi criada no início do Século XX em razão da influência norte-americana na estruturação da atenção à saúde. Vale destacar que a EEAN teve grande importância no desenvolvimento do ensino da enfermagem no Brasil, consolidando o modelo anglo-americano (CARRIJO, 2007).

Com o surgimento do Estado Novo no Brasil em 1930, período conhecido historicamente como Era Vargas, marcado por políticas de trabalho, educação e saúde, a enfermagem brasileira alcançou uma posição de maior visibilidade e crescimento, tendo em vista a busca pela profissão. No fim da década de 1930, com o início da Segunda Guerra Mundial, surgiu a necessidade de recrutamento e preparação de enfermeiros para atuarem nos

conflitos, em razão da falta de profissionais em número suficiente para atender à demanda global (BERLOGI; SANNA, 2013). Em razão disto o Ministério da Guerra, por meio da organização Cruz Vermelha, direcionou esforços para a formação de profissionais em São Paulo com cursos de formação incentivados pelo governo brasileiro.

A década de 60 deu início a uma nova organização política, com ordens socioeconômicas dinâmicas e ideologias de desenvolvimento adotadas pelo novo governo no quadro nacional, cenário em que a enfermagem se consolida com o decreto 50.387 de 1961, que reforma a estrutura do ensino superior. Posteriormente, com a Constituição de 1988 criou-se o SUS (Sistema Único de Saúde), que estabelece diretrizes de universalidade, equidade e integralidade nos cuidados de saúde, que permanecem até os dias atuais. A enfermagem, através do ensino nas universidades, vem se esforçando para se adequar à nova política vigente, mas embora tenha apresentado grande desenvolvimento manteve-se em uma posição de subordinação no que diz respeito aos aspectos práticos da profissão.

Procedendo à análise deste período histórico, o terceiro capítulo propõe o estudo das entidades de classe de enfermagem (ABEN, COFEN e COREN), seu surgimento e seu papel na profissionalização e na consolidação da profissão no país. Conforme Germano (2010, p. 14):

Em seu percurso, a ABEN, por muitas décadas, representou o principal e quase que exclusivo espaço de organização dos enfermeiros. Todas as lutas e reivindicações dos profissionais à época, incluindo as questões internas como crescimento, desenvolvimento e reconhecimento da profissão, passavam pela associação.

Dentre as principais finalidades dessas entidades destaca-se a responsabilidade de promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos profissionais da enfermagem, bem como de promover a integração das entidades representativas em busca da proteção dos direitos e interesses da profissão. Além disso, a entidade busca reunir os enfermeiros e técnicos em enfermagem com o fim de propiciar o fortalecimento dos ideais de união e solidariedade entre as classes.

Assim, buscou-se analisar o papel dos conselhos representativos da classe para a obtenção de melhorias e conquistas, restando comprovada a importância da atuação desses órgãos junto aos profissionais para o reconhecimento de direitos e o oferecimento de ferramentas que possibilitem a formação de qualidade dos alunos de ensino superior.

Por fim, procurou-se demonstrar as teorias educacionais relacionadas ao ensino superior de enfermagem, as alterações curriculares e sua configuração atual. Verificou-se que de 1949 até 1961 as escolas de enfermagem não possuíam status de nível superior, pois

possuíam atividades técnicas consideradas incompatíveis com o sistema de ensino intelectualista adotado na época, além da essência predominantemente feminina da profissão.

O currículo adotado em 1949 priorizava o ensino de ciências psicossociais e o ensino clínico em detrimento das extensivas horas de prática exigidas até então. Esse currículo foi pensado para atender o mercado de trabalho, em decorrência das mudanças no cenário da saúde. A partir da década de 50, no entanto, intensificaram-se os movimentos liderados pelas escolas e pela Associação Brasileira de Enfermagem para a criação de legislação regulamentadora do exercício da profissão como uma função estruturada e com status profissional. Sua consolidação como profissão de nível universitário se deu a partir de 1962, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), quando o curso passou a fazer parte do sistema educacional.

A atual LDB oferece às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que devem orientar a elaboração dos projetos pedagógicos. A LDB visa à formação de profissionais que possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, apto a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, enfim, compreender as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país (ITO et. al., 2006, p. 572).

Os resultados obtidos a partir da revisão bibliográfica e da produção histórica sobre a prática da assistência à saúde demonstraram que os progressos tecnológicos e científicos tiveram grande influência na atuação da enfermagem, estando esses progressos pautados pelo conhecimento empírico, raciocínio lógico e reconhecimento da atividade enquanto classe profissional. Com relação ao ensino e sua consolidação como profissão, verificou-se a existência de diversas reformas nos currículos dos cursos superiores, com a adoção de práticas educacionais voltadas para o entendimento da história da enfermagem.

Nesse sentido, percebeu-se que os saberes docentes privilegiam o contexto histórico da profissão no país, adaptando-se às necessidades sociais e buscando acompanhar a evolução da própria sociedade e suas demandas por saúde. Tais demandas devem ser amparadas, via de regra, por alterações na legislação e nas regulamentações aplicáveis aos enfermeiros, a fim de se promover a adequação da prática e, principalmente, a capacitação adequada dos profissionais.

Os projetos pedagógicos desenvolvidos nas universidades, no entanto, não auxiliam na construção da figura do enfermeiro enquanto sujeito de direitos e deveres, construtor de sua história, inserido no mundo do trabalho, dotado de consciência crítica que lhe possibilite autonomia e não simplesmente subserviência ao se relacionar com outras áreas médicas.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ENFERMAGEM: DO SURGIMENTO DA ARTE DE CUIDAR AO RECONHECIMENTO PROFISSIONAL

Este primeiro capítulo tem por objetivo apresentar o processo histórico do desenvolvimento das práticas de saúde nas quais a enfermagem está inserida, procurando demonstrar que tais práticas são tão antigas quanto a própria humanidade. A prática da enfermagem, conceituada por Wanda de Aguiar Horta como a ciência de assistir o ser humano em suas necessidades básicas, recuperar e manter sua saúde (HORTA, 1979), implica em reflexos de grande proporção na realidade social, estruturada a partir de um extenso processo de evolução.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007, p. 30).

Neste sentido, em cada período o cuidado é influenciado por diversos aspectos: antropológicos, morais, políticos, sociológicos, econômicos e religiosos, considerando-se a natureza dialética das construções históricas dessas práticas.

1.1 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MUNDO OCIDENTAL: REVISÃO HISTÓRICA

As práticas de saúde sofreram diversas alterações nos diferentes períodos históricos no mundo ocidental, desde as primeiras formas de prestação de cuidados ainda no início da civilização. Com base nessas considerações, para melhor compreender a relação do objeto de pesquisa com a realidade histórica, será feita a periodização do estudo dessas práticas, dividindo-as entre as adotadas no Período Primitivo (Período Neolítico - 5000 anos a. C.), na Grécia Clássica (entre os Séculos V e IV a. C.), no Período Medieval (entre os Séculos V e XV d.C.) e no mundo moderno.

1.1.1 Práticas de Saúde na Era Primitiva (Período Neolítico, 5000 anos a. C.)

Neste período histórico os seres humanos viviam de forma nômade, o que significa que mudavam constantemente seu local de moradia. Os nômades habitavam os locais até que

acabassem os recursos naturais e, então, evadiam em busca de outras terras férteis e água. Os povos primitivos alimentavam-se dos produtos da caça e dos vegetais que colhiam.

Neste contexto, ao homem era atribuído o dever da caça e à mulher a responsabilidade de cuidar dos filhos, colher frutos e desenterrar raízes. Essa forma de produção mostra a forma mais primitiva da divisão de trabalho entre os sexos, baseada na fisiologia.

Na medida em que se instalavam em áreas férteis e paravam de vagar, esses grupos foram se corporificando e passaram a constituir as tribos nas quais os homens exerciam as funções patriarcais. Para as mulheres era deixada a habilidade psicomotora da prática de cuidar, realizando partos, cuidando dos feridos de caça, da casa, dos filhos e dos idosos.

As mulheres, com o passar do tempo e com os cuidados oferecidos aos feridos de guerra, aos idosos e às crianças, observaram que as ervas e raízes tinham poder de melhora e até de cura de determinadas doenças, e através de várias tentativas foram entendendo e aperfeiçoando a forma de cuidar e curar enfermidades. Surgiram, assim, os primeiros cuidados de enfermagem, de cunho exclusivamente feminino. No entanto, diante da relevância dessas descobertas, os homens posteriormente viriam a apoderar-se desta atividade, a fim de usá-la como forma de dominância e poder.

Conforme Geovanini (1995),

À medida que as mulheres foram aprimorando o conhecimento da arte do cuidar, as curas foram acontecendo no meio dos agrupamentos humanos, o homem observou sua importância, aliou esse conhecimento ao misticismo fortalecendo tal poder e apoderou-se da prática de cuidar (GEOVANINI et. al, 1995, p. 7).

Assim, a atuação das mulheres permaneceu com uma característica de submissão, o que refletiu posteriormente na profissionalização da enfermagem, na qual a prática feminina do cuidado não tem prestígio e o saber assistencial no ambiente hospitalar pertence aos homens que exercem a hegemonia médica.

1.1.2 Práticas de Saúde na Grécia Clássica (Séculos V e IV a. C.)

Na medida em que as civilizações foram se construindo de forma social, política e econômica, as práticas de saúde foram se estruturando, diferenciando-se e se articulando.

Na antiguidade clássica, tanto na Grécia em seu apogeu, por volta do século V a. C., quanto na Roma Imperial, o trabalho obedeceu a duas vertentes básicas: as elites dominantes ocupavam-se exclusivamente do trabalho intelectual, artístico, especulativo ou político. Do outro lado, as funções consideradas subalternas por sua natureza rústica e penosa (“trabalho braçal”) eram desempenhadas pela mão de obra escrava, obtida nas guerras

de conquista. Os vencidos eram transformados em escravos (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006, p. 552).

Com relação às práticas de saúde, do mesmo modo que ocorria com os povos primitivos, na Grécia Clássica as doenças vindas de ferimentos de guerra eram um fenômeno compreensível, mas quando apareciam sem explicações provocavam espanto e inquietações. Desejava-se conhecer como e por que as perturbações afligiam a tantos, para evitar que se repetissem. Assim, foram sendo construídas explicações mais aceitáveis sobre as doenças.

Com a economia bem desenvolvida nas suas principais cidades, devido à sua frota marítima, ao cultivo de trigo, cevada, certas frutas e produção de vinho, a Grécia se destacava diante do mundo oriental, mesopotâmio e egípcio, embora fosse influenciada por eles com relação às práticas de saúde.

Naquele momento da história, segundo a mitologia Grega, acreditava-se que Apolo, o deus da Medicina, enviava as doenças para a Terra e que só ele podia afastá-las. Aos sacerdotes cabia o papel de mediadores entre os homens e os deuses, que eram investidos de atributos pelas divindades de cura, e do poder da vida e da morte. Assim, as doenças eram consideradas castigos ou maldições e os sacerdotes acumulavam as funções de médicos e enfermeiros.

Havia uma divisão entre os sacerdotes e o respeito a uma hierarquia, e as questões políticas tinham interferência direta da religião. O teor mitológico e dogmático correspondia às expectativas dos governantes, na medida em que a religião representava, neste período, um instrumento de manutenção dos interesses da classe dominante.

Os templos sacerdotais foram, por muitos séculos, ao mesmo tempo santuários e escolas onde eram ensinados os conceitos primitivos de saúde, na chamada fase empírica do conhecimento. Os estudantes que vinham das cortes e dos exércitos mantinham vínculos estreitos com os sacerdotes, que passavam seus conhecimentos. Para mantê-los nas mãos da classe dominante, estes estudantes formavam famílias que se organizavam em castas.

A estruturação da sociedade em classes leva à constituição de uma casta sacerdotal que se apodera das funções médicas, encaradas como um segredo tradicional e simultaneamente como manifestação do poder curador da divindade (PETIT, 2005, p. 7).

Ao final do Século V a.C. e início do Século IV a.C., a Grécia passava por profundas modificações sociais, econômicas e políticas devido às guerras e às doenças, colocando em dúvida a medicina praticada pelos sacerdotes. Nesse cenário, surgem diversos filósofos que veem o ser humano pela perspectiva real, questionando o sobrenatural e o místico.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente em experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças (GEOVANINI et. al, 2005, p. 11).

Sob a influência de vários filósofos, principalmente Sócrates, Hipócrates (460 a.C. em Cós; 370 d.C. em Tessália) refutou a ideia de que a causa das doenças era a presença de maus espíritos ou castigo dos deuses. O principal fundamento era o de auxiliar a natureza a reagir sem ser contrariada, pela utilização do método indutivo, da inspeção e da observação.

Com o progresso da ciência, a prática de saúde passou a se basear, essencialmente, na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico e na especulação filosófica pautada pela investigação livre e pela observação dos fenômenos. Nessa mesma época, Roma desconsiderava essa prática de saúde por considerar Grécia uma inimiga, sendo suas práticas de saúde desempenhadas por escravos e estrangeiros gregos. Aos poucos foi sendo reconhecida a superioridade da prática de saúde dos gregos (estrangeiros), que começaram a passar os conhecimentos para os escravos romanos que, por sua vez, fizeram fortuna e conseguiram posição de destaque na sociedade romana.

Roma, na medida em que se destacava por suas conquistas territoriais, ia se apropriando do saber tecnológico, agrícola, econômico, filosófico e político dos seus conquistados, formando seu grandioso império. Durante essas conquistas, Roma se apropriou também dos conhecimentos de saúde da Grécia, com base em Hipócrates, criando, assim, escolas médicas em Alexandria, Sicília e Ásia menor, que se tornaram os principais centros culturais e se destacaram pela sua importância política e pelo desenvolvimento do saneamento básico no Império Romano.

A supremacia Romana teve seu declínio a partir do Século III d.C., com a crise do escravismo, o colapso econômico devido às invasões bárbaras e à difusão e oficialização do cristianismo entre os Séculos V e XV.

1.1.3 Práticas de Saúde no Período Medieval (Século V ao Século XV d. C.)

O cenário das práticas de saúde sofreu uma nova configuração sob as influências socioeconômicas e políticas da Era Medieval, um período da história da Europa entre os Séculos V e XV que se iniciou com a queda do Império Romano do Ocidente e terminou durante a transição para a Idade Moderna.

No período Pré-Cristão, quando as doenças eram consideradas castigos ou maldições, os sacerdotes acumulavam a função de médicos. Com o advento do Cristianismo e do fervor

religioso, movidos pela fé cristã e pelos valores de caridade e serviço praticados pela Igreja, os cristãos passaram a direcionar cuidados especiais aos pobres e enfermos.

A Igreja Católica teve o seu auge na Idade Média, através do seu poder, influência e domínio na sociedade, quer a vida civil, quer a vida militar, estava debaixo da esfera reguladora da Igreja. A vida religiosa estabelecia assim as produções agrícolas, as reuniões das assembleias ou o calendário anual, através das atividades religiosas e dos festejos a determinados santos. Como referido anteriormente, a Igreja Católica expandia-se desde o topo à base da hierarquia social da Idade Média, e é neste período também que constrói e fortalece o seu poder e domínio, sendo a instituição máxima da vida medieval, ao controlar a atividade religiosa em vida e em morte, pois receava-se que destino se sofria após o fim da vida terrena (PASSÃO, 2015, p. 7).

Nesse contexto, o hospital medieval se constituiu como uma instituição essencialmente eclesiástica, cuja função era dar assistência social e não necessariamente médica. Seus frequentadores eram não apenas doentes, mas também indigentes, loucos, inválidos, prostitutas e até mesmo viajantes que estavam de passagem pela cidade (FOUCAULT, 1979).

As damas de grande influência da sociedade, virgens e viúvas estavam condicionadas à fé fervorosa e à caridade, para as quais direcionavam sua atenção ao cuidar dos enfermos.

As atividades eram centradas no fazer manual e os conhecimentos transmitidos por informações acerca das práticas vivenciadas. Predominavam as ações de saúde caseiras e populares com forte conotação mística, sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã (GEOVANINI et. al, 1995, p. 15).

Entre os Séculos V e XIII, surge a Enfermagem enquanto prática leiga que, por ter sido desenvolvida por religiosos no período medieval, engloba valores como a obediência, abnegação e espírito de serviço. Sob o domínio da Igreja Católica, observa-se a estagnação e até mesmo um retrocesso do conhecimento da prática de saúde, pois os conhecimentos adquiridos pela Grécia e por Roma, antes do Cristianismo, foram monopolizados e escondidos nos mosteiros pela hegemonia eclesiástica, deixando o conhecimento, por muitos séculos, restrito ao clero.

1.1.4 Práticas de Saúde na Idade Moderna (Século XV ao Século XVIII)

Do final do Século XIII até o início do Século XVI, no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante e com o progresso social e intelectual, as práticas médicas saíram dos mosteiros e encontraram refúgio nas universidades. Devido à sua forte

ligação com os movimentos religiosos, a enfermagem sofria as consequências dessas transformações.

O Renascimento foi caracterizado pelo declínio do poder da Igreja e pelo ascetismo, o que levou a uma renovação das práticas supersticiosas pagas e à divisão do cristianismo. Com a Reforma Religiosa e o período conturbado enfrentado pela Igreja, os hospitais se tornam insalubres e passam a ser um depósito de doentes e negligenciados. Esse cenário, marcado pela queda dos valores morais e religiosos que sustentavam a prática da enfermagem, tornou-a uma atividade considerada indigna para as mulheres de classe social elevada.

Sem organização, supervisão e remuneração, a oferta de trabalho tornou-se reduzida e a maioria dos hospitais dirigidos por ordens religiosas foram fechados. Nesse ambiente hospitalar de miséria, as mulheres de baixa renda eram contratadas para desenvolver, essencialmente, tarefas domésticas, recebiam um salário pequeno e eram submetidas a jornadas de trabalhos de 12 a 48 horas, sem intervalos. Com a baixa qualidade das práticas de saúde, a enfermagem passou por um declínio que perdurou do Século XVI ao Século XVII.

1.1.5 Práticas de Saúde na Idade Contemporânea (Séculos XVIII e XIX)

Nos Séculos XVIII e XIX, aconteceram diversas mudanças na Europa, principalmente relacionadas à Revolução Industrial, quando houve a substituição do trabalho artesanal pelo assalariado e pelo uso das máquinas. Conforme Weller e Bawden (2006, p. 137),

A Revolução Industrial conduziu a alterações em diferentes dimensões da vida social e cultural, tal como assistimos hoje, na forma como era recepcionada e gerida a informação. As mudanças nos transportes, a criação e disseminação de bibliotecas, novas tecnologias e da informação foram mais intensas e geraram ambientes propícios à mudança social.

A maior facilidade de mobilidade possibilitou a realização de trocas, também culturais, que influenciaram decididamente o clima social, intelectual e político da época. Com o advento da Revolução Industrial, ocorreu também a migração dos camponeses para a cidade, formando grande concentração de pessoas que foram absorvidas pelas indústrias nas metrópoles.

Com a explosão demográfica e a exploração da força de trabalho pelo novo sistema econômico, o capitalismo, os trabalhadores foram submetidos a longas jornadas de trabalhos, condições de trabalho inadequadas e divisão de trabalho, nos quais o trabalhador desenvolvia habilidades parciais e automáticas, o que tolhia sua capacidade intelectual e deixava os operários cada vez mais submissos ao poder do capitalismo.

A burguesia, com o poderio industrial, explorava homens, mulheres e crianças que trabalhavam em condições insalubres e subumanas, fazendo aumentar ainda mais sua riqueza e conquistando poder econômico e político. Com a evasão das pessoas do campo para a área urbana, condições precárias de trabalho, desigualdades econômicas e cidades sem infraestrutura para assistir essas pessoas, as doenças começaram a ser um problema para a economia.

As doenças contagiosas, a desnutrição, a mortalidade infantil, as intoxicações e acidentes de trabalho afastavam o trabalhador das fábricas, gerando, como consequência, inúmeros transtornos econômicos. O Estado, percebendo a necessidade de restaurar a mão de obra, passa a assumir o controle da assistência à saúde, criando regras para tornar os trabalhos nas fábricas mais salubres.

Nessa reorganização a saúde passa a ser uma ferramenta de dominação das massas, considerada um bem supremo, e o exercício da medicina passa a proporcionar ao profissional uma posição de nobreza. O Estado passa a dar poderes à classe médica, delegando a ela o comando e a reestruturação dos hospitais com vistas ao restabelecimento da saúde do trabalhador e, em troca, o médico adquire prestígio e influência política.

A crença na ciência - como toda crença, nada científica - tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente, por conseguinte, diante do próprio paciente (MARTINS, 2004, p. 24).

Segundo Castiglioni (1982, *apud* GEOVANINI, 1995), este fato teve repercussão importante na posição econômica e social dos médicos que, em muitos países, ocuparam posição de destaque dentre as demais profissões. Com a responsabilidade da direção dos hospitais, os médicos passam ocasionalmente a treinar e orientar, de forma simples e isolada, pessoas leigas contratadas para cuidar dos enfermos. Posteriormente, os médicos passam a delegar a organização e a manutenção hospitalar às enfermeiras, bem como a disciplina da equipe responsável pelo cuidar.

Mesmo com essa nova ordem nos hospitais, mantiveram-se as condições insalubres, as equipes encontravam-se despreparadas e as doenças infectocontagiosas alastravam-se. Nesse momento, a enfermagem sai da fase sombria e começa a se reorganizar como profissão. Antes da criação das primeiras escolas formais para enfermeiras, os envolvidos com os cuidados dos enfermos recebiam treinamentos e orientações ocasionais dos médicos sem que houvesse uma instituição organizada. As irmandades católicas, embora mais estruturadas, restringiam seu conhecimento aos membros da ordem.

O revigoramento das ordens religiosas de enfermeiras, nesse período, levou à fundação de mais de 100 ordens de mulheres, cuja finalidade era o exercício da enfermagem como serviço social, para atender os pobres e doentes que se multiplicavam pela Europa.

Dentre tais organizações, destaca-se a Companhia das Irmãs de Caridade, fundada em 1633, na França, e que mantém suas atividades até os dias de hoje. Seus fundadores foram Vicente de Paulo (1576 – 1660) e Luisa de Marillac (1591 – 1660), que alimentavam os pobres e cuidavam dos doentes em hospitais, iam aos domicílios dos que necessitavam e realizavam o trabalho paroquial.

Assim, surgiram os primeiros cuidados de enfermagem em domicílio, que representava um importante serviço de assistência social. Além disso, a preocupação com a higiene, com a individualização dos leitos e com a organização dos hospitais foram marcos dessa organização, que recebia as jovens que queriam ajudar no tratamento dos doentes e ensinava a elas as funções, desde que tivessem as qualidades exigidas pela madre Luisa de Marillac e pelo padre Vicente de Paulo, como a capacidade física e moral para ser serva dos pobres e a vocação natural para praticar as virtudes do estado religioso.

Neste cenário destaca-se a atuação de Florence Nightingale, aristocrata nascida em 12 de maio de 1820, em Florença, na Itália. Com o desejo de se tornar enfermeira, influenciada pelos preceitos religiosos, Florence foi para Roma, em 1844, com o fim de estudar as atividades das Irmandades Católicas. Posteriormente, foi para a Alemanha trabalhar no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth e, também, para Dublin, a fim de completar seus conhecimentos no hospital dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras fundada em 1800.

Importante destacar que a enfermagem era exercida exclusivamente pelo gênero feminino, sendo os conhecimentos de enfermagem passados dentro dos preceitos da Igreja Católica que tinha em seus monastérios ricos conhecimentos da prática de saúde. Florence absorveu tais conhecimentos e passou a utilizá-los de uma forma que mudaria todo o contexto histórico de sua época com a prática de saúde, em especial, com a arte de cuidar.

Em 1854, com a Guerra da Criméia¹, o governo da Inglaterra, com o intuito de diminuir as perdas de soldados feridos na guerra, procura Florence, devido a sua influencia no meio político e social e por ser conhecida por sua aptidão vocacional para a enfermagem, e

¹ Ficou conhecido pelo nome de Guerra da Criméia o conflito ocorrido entre outubro de 1853 e fevereiro de 1856, envolvendo, de um lado, o Império Russo e, do outro, o Império Otomano (atual Turquia), Grã-Bretanha, França e reino da Sardenha. Essa guerra é, na verdade, parte de uma série de disputas por territórios do então decadente império Turco-Otomano e seu nome deve-se ao fato de que boa parte das batalhas ocorreu na península da Criméia, hoje, parte do território ucraniano.

solicita que vá para Scutari, na Turquia. Florence partiu acompanhada de 38 voluntárias vindas de diferentes hospitais a fim de auxiliar os soldados que se encontravam em estado de abandono.

Ao chegar ao local, Florence se deparou com um ambiente com total falta de higiene, desorganizado, soldados sujos e desamparados. Com postura hierárquica e disciplinadora, além de visão inovadora para a época, Florence, com seus métodos, diminuiu de quarenta por cento para dois por cento a taxa mortalidade entre os soldados.

A guerra da Criméia veio mostrar a necessidade de colocar a higiene militar numa posição independente do controle burocrático da administração civil. A falta de um serviço de enfermagem eficiente nesta guerra causou perdas tão grandes aos exércitos aliados, especialmente ao inglês, que isto se tornou alvo de uma investigação prolongada por parte do parlamento inglês (CASTEGLIONI, 1982, *apud* GEOVANINI, 1995, p. 13).

Florence não conhecia o conceito de microrganismo, que ainda não havia sido descoberto, mas acreditava que um ambiente e pessoal limpo, ar fresco, boa alimentação, lavagem das mãos e calor adequado podiam curar os doentes, e separou os feridos pelo grau de gravidade de seu quadro para melhor atendê-los.

Para Nightingale, práticas como a observação, a experiência e o registro de dados eram fundamentais para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho e para a resolução dos problemas, capazes de melhorar a qualidade de vida dos doentes. Seus princípios influenciariam as áreas de prática, pesquisa e educação (SANTO, 2006).

Segundo Horta (1979), Florence conceituou a enfermagem como uma arte que requer uma devoção exclusiva e um preparo rigoroso, como uma obra de qualquer pintor ou escultor, pois, “o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparada ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes” (HORTA, 1979, p. 1).

Florence contraiu tifo durante a guerra e, após retornar da Criméia, em 1856, com saúde frágil, passou a viver se dedicando a trabalhos intelectuais. Reconhecida e premiada pelo governo Inglês por sua atuação, Florence criou, em 1959, a Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, que serviu de modelo para as escolas fundadas posteriormente.

A aristocrata faleceu no dia 13 de agosto de 1910 e deixou como legado a concretização da enfermagem para além de uma atividade empírica desvinculada de saber especializado, ou seja, reconhecida como uma ocupação assalariada necessária aos hospitais, institucionalizada e específica.

Florence Nightingale é considerada por historiadores e especialistas uma mulher que ousou contrariar o destino padrão das mulheres da alta sociedade britânica no Século XIX. Sua fama e popularidade, devido ao trabalho que realizara durante o conflito, tiveram enorme impacto no sentido de reorganizar o conceito de enfermagem e aplicá-lo de maneira eficiente para salvar vidas.



Fonte: <http://www.profcardy.com/matematicos/individuos.php?pid=260>. Acesso em 20/02/2019.

O Modelo Nightingale mudou a percepção da enfermagem tanto por meio de conceitos religiosos e virtudes morais como a caridade, amor ao próximo, doação e humildade, quanto por meio de práticas como a observação, a experiência e o registro de dados como fontes fundamentais para o desenvolvimento da arte do cuidar.

As escolas de enfermagem espalharam-se pelo mundo a partir da Inglaterra e, em 1873, foi criada a primeira escola de enfermeiros nos Estados Unidos. As escolas Nightingaleanas funcionavam de acordo com a filosofia da escola fundada por Florence, a qual se baseava em diretrizes rígidas. Um de seus diferenciais era a obrigatoriedade da direção da escola por uma enfermeira que detinha a responsabilidade pelo ensino e o oferecimento de residência confortável e próxima ao hospital às estudantes durante o treinamento.

Dentre as características das escolas Nightingaleanas, podem ser citadas a disciplina militar e a exigência de qualidades morais das candidatas, as quais passavam por cursos de um ano de duração, com aulas ministradas por médicos que eram considerados os únicos qualificados para ensinar e decidir quais funções poderiam ser delegadas às enfermeiras.

Mais uma vez, aqui se caracteriza o controle do saber pelo exercício do poder político e econômico, visto que o médico era detentor exclusivo das informações e conhecimentos especializados e, além disso, os monopolizava. Nesse arranjo, o conhecimento constitui o fator de produção de maior valor agregado. Ter ou não acesso ao conhecimento da prática de saúde ficava sob o critério e o domínio exclusivo do médico.

As relações que existem entre a prática médica (tratamento) e a da enfermagem (cuidar) traduzem a ligação entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A construção cotidiana do poder médico e a dominação que exerce as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe.

Esse fenômeno se concretizou na medida em que a enfermagem se introduzia nos hospitais e o nível de complexidade técnico-científico da medicina crescia, requerendo, cada vez mais, capacidade intelectual de seus executores. Aos braços femininos da enfermagem foram passadas as tarefas manuais de saúde, ficando o médico com a parte intelectual que correspondia ao estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento do doente, remetendo e subordinando a enfermagem ao segundo plano desde a sua definição como uma arte, e não como uma ciência, até sua posição nos hospitais.

Com relação ao gênero, questão intrínseca ao estudo da enfermagem desde os primórdios até os dias atuais, Lopes e Leal (2005, p. 109) ensinam que

Retomando aspectos sócio-históricos, podemos dizer que a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. É a condenação destes saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício.

Após as contribuições prestadas por Florence, a profissão, em seu processo de evolução, passou por várias adaptações de acordo com as necessidades da sociedade, de modo que diversas foram as transformações desde seu surgimento até os dias de hoje (PERES, CIAMPONE, 2006).

As primeiras escolas formais dos EUA, inicialmente baseadas no modelo proposto por Nightingale, foram criadas de forma independente dos hospitais, mas para atender à demanda de cuidados nessas instituições o foco principal das escolas de enfermagem deixou de ser a educação e passou a ser o oferecimento de serviços, dado o caráter essencialmente prático da profissão.

Além disso, a falta de controle e normas e o crescente número de escolas de enfermagem sem um padrão de admissão e graduação resultou numa proliferação de escolas sob controle dos hospitais, dando início a uma movimentação dos grupos sociais e políticos interessados em sua organização oficial.

Em 1890 foi fundada uma das primeiras organizações de enfermeiros graduados, que passou a ser denominada, em 1911, de Associação Americana de Enfermagem. Tal organização buscava aumentar a influência das enfermeiras e o reconhecimento da importância de seu trabalho para o controle e qualificação das escolas de enfermagem.

Em meados de 1800 Florence já reconhecia a necessidade da diferenciação do ensino médico do ensino da enfermagem, e a expansão da literatura de enfermagem produzida pelas enfermeiras consolidou esse pensamento. O primeiro livro americano de enfermagem foi publicado em 1885 e, em 1900, foi editada a primeira revista especializada em enfermagem, a “American Journal of Nursing”. Em 1930 já existiam cerca de 70 livros para enfermeiras.

Em 1874, além do reconhecimento de seus saberes em higiene e saneamento público, Florence foi titulada membro da Sociedade Real de Estatística na Inglaterra e da Sociedade Americana de Estatística, devido ao seu pioneirismo na apresentação de registros hospitalares de forma gráfica, tabelas de mortalidade e classificação de doenças (PRINGLE; DORAN, 2003).

Este reconhecimento reforça a importância da informação no exercício profissional da enfermagem. Neste sentido, Leprohon (2001) afirma que a gestão da informação pelos enfermeiros resulta em uma melhoria na qualidade dos cuidados e beneficia a saúde das pessoas, desde que seja feita a partir de um modelo de documentação ajustado à realidade.

Assim como defendido por Nightingale no Século XIX, a informação relacionada aos doentes e os cuidados prestados pelos enfermeiros são capazes de melhorar a qualidade do cuidado, além de permitir que sejam reivindicadas melhores condições de trabalho e de saúde nos ambientes dedicados aos doentes.

Além disso, o processo de documentação torna possível o conhecimento do pensamento dos enfermeiros e das teorias e conceitos válidos e mais amplamente utilizados no desenvolvimento da prática, que são meios eficazes de prover resposta às necessidades de saúde mais recorrentes, além de permitir a avaliação dos problemas e dificuldades encontradas pelos profissionais.

Até 1950, no entanto, a enfermagem era majoritariamente baseada em regras e princípios originados do senso comum, resultado dos anos de experiência, mas a partir deste

ano começou a ser considerada uma ciência. Em 1952 foi publicada a revista “Nursing Research”, dedicada, exclusivamente, à veiculação de estudos sobre enfermagem.

No ano de 1963 a informação dos enfermeiros passou a ser documentada durante os processos clínicos em uma espécie de livro de ocorrências, no qual eram assinaladas informações a respeito da evolução da saúde do paciente, além dos acontecimentos considerados mais relevantes (MACHADO, 2004).

Em 1965 houve a reforma do ensino da enfermagem, que levou à redução dos conteúdos médicos e ao reconhecimento da influência das Escolas de Enfermagem no atendimento das necessidades humanas básicas. Documentos específicos para veiculação da informação da enfermagem e do processo clínico foram adotados, e a enfermagem passou a ter uma nova definição: ciência cujo objetivo é a implantação de tratamento de doenças e o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral.

Neste sentido, Arruda (1996) afirma que existem critérios para o exercício da enfermagem, quais sejam:

Prover serviços vitais para o bem estar da humanidade; ter corpo de conhecimentos que fundamentam suas habilidades e serviços e continuamente expandir este conhecimento através da investigação contínua, análise e pesquisa; envolver operação essencialmente intelectual, acompanhada de responsabilidade individual; ter educação realizada em instituições de alto nível; estabelecer e controlar suas próprias políticas e atividades, ou seja, os membros da profissão têm relativa independência no desempenho de suas funções ou habilidades; ter código de ética que guie a conduta de seus membros e ter uma associação que busque e garanta a qualidade de sua prática (ARRUDA, 1996, p. 4).

Em 1971 a Organização Mundial da Saúde (OMS)² manifestou-se no sentido de que os cuidados com os pacientes exigem um plano individual, ou seja, um registro por escrito sobre a situação do doente e suas necessidades de cuidado, bem como as medidas e ações necessárias para satisfazer tais necessidades (DEIMAN, 1971). O papel da OMS é desenvolver medidas que serão adotadas por diversos países e práticas avançadas de enfermagem que forneçam formação especial e desenvolvimento profissional contínuo e satisfatório.

Com o III Congresso Nacional de Enfermagem realizado em Portugal em 1985 foi introduzido um novo método de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nos ambientes hospitalares, produzindo novos conceitos, modelos teóricos e informações

²A OMS foi fundada em sete de abril de 1948, tendo suas origens nas guerras (México, Criméia). Após a Primeira Guerra Mundial, a Sociedade das Nações (SDN) criou seu comitê de higiene, que foi o embrião da OMS e tinha como objetivo desenvolver o máximo de higiene de saúde de todos dos povos. A saúde passa a ser definida como um estado de completo bem-estar, mental e social, e não somente a ausência de doença.

documentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades e na integração do ensino superior.

Em 1989 o conselho do International Council Nursing (ICN) reuniu-se em Seul, na Coreia, e aprovou uma resolução que estabeleceu a criação de uma terminologia e uma linguagem específica para os elementos da prática da enfermagem, de modo a uniformizar e padronizar os protocolos internacionalmente.

Na década de 1990, portanto, os enfermeiros passaram a adotar um procedimento clínico formalizado, com planos de cuidados individualizados que, entretanto, permaneciam omissos no que diz respeito aos resultados dos cuidados prestados. Embora presente a documentação referente à sua atuação, os procedimentos eram resultantes da prescrição dos médicos sem muita autonomia dos profissionais de enfermagem (MACHADO, 2004).

Com o surgimento dos estatutos profissionais dos enfermeiros, que definiram os cuidados de enfermagem e propuseram uma metodologia científica para o cuidado da saúde da população, começaram a se estruturar os primeiros cursos superiores de mestrado e doutorado em enfermagem, permitindo o avanço da produção de conhecimento teórico na área.

A expansão e democratização das teorias da enfermagem e do ensino da profissão pelas escolas superiores fizeram com que os saberes da arte do cuidado deixassem de ser acessíveis apenas a uma pequena parte da população, tornando possível para cada vez mais pessoas a qualificação e certificação nesse campo de atuação.

A evolução nos estudos e na criação de teorias de enfermagem contribuiu para torná-la uma disciplina autônoma e uma profissão que depende de um conhecimento próprio e específico. Portanto, a identidade profissional e o desenvolvimento da educação em enfermagem se deram de forma gradual a partir dos progressos com relação à sua autonomia, indispensável para que seja promovida a necessária valorização da profissão.

2 HISTÓRIA E CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Neste capítulo analisou-se a organização e a implantação do ensino de enfermagem no Brasil, desde o período colonial até o ano de 1961, com o objetivo de compreender o caminho percorrido até que se estruturasse como ensino de nível superior, evidenciando-se as influências do universo histórico, social, econômico e político de cada período.

2.1 PERÍODO COLONIAL (PERÍODO ENTRE SEC. XVI E XIX)

No período pré-colonial, de 1500 a 1530, a exploração do Brasil era limitada às expedições para coleta e transporte do pau-brasil, madeira nobre muito apreciada pelos europeus. A colonização pelos portugueses ocorreu entre os Séculos XVI e XIX e o território brasileiro era chamado, à época, de terra Santa Cruz.

Durante décadas o Brasil foi atacado por holandeses, ingleses e franceses, até que em 1494 o Tratado de Tordesilhas dividiu as terras recém-descobertas entre Portugal e Espanha. Com as constantes invasões dos países deixados de fora do acordo, o rei de Portugal organizou, em 1530, a primeira expedição com o objetivo de povoar o território, expulsar os invasores e iniciar o cultivo de cana de açúcar.

Com relação às práticas de saúde, à época do descobrimento os índios foram os primeiros a se ocupar dos cuidados daqueles que adoeciam em suas tribos. A saúde era vinculada aos rituais místicos realizados nas tribos pelos pajés e feiticeiros, sendo as práticas domésticas realizadas pelas índias, bem como o cuidado das crianças, velhos e enfermos.

No Brasil colonial havia a necessidade de cuidados para atender à população, formada essencialmente por portugueses, indígenas e escravos. Naquele momento predominava o uso de plantas e ervas medicinais, com seus princípios terapêuticos, uso de minerais e até de animais para a obtenção de remédios, e a atividade de cuidar era exercida por curandeiros.

A colônia portuguesa no Brasil era voltada exclusivamente para produção e exploração dos recursos naturais de grande expressão econômica, que eram fornecidos aos países europeus e os enriqueceram consideravelmente. “A partir da década de 1580, o Brasil tornou-se o principal produtor mundial de açúcar, com base no trabalho de escravos africanos, posição que manteve até a segunda metade do século XVII” (ABREU, LAGO, 2001, p. 1).

O modelo econômico e político da época era o feudalismo³, segundo o qual a sociedade colonial era dividida em três classes: proprietários rurais, donos absolutos das riquezas; escravos, índios, negros e colonos, que eram trabalhadores rurais; e os mestiços, sem posição definida nos quadros sociais.

Desse modo, o regime de trabalho escravo se misturava com o regime medieval da renda-de-trabalho e da renda-produto, além de outras variantes da prestação pessoal de trabalho. Não faltava aos senhorios coloniais a massa de moradores "livres" ou de agregados que eram utilizados nos serviços domésticos ou em atividades acessórias desligadas da produção, colorindo, então, o plano de fundo do cenário feudal.

Com a colonização os missionários jesuítas assumiram a prática da saúde, bem como a tarefa de doutrinação da população colonial. Rapidamente a rede missionária se difundiu, sendo criados os colégios e as missões.

Com a colonização outros elementos assumiram também essas responsabilidades, dentre eles os jesuítas e posteriormente por religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados para tal tarefa. Dessa forma, gradativamente surge a enfermagem, com fins mais curativos que preventivos e exercida no início, ao contrário de hoje, praticamente por pessoas do sexo masculino (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999, online).

Neste panorama eram comuns as Casas de Misericórdia, originárias de Portugal. A primeira Casa de Misericórdia foi criada em 1543 na Vila de Santos, seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas criadas ainda no Século XVI. Em 1880 foram inauguradas as casas de misericórdia também nas cidades de Porto Alegre e Curitiba (PAIXÃO, 1979).

Dentre as principais figuras relacionadas à saúde no Brasil destaca-se a atuação do Padre José de Anchieta que, além do ensino de ciências e catequese, atuou como médico e enfermeiro e auxiliou os mais necessitados. Além dele, Frei Fabiano de Cristo é lembrado pelos 40 anos de exercício da enfermagem no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro.

Os escravos também tiveram um papel relevante nos cuidados aos doentes no Brasil, pois auxiliavam os religiosos em tais atividades. Em 1738 foi fundada, no Rio de Janeiro, por Romão de Matos Duarte, a Casa dos Expostos, destinada à realização das Obras de Misericórdia (ARANTES, 2010).

Em 1808 a Família Real aporta seus navios no Rio de Janeiro, fugindo de seu país e dando início a um grande marco na história. Em 1815 o país foi elevado à categoria de Reino, de modo que todas as terras portuguesas passaram a ser chamadas de Reinos Unidos de

³ Sistema econômico, político e social que se fundamenta na propriedade da terra, cedida pelo senhor feudal ao vassalo em troca de serviços mútuos, e que caracteriza a sociedade feudal.

Portugal Brasil e Alagares. Com isso, o Brasil deixa de ser colônia e ganha um novo status político.

2.2 IMPÉRIO (PERÍODO DE 1822 A 1889)

Somente com a vinda da família real iniciou-se no Brasil o ensino médico. Em 1832, foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que organizou o ensino e fez surgir diversas teorias no início do Século XX. A enfermagem, entretanto, não sofreu influência direta dessas instituições.

No período da Guerra do Paraguai⁴, entre 1864 e 1870, destaca-se uma figura feminina. Com a permissão do Presidente da Província, Anna Nery partiu para os campos de batalha onde estavam improvisados os hospitais que realizavam o atendimento aos feridos. Anna Justina Ferreira Nery nasceu em 13 de dezembro de 1814, na Província da Bahia, e casou-se com Isidoro Antonio Nery, tendo ficado viúva aos 30 anos. Teve os dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, convocados para servir durante a Guerra do Paraguai, e após o envio de seus filhos colocou-se à disposição da Pátria e partiu para os campos de batalha.

Apesar da falta de condições, pouca higiene, falta de materiais e excesso de doentes, Ana Néri chamou a atenção, por sua dedicação ao trabalho como enfermeira, por todos os hospitais onde passou. Em Assunção, Capital do Paraguai, durante o cerco das tropas brasileiras montou uma enfermaria modelo (ABREU, 1967, p. 141).

Ao retornar ao Brasil, cinco anos depois, foi recebida com honras e louvor, recebeu medalhas humanitárias e a ela foi concedida uma pensão pelo governo Imperial em reconhecimento aos serviços prestados à pátria e aos esforços para salvar vidas. Anna Nery faleceu em 20 de maio, data em que é comemorado o dia do enfermeiro, em 1880 no Rio de Janeiro, e deu nome à primeira escola de enfermagem fundada no Brasil por Carlos Chagas.

⁴ A Guerra do Paraguai foi o maior conflito armado internacional ocorrido na América do Sul. Foi travada entre o Paraguai e a Tríplice Aliança, composta pelo Brasil, Argentina e Uruguai. A guerra estendeu-se de dezembro de 1864 a março de 1870.



Fonte: <https://papodehomem.com.br/ana-justina-ferreira-nerly-or-mulheres-que-voce-deveria-conhecer/>. Acesso em 20/02/2019.

2.2.1 República Velha

Em 1889 a separação entre o Estado e a Igreja, ocorrida com a proclamação da República, facilitou a ampliação da intervenção governamental no campo da saúde. O ensino de enfermagem oficializou-se em 1890, com a promulgação do Decreto 791, que tinha como objetivo preparar enfermeiros e enfermeiras para que trabalhassem nos hospícios e hospitais militares e civis, nos moldes da escola francesa Salpêtrière (GALLEGUILHOS, OLIVEIRA, 2001).

Assim, a primeira Escola foi criada pelo Decreto 791, em setembro 1890, no Hospital Nacional de Alienados. Com a implantação da nova escola, o currículo básico foi assim organizado:

- a) Propedêutica clínica: anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, cuidados especiais, balneoterapia;
- b) Noções de administração: interna, escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermeiras.
- c) Duração de dois anos, aulas teórico/práticas, com visitas às enfermarias.



Fonte: <http://juarezribeiroa.blogspot.com/2018/02/hospicio-nacional-dos-alienados-rio-de.html>. Acesso em 20/02/2019.

Nessa época ocorreu a reforma técnico-administrativa do Hospital Nacional dos Alienados, a fim de melhorar a infraestrutura, o funcionamento hospitalar e a assistência exercida pelo pessoal de enfermagem, agora qualificado. Os serviços das irmãs de caridade foram substituídos por enfermeiras contratadas na França pelo Brasil. As enfermeiras vindas da Europa tinham um currículo impecável e traziam consigo o modelo mais avançado de organização hospitalar da época.

Após o golpe de Estado comandado pelo militar Marechal Deodoro da Fonseca, que pôs fim à soberania de Dom Pedro II, chegou ao fim a monarquia e o Brasil tornou-se República. A economia manteve-se agrária e aristocrática, com seus núcleos pouco urbanizados, e no final do século o progresso urbano se mantinha lento e progressivo. Em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, no entanto, o mercado já se manifestava de forma mais intensa.

Nesse momento os europeus já haviam assumido o controle econômico dos países da América Latina, impondo seus valores materiais e sua cultura como pré-requisito para o desenvolvimento das indústrias brasileiras intensificando, assim, o crescimento urbano. A partir da expansão das cidades sob a influência direta dos europeus a saúde passou a se constituir como um problema econômico e social. Nesse sentido, a proliferação de doenças

infectocontagiosas trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos nos portos fez emergir a preocupação com a saúde.

Para deter a escalada de doenças e evitar danos à expansão comercial brasileira, o governo assumiu a assistência à saúde e criou serviços públicos, além de aumentar a vigilância e controle dos portos com a reforma Oswaldo Cruz, em 1904, que trouxe novas diretrizes às políticas sanitárias.

Em 1904, Oswaldo Cruz enfrentou um de seus maiores desafios como sanitarista. Com uma grande incidência de surtos de varíola, o médico tentou promover a vacinação em massa da população. A vacinação era feita pela brigada sanitária, que era uma comissão de empregados da área de saúde preparados para executar esse serviço. Os profissionais entravam na casa das pessoas e vacinavam todos que lá estivessem, mas esta forma de agir indignou a população. O fato ficou conhecido como a Revolta da Vacina. No mundo científico internacional, porém, seu prestígio já era incontestável. Em 1907, no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, o médico recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz ainda reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, online).

Em 1908 foi organizada a Cruz Vermelha Brasileira, presidida pelo médico Oswaldo Cruz, que teve uma importante atuação durante a I Guerra Mundial, entre 1914 e 1918. Atuou também durante a epidemia de gripe espanhola, em 1918, organizando postos de socorro e hospitalização de doentes e auxiliando no socorro de vítimas de inundações e secas por todo o país. Em 1920 a Reforma Carlos Chagas, voltada para a reorganização dos serviços de saúde, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que exerceu por anos a ação normativa das atividades de saúde no país.

Naquele mesmo ano o Ministério criou normas legais para o ensino e exercício da enfermagem e neste período são encontradas várias escolas de enfermagem pelo país, fundadas pelo governo federal. Muitas dessas escolas eram voltadas para a área de ensino de saúde pública e muitos hospitais tinham fundo religioso, sendo possível afirmar que a enfermagem ainda era desenvolvida sem preparo especializado, por intermédio das irmãs de caridade.

A necessidade de mão de obra profissional de enfermagem foi evidenciada após a primeira guerra, mas a profissionalização se deu somente após a fundação da Escola Anna Nery, quando, em 1923, o governo brasileiro, em concordância com o governo dos Estados Unidos, traz ao país enfermeiras americanas com o objetivo de implantar o sistema nightingaleano na Escola Ana Nery.

Esta influência se deu principalmente em razão da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, conhecida como “Missão Parsons”, chefiada pela enfermeira norte americana Ethel Parsons, líder da Fundação Rockefeller, que consolidou o modelo anglo-americano de ensino no país (CARRIJO, 2007).

A escola de Enfermagem passou a receber candidatas do sexo feminino que tivessem diploma da Escola Normal ou instrução secundária considerada suficiente, sendo realizados exames de admissão. O programa de ensino de 1923 e as exigências feitas no ato da matrícula das candidatas caracterizavam o curso desde o início como de nível superior, sob a influência do modelo norte-americano, centrado na formação hospitalar.

Trata-se de um marco para a época, visto que a mulher passa a frequentar as universidades que antes eram frequentadas apenas por homens. A mulher era educada apenas por meio de programas de ensino religiosos nos colégios femininos, os quais não integravam o sistema educacional do país, sendo o magistério a única carreira considerada digna.

Em 1923, quando ocorreu uma epidemia de varíola, enfermeiras e alunas direcionaram seus esforços no combate à doença e conseguiram reduzir a taxa de mortalidade de 50% das epidemias anteriores para 15%. Em 1931 a Escola Anna Nery foi reconhecida pelo Decreto nº. 20.109 como uma escola oficial padrão para todo o país.

A instalação do Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1931, reconhecendo nele, a responsabilidade para a problemática educacional, cultural e de saúde da população. A reforma de Francisco Campos e a Constituição de 1934 coroaram o período intenso efervescência intelectual e política que fizeram eclodir o ensino secundário e a instalação de novas escolas e universidades. É de atribuição à União, competência privativa para traçar as diretrizes de educação e saúde nacional, e a renda dos impostos e municípios, é vinculada a esses interesses (GEOVANINI et. al, 1995, p. 35).

A Escola Ana Nery obteve o reconhecimento como instituição complementar da Universidade do Brasil em 1937 e, em 1946, passou a integrar formalmente a Universidade. Até 1949 o currículo da escola priorizava a formação de enfermeiras para atuação na saúde pública, conforme o modelo americano.

2.2.2 Nova República

O Estado Novo, regime político brasileiro instaurado por Getúlio Vargas que vigorou até 31 de janeiro de 1946, foi marcado pela queda do Estado oligárquico e pela ascensão do governo, em contrapartida às fortes tensões político-sociais advindas dos trabalhadores urbanos sufocados pela crise econômica que sobreveio do déficit do setor cafeeiro.

As transformações no ensino de enfermagem neste período levaram a criação da Escola de Enfermagem Carlos Chagas, em junho de 1933, pelo diretor de Saúde Pública de Minas Gerais. Instituída pelo Decreto 10.925, trata-se da primeira escola de enfermagem fora da capital da República e a primeira a diplomar as religiosas no Brasil.

Posteriormente, a Escola de Enfermagem Luisa de Marillac, fundada pela Irmã Matilde Nina, membro das Filhas de Caridade, abriu os estudos às religiosas de todas as vertentes e também a jovens estudantes. Essa escola integrava a União Social Camiliana e é a mais antiga das escolas de religiosas no Brasil.

Em 1939 foi criada pelas Franciscanas Missionárias de Maria a Escola Paulista de Enfermagem, que também recebia missionárias de outras religiões. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por sua vez, foi fundada em 1944, juntamente com a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP).

Na década de 40 a escola Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949, o Projeto de Lei 775 controlou a expansão das escolas e exigiu que a educação de enfermagem ficasse centralizada nos centros universitários. A partir da segunda metade da década de 50, devido aos governos subsequentes, uma grave crise socioeconômica culminou no golpe de 1964, e o país passou a ter um governo militar.

Na tentativa de adequar o ensino ao novo quadro político, como instrumento para dinamizar a própria ordem socioeconômica e atendendo à ideologia desenvolvimentista adotada pelo governo, a Lei 5.540 de reforma da estrutura do ensino superior foi sancionada em 1968, nos moldes da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1961⁵, sendo, por isso, chamada de Lei da Reforma Universitária.

Nesse quadro nacional, sucintamente esboçado, a educação de enfermagem brasileira já era consolidada. O Decreto Anna Nery marcou o início do ensino da enfermagem moderna no Brasil, uma vez que foi a primeira tentativa bem sucedida de sistematização do preparo de enfermeiros de nível superior após a vinda de enfermeiras americanas ao país.

Na década de 70 ocorreu a criação de uma categoria intermediária entre o enfermeiro e o auxiliar, o técnico de enfermagem, e surgiram três sindicatos sediados no Rio de Janeiro, na Bahia e em Brasília. Em 1979 ocorreu a abertura política do país, quando assumiu a presidência General Figueiredo, que propôs mudanças nas relações entre o Estado brasileiro e a sociedade civil.

⁵A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) define e regulariza a organização da educação brasileira com base nos princípios presentes na Constituição. Foi criada em 1961.

Neste ano havia uma sociedade marcada por contrastes, na qual a riqueza estava na mão de poucos e a miséria era ampla na população. Ocorreram centenas de greves, demonstrando a força das manifestações populares, e com esses movimentos surgiram mais sindicatos, os quais se organizaram posteriormente e formaram a Central Única dos Trabalhadores, para reivindicar o direito de realizarem Congressos Nacionais.

A importância desses eventos reside no fato de que, pela primeira vez após o golpe militar, trabalhadores se reuniam e discutiam questões que extrapolavam os limites sindicais impostos pelo Estado novo. Essas conferências também elaboraram documentos relativos à saúde, pelos quais se reivindicava a efetiva participação dos trabalhadores na administração da previdência social, em todos os níveis, e a participação dos profissionais da saúde na elaboração de uma política nacional de saúde que realmente atendesse às necessidades da população.

Tais reivindicações foram resultado de um sistema marcado pela visão empresarial e lucrativa, implantada pelo golpe militar, centrada no caráter curativo, oneroso, centralizado e ineficiente do sistema de saúde. Instalado o caos na saúde, devido à crise econômica gerada pelo desemprego e perda salarial dos trabalhadores, foi gerado o déficit na previdência. O governo criou medidas para suavizar a crise, dentre elas o programa PREV-SAUDE, criado em 1980 em uma tentativa de diminuir os custos com a saúde, com um conjunto de serviços dirigidos às pessoas, à comunidade e à melhoria do ambiente.

Segundo Geovanini et. al (1995), a enfermagem da década 80 estava muito diferente daquela de décadas atrás, pois acompanhou as transformações da sociedade brasileira e aumentou sua representatividade, ampliando-se tanto em número de associados quanto em número de entidades. Vale destacar que os sindicatos de enfermagem surgem também como colaboradores significativos nas transformações e avanços da classe.

Todos os problemas são comuns a todos os trabalhadores e esta compreensão passa pela necessidade de uma maior participação nas lutas gerais levadas no Brasil hoje, compreendendo também que a união de todas as categorias de trabalhadores significa maior força política na conquista de suas reivindicações (ENESPSE, 1982, *apud* GEOVANINI, 1995, p. 1).

Com a constituição de 1988, o Sistema Único de saúde (SUS) estabeleceu diretrizes de universalidade do acesso aos serviços, integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa e ênfase na regionalização e hierarquização da rede de serviços. Diante dessa nova configuração, que permanece até os dias atuais, a enfermagem vem direcionando seus esforços para adequação à nova política de saúde vigente no País, segundo a qual a formação do enfermeiro volta-se para um

atendimento integral no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, implicando na humanização do atendimento com visão global do homem sobre a plenitude de seus direitos de cidadão.

As conquistas da enfermagem ao longo dos anos foram notórias, devido à união e ao comprometimento da classe e a luta por progresso, bem como em virtude do reconhecimento da profissão, que está em constante crescimento. A valorização dos profissionais da enfermagem na área da saúde, no entanto, enfrenta ainda diversos desafios.

3 ENTIDADES DE CLASSE, ENSINO UNIVERSITÁRIO E DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Neste capítulo discutiu-se a criação das entidades de classe (ABEN, COFEN E COREN) no Brasil com o intuito de demonstrar como essas entidades promoveram e influenciaram diretamente no crescimento, desenvolvimento e reconhecimento acadêmico e profissional da enfermagem. Pretendeu-se, ainda, avaliar os currículos do ensino superior em enfermagem e refletir sobre as possíveis causas de sua desvalorização, como resultado de seu processo de evolução e profissionalização.

3.1 AS ENTIDADES DE CLASSE DE ENFERMAGEM (ABEN, COFEN E COREN): CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

No que diz respeito às entidades de classe, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), foi criada em 1926 pelas alunas egressas da Escola Ana Nery, no Rio de Janeiro, e contribuiu para a modernização da profissão no país.

Dessa forma, registra os passos iniciais em prol de sua organização, praticamente desde o nascimento, ainda na segunda metade do sec. XX, na Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro. Sua vocação organizativa ficou evidenciada de imediato, logo após ter sido diplomada a primeira turma daquela escola em 1925. Nos meses subsequentes à formatura, as estudantes egressas no curso passaram a se reunir com o propósito de fundar uma associação de ex-alunas. No entanto, naquela ocasião, a ideia inicialmente discutida acabou se ampliando para a criação de uma associação que congregasse enfermeiros de todo o Brasil (GERMANO, 2010, p. 14).

No decorrer de sua trajetória, a ABEN se vinculou às novas escolas de enfermagem que se formavam em várias regiões do país, criando condições para a instalação e manutenção

destas escolas e estabelecendo uma estreita relação entre o órgão representativo da categoria e a educação.

A ABEN é uma sociedade civil sem fins lucrativos, de direito privado, com caráter científico e assistencial, regida pelas disposições de seu Estatuto, do Regulamento Geral e do Regimento Especial. A Associação Brasileira de Enfermagem foi admitida em 1929 no Conselho Internacional de Enfermeiras, na cidade de Montreal, no Canadá.

Com relação ao seu Estatuto, Oliveira (1997, p. 203) afirma que:

O Estatuto é o instrumento norteador da organização, filosofia, objetivos e estrutura da entidade. Na tentativa de adequar a entidade às necessidades de seus associados e de impulsionar seu crescimento político, o estatuto da ABEN de 1926/1995 passou por sete reformulações. Em 1975, destaca-se a inclusão dos técnicos de enfermagem no quadro de sócios e, em 1976, em Assembléia de Delegados extraordinária, realizada no XXVIII ABEN, deliberou-se sobre a criação do sócio especial para incluir os estudantes do último ano do curso de graduação.

Os estatutos da ABEN foram aprovados em 1945, quando foi autorizada a criação de Seções Estaduais nos Estados onde houvesse, inicialmente, sete enfermeiras diplomadas, (dez após 1955), além das Coordenadorias de Comissões. O Decreto nº 31.416/52 de 1952 considerou a ABEN uma Associação de Utilidade Pública. Sua sede encontra-se atualmente em Brasília e seu funcionamento é organizado em Seções presentes nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios.

Dentre suas principais finalidades, destacam-se a responsabilidade de promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos profissionais da enfermagem e promover a integração das entidades representativas da Enfermagem em busca da proteção dos direitos e interesses da profissão. Além disso, a entidade busca reunir os enfermeiros e técnicos em enfermagem e propiciar o fortalecimento dos ideais de união e solidariedade entre as classes.

A ABEN é composta por órgãos com jurisdição nacional, dentre eles, a Assembleia de Delegados, o Conselho Nacional da ABEN (CONABEN), a Diretoria Central e o Conselho Fiscal. Entre as medidas adotadas para o fortalecimento dos profissionais de enfermagem destaca-se o Congresso Brasileiro de Enfermagem, que é realizado anualmente para promover a integração dos enfermeiros no país, bem como o compartilhamento de informações.

Para Oliveira (1997, p. 193),

A partir das resoluções e recomendações dos Congressos, foram implementadas inúmeras ações de enfermagem. Observa-se que por muito tempo as recomendações dos Congressos voltavam-se principalmente para questões internas e dirigidas às escolas, modificando-se a partir da

interferência dos movimentos sociais e das novas perspectivas da enfermagem.

Em 1930, com o Decreto nº 20.109, foi regulado o exercício da enfermagem no país e criado o periódico Anais da Enfermagem, atual Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). A Revista Brasileira de Enfermagem é um órgão oficial, publicado a cada dois meses, em que são abordados assuntos referentes à saúde e ao fortalecimento da profissão enquanto ciência.

De acordo com Santos (2013, p. 166),

A Revista Brasileira de Enfermagem representa o primeiro espaço intelectual, no Brasil, em que as enfermeiras puderam socializar o conhecimento. Tal iniciativa constituiu indicador concreto de que a Enfermagem brasileira já havia acumulado, à época, certo volume de experiências e reflexões sobre sua prática, as quais seriam divulgadas por enfermeiras dotadas de capital de poder científico, representadas por aquelas que atuavam em instituição de ensino, em cargos de direção de serviço e instituição e a direção da própria revista; ou seja, enfermeiras reconhecidas como porta-vozes autorizadas e competentes para se manifestar em espaços públicos.

Adiante, em 1932, o Decreto nº 20.931 estabeleceu regras de fiscalização de diversas profissões, dentre elas, a enfermagem. No ano de 1955 foi revogado o Decreto nº 20.109 pela Lei nº. 2.604, que passou a regular o exercício profissional da enfermagem. Tal lei foi posteriormente regulamentada pelo Decreto nº. 50.387, em 1961.

3.1.1 Influência na profissionalização e no desenvolvimento da Enfermagem e do Ensino Universitário no Brasil

A ABEN, desde sua criação se dedica às questões da educação em enfermagem, a partir de esforços conjuntos com as instituições de ensino e os órgãos governamentais responsáveis pelas diretrizes da formação de profissionais da área da saúde, como os Ministérios da Saúde e da Educação.

Desde seu primeiro estatuto, de 1929, a ABEN preocupa-se com a educação de enfermeiras e melhoria das escolas de enfermagem, promovendo cursos de aperfeiçoamento por todo o país e articulando para que o ensino da enfermagem fosse reconhecido pela Lei, para garantia e valorização da profissão (VALE e FERNANDES, 2006, p. 418).

Após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, pela Lei 4.024/1961, a ABEN foi responsável por apresentar uma nova proposta de currículo ao Conselho Federal, que atendesse as demandas da classe profissional. Em 1962 o Conselho de Educação elaborou o Parecer 271/62, com o novo currículo mínimo do curso de Enfermagem. Tais propostas, no entanto, não foram efetivadas e diversos pontos críticos permaneceram no

currículo, como a exclusão das disciplinas Saúde Pública e Ciências Sociais e a manutenção da graduação em três anos.

A esfera social do cuidado com a saúde foi preterida diante da concepção do homem como um ser físico e biológico, e alguns aspectos não recebiam ênfase no currículo questionado, como a assistência curativa para os doentes hospitalizados. A insatisfação das enfermeiras e suas reivindicações foram fundamentais para a reformulação dos princípios da formação profissional da enfermagem.

A Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68) teve reflexos nas Escolas de Enfermagem em razão de sua atuação conjunta com a ABEN, que propôs a revisão do currículo, que foi formalizado em 1972 com o Parecer 163/72 e a Resolução do CFE 04/72. A nova estrutura abrangia ciências básicas e disciplinas e habilitações específicas para o curso de graduação, inclusive de Licenciatura em Enfermagem.

A ABEN, com a participação de docentes e discentes e das Diretorias de Educação das Escolas de Enfermagem, foi responsável por dar continuidade às discussões acerca do currículo e das práticas de enfermagem, oferecendo subsídios para que o Conselho Federal de Educação formalizasse um novo currículo mínimo em 1994, através do Parecer 314, regulamentado pela Portaria nº 1721/94 do Ministério da Educação.

O artigo 53 da LDB (9.394/96) estabeleceu o MEC como responsável por fixar os currículos dos seus cursos e programas e apresentar propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais. Neste cenário a ABEN desempenhou um importante papel na redefinição do processo de formação dos enfermeiros, buscando promover um ensino qualificado capaz de preparar profissionais para contribuírem efetivamente com o desenvolvimento social do país (VALE e FERNANDES, 2006, p. 419).

A defesa de uma metodologia prática padronizada e de atendimento qualificado pelos enfermeiros nas unidades de saúde, desde o diagnóstico dos pacientes até a administração dos cuidados, levou à Resolução nº. 272/2002 do COFEN, que em seu artigo segundo determinou a obrigação da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde, públicas e privadas.

Conforme a teoria proposta pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta, as manifestações e alterações apresentadas pelos pacientes, a partir de sinais e sintomas, são os principais problemas da enfermagem, que deve pautar seu cuidado profissional nas necessidades humanas básicas. Horta defendia que a enfermagem não poderia ser exercida enquanto ciência sem que possuísse uma filosofia particular, cujo objeto é o ser humano.

O processo de enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados que enfoca a obtenção de resultados desejados de maneira rentável. O método possui cinco passos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É humanizado, pois à medida que planejamos e proporcionamos cuidados devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde. É possível afirmar que o processo de enfermagem é o instrumento que ajuda o enfermeiro a tomar decisões e planejar a assistência de enfermagem com a finalidade de propiciar condições para que o cliente integre-se à sua comunidade em sua plenitude (In: REVISTA DO COREN-SP, 2005).

O planejamento da assistência é exigido desde 1986, com a promulgação da Lei do Exercício Profissional nº. 7.498, em seu artigo 11, alínea “c”, que estabelece que ao enfermeiro cabe privativamente o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constituiu uma ferramenta para consolidação da enfermagem enquanto ciência, de sua autonomia e independência enquanto atividade profissional, com um processo baseado em princípios científicos. Assim, de acordo com Miranda (2005), a (SAE) pode ser dividida em etapas.

A primeira etapa consiste na identificação do histórico de enfermagem, que corresponde à coleta de informações através de entrevista com o paciente ou alguém da família ou da comunidade capaz de fornecer dados sobre sua situação de saúde, e na realização de um exame físico satisfatório, através de conhecimentos teóricos e habilidades e técnicas específicas e apropriadas.

A segunda etapa é a realização do diagnóstico de enfermagem, que é um julgamento clínico a partir das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade e dos problemas detectados, para que seja feita uma seleção das medidas de enfermagem a serem adotadas para obtenção dos resultados esperados.

Na terceira etapa acontece a prescrição de enfermagem, quando o enfermeiro escolhe as medidas adequadas e presta assistência de forma individualizada e continua ao paciente, além das ações voltadas para a prevenção e proteção da saúde da coletividade.

A quarta e última etapa corresponde à evolução de enfermagem, momento em que é informado pelo enfermeiro o resultado das medidas implantadas através de registros em que constam a avaliação geral do paciente e o planejamento da assistência prestada.

De acordo com a Revista do COREN-SP, publicada em 2005, a SAE tem o objetivo de promover a comunicação entre os profissionais, direcionar as ações no cuidado com pacientes e criar um registro de documentação para posterior utilização em avaliações, pesquisas, processos civis, administrativos ou criminais e fornecer informações sobre as necessidades de políticas públicas.

A implantação dos cuidados de forma padronizada pela SAE tem grande papel na transformação dos padrões e valores da enfermagem, e contribui para a evolução das práticas profissionais e da conscientização da influência desta atividade no ambiente e para a sociedade em geral, fatores indispensáveis para sua valorização na área da saúde.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), por meio da Resolução CNE/CES 11/2011, também foi marcada pelos questionamentos da ABEN, que atuou de forma a viabilizar a implantação das diretrizes nos cursos de enfermagem do país, através do “Programa de Sustentabilidade para Implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem”.

O programa teve por objetivo potencializar as discussões originadas nas escolas e cursos de enfermagem, em um esforço conjunto para a transformação do modelo de formação dos enfermeiros, produção de conhecimentos e prestação de serviços.

Esse Programa teve como eixos estruturantes: capacitação dos sujeitos e dos processos, com base na abordagem crítica das competências e da promoção em saúde, impulsionadoras de mudanças político-pedagógicas na formação das(os) enfermeiras(os); construção de sujeitos coletivos nos espaços institucionais e dos movimentos sociais, para atuação crítico-propositiva na implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem; discussão de concepções e propostas de avaliação, entendida como estratégia de regulação do desenvolvimento político, institucional e da aprendizagem individual; discussão de proposições pactuadas sobre a regulação e regulamentação da prática social de enfermagem, frente aos impactos estimulados pelo paradigma da promoção/integralidade em saúde, as transformações no processo de produção de serviços e a necessária ampliação e diversificação do elenco de competências da enfermagem e da(o) enfermeira(o) (VALE e FERNANDES, 2006, p. 421).

O Programa de Sustentabilidade promoveu, ainda, diversos eventos, encontros e publicações com reflexões e propostas para a melhoria das instituições de formação e da própria prática profissional, como os Fóruns de Escolas de Enfermagem, seminários com ênfase na discussão de projetos pedagógicos, avaliação educacional e estratégias de capacitação profissional.

Assim, percebe-se a relevância da ABEN no processo de melhoria da formação do enfermeiro e, conseqüentemente, promoção da valorização do profissional e da enfermagem, com uma atuação voltada para o fortalecimento da classe e a difusão de conhecimento e medidas de aperfeiçoamento das práticas de saúde exercidas pelos enfermeiros.

Os sistemas COFEN e os CORENs, por sua vez, foram criados em 1973 pela Lei 5.905, seguida pela Lei nº. 7.498 de 1986, que é a atual lei regulamentadora do exercício da

enfermagem no país. A referida Lei foi regulamentada pelo Decreto nº. 94.406 em 1987, mesmo ano em que foi criada a Federação Nacional dos Enfermeiros.

Os Conselhos são órgãos disciplinadores do exercício da profissão dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e são autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Cada Estado possui um Conselho Regional subordinado ao Conselho Federal, o qual tem sede no Rio de Janeiro e escritório Federal em Brasília.

A direção dos Conselhos Regionais de Enfermagem é exercida pelos inscritos selecionados por meio de eleição, com mandato dos membros com duração de três anos, permitida uma única reeleição. O Plenário do Conselho Federal, por sua vez, é formado pelos profissionais eleitos pelos Presidentes dos Conselhos Regionais.

Quanto à sua receita, a manutenção dos Conselhos é viabilizada por meio da arrecadação de anuidades, doações, taxas por serviços prestados, dentre outras formas de cobrança aos profissionais inscritos. Tais entidades são públicas de direito privado e sua principal finalidade é garantir a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem, o respeito ao Código de Ética e o Cumprimento da Lei do Exercício Profissional. O sistema COFEN/CORENs é filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra e é dividido entre as funções disciplinares normativas, corretivas e fiscalizatórias.

Dentre as competências do COFEN está a responsabilidade de normatizar e expedir instruções para uniformizar os procedimentos e garantir o bom funcionamento dos Conselhos Regionais, esclarecer as dúvidas dos COREN(s) e apreciar suas decisões, aprovar a proposta orçamentária da autarquia, promover o aperfeiçoamento profissional e exercer as atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Aos CORENs cabe deliberar sobre as inscrições no conselho e assuntos referentes à identidade profissional. Os Conselhos possuem, atualmente (janeiro/2019), 2.129.987 profissionais inscritos no país, entre enfermeiros, auxiliares, técnicos e obstetrites, conforme o Quadro 1:

Quadro 1: Profissionais de Enfermagem inscritos nos Conselhos Regionais (jan/2019)

UF	Auxiliares	Técnicos	Enfermeiros	Obstetizes	Total
AC	626	4.886	2.276	0	7.788
AL	5.213	12.859	6.413	0	24.485
AM	3.338	30.150	9.901	0	43.389
AP	917	9.587	2.070	0	12.574
BA	13.803	75.766	34.968	1	124.538
CE	17.544	39.690	21.291	0	78.525
DF	3.174	32.745	13.065	0	48.984
ES	4.009	26.887	8.665	0	39.561
GO	4.992	36.416	15.039	0	56.447
MA	4.065	35.302	12.910	0	52.277
MG	21.515	110.234	47.230	1	178.980
MS	3.303	13.079	6.730	1	23.113
MT	2.618	16.537	8.630	0	27.785
PA	8.146	48.112	12.139	0	68.397
PB	3.808	22.420	12.542	1	38.771
PE	13.114	62.671	23.369	0	99.154
PI	5.828	19.077	9.557	0	34.462
PR	22.707	50.207	24.793	0	97.707
RJ	49.557	166.005	52.459	2	268.023
RN	5.856	20.342	8.592	0	34.790
RO	2.835	9.810	3.714	1	16.360
RR	1.381	5.071	1.546	0	7.998
RS	12.768	85.414	25.048	0	123.230
SC	6.085	37.924	14.371	1	58.381
SE	6.469	10.152	5.309	0	21.930
SP	194.941	202.090	127.566	252	524.849
TO	969	11.382	5.138	0	17.489
GERAL	419.581	1.194.815	515.331	260	2.129.987

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Cofen. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 20/02/2019.

Além disso, a ele compete fiscalizar o exercício profissional, observando-se as normas do COFEN, fiscalizar e decidir sobre o código de Ética Profissional e a imposição de penalidades, elaborar proposta orçamentária anual para aprovação do COFEN, propor medidas de melhoria da profissão e exercer as atribuições conferidas por lei ou pelo COFEN.

A fiscalização do exercício profissional dos enfermeiros é realizada de acordo com normas baixadas por Resoluções do COFEN e é dividida em áreas de disciplina. A área disciplinar normativa estabelece critérios de orientação para o exercício da profissão, além da prática de enfermagem em empresas e consultórios. Já a área disciplinar corretiva é

responsável pela instauração de processos quando ocorrem infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem por parte dos inscritos, bem como quando se instauram processos administrativos contra empresas, podendo, nesses casos, proceder à aplicação das penalidades cabíveis.

Quanto à área fiscalizadora, trata-se da realização de procedimentos para prevenir as infrações contra a regulamentação da profissão, englobando a inspeção e o exame das atividades de enfermeiros em locais públicos e privados para verificação de irregularidades e infrações, para que sejam corrigidos ou encaminhados ao COREN para instauração dos processos cabíveis.

Com isso, os órgãos regulamentadores de enfermagem não invadem a área de atuação de outros órgãos. Condições sanitárias, de trabalho, bem como de formação educacional, são de competência de Ministérios e Secretarias específicas (Saúde e Educação). No momento atual, as entidades de enfermagem, dentro de suas atribuições, atuam em conjunto para o fortalecimento da categoria.

Os enfermeiros têm o direito e o dever de planejar a assistência e o cuidado organizado, sistematizado e holístico dos pacientes com base no processo de enfermagem definido pelos órgãos regulamentadores. Tais prerrogativas auxiliam na operacionalização e na implantação de medidas capazes de aumentar a qualidade e a efetividade de sua atuação na área da saúde de modo a integrar conhecimento prático e científico na formação de profissionais qualificados e competentes.

3.2 O ENSINO NAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Esta seção analisou a evolução dos currículos dos cursos de enfermagem ao longo da formação dos profissionais de nível superior, considerando-se o panorama em que a enfermagem se desenvolveu no Brasil. O ensino de enfermagem passou por várias fases ao longo dos anos, sempre relacionado ao contexto histórico da sociedade brasileira.

3.2.1 Teorias educacionais, alterações no currículo e configuração atual

O período entre 1890 a 1950 foi marcado por vários acontecimentos relevantes para a estruturação da enfermagem como a conhecemos na atualidade. Conforme Medeiros, Tipple e Munari (1999),

Discutir esta temática despertou-nos para questões bastante abrangentes, na medida em que os fatos em si, articulam-se no conjunto dos movimentos sociais no Brasil durante esta fase de sua história em particular. Portanto, partimos do pressuposto de que fatos não acontecem de maneira linear e isolados, mas inseridos em um contexto social, político e econômico, resgatamos na história, elementos que direta ou indiretamente estejam relacionados com acontecimentos relevantes no ensino da enfermagem (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999, online).

No currículo instituído quando da criação oficial da primeira Escola de Enfermagem Brasileira, pelo Decreto 791/1890, cujo fim era o de preparar profissionais para atuação no Hospício Nacional de Alienados, o ensino de enfermagem abrangia obrigatoriamente disciplinas como propedêutica clínica, anatomia, psicologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais e aplicações balneoterapias, administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias.

A primeira configuração curricular, que exigia oito horas diárias de trabalho nos hospitais, era um reflexo da quantidade reduzida de profissionais da época e da necessidade de mão de obra. Além disso, os estudantes eram admitidos imediatamente após o término do curso nos hospitais, os quais permaneceram por muitos anos como o ambiente de trabalho predominante dos enfermeiros.

Conforme Vale e Guedes (2004, p. 477):

O que percebemos na formação para o trabalho é o preparo, quase que exclusivo, para desempenhar funções/tarefas específicas e operacionais. Esta modalidade de formação está fundamentada em uma concepção comportamental rígida, que preconiza que o processo ensino-aprendizagem das tarefas/habilidades deve ocorrer em uma seqüência lógica, objetiva e operacional, enfatizando os aspectos técnico-operacionais em detrimento de sua fundamentação mais teórica e ampla.

A necessidade de atendimento nos hospitais psiquiátricos da época predominou sobre a verdadeira ciência do cuidado por muitos anos, e o currículo veio a ser rediscutido apenas no século seguinte, em 1905. Na época, devido a dificuldades enfrentadas pela Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), como ausência de recursos próprios, de apoio político e falta absoluta de enfermeiras e enfermeiros, o professor Afrânio Peixoto, diretor da escola, a (re) inaugura com uma nova grade curricular.

O curso se manteve em dois anos, preparando enfermeiros de ambos os sexos para trabalhar em hospícios e hospitais civis e militares. O currículo foi elaborado dividindo-se o ensino de enfermagem entre: curativos e pequenas cirurgias; higiene oral e tratamento aos alienados; cuidados e tratamentos aos alienados; prática administrativa e disciplinar; farmácia e administração de medicamentos; anatomia e fisiologia.

O ensino sofreu influência do processo político da época, em que as legislações eram dúbias e as funções e competências da União e do Estado não estavam bem definidas. Nesse período, o Rio de Janeiro sofria com endemias e epidemias que afetavam diretamente a economia do país, razão pela qual Oswaldo Cruz e sua equipe ampliaram seus poderes sobre o conjunto da sociedade a fim de modificar as legislações, dispensando atenção ao problema da febre amarela e da falta de controle sanitário.

Vale ressaltar que o Hospital dos Alienados não estava preparado para atender a esse tipo de demanda, pois o governo não contava com nenhum profissional qualificado no setor. Assim, a escola funcionou com grande dificuldade até 1920, diplomando a primeira turma, com poucos alunos, em 1921, pois, devido às exigências curriculares e à sua complexidade, grande parte dos alunos desistia antes do término do curso.

Nesse cenário, marcado pela necessidade urgente de controle sanitário e de profissionais capazes de combater as doenças transmissíveis e as epidemias da época, foi criada em 1922 a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, posteriormente denominada Escola Ana Néri, pelo Decreto 15.799/22. Essa escola seguia o formato das escolas americanas e marcou o início do ensino da enfermagem no Brasil sob a direção do sanitarista Carlos Chagas.

O ensino sistematizado da Enfermagem Moderna tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condições necessárias à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias. Essa capacitação estava a cargo de enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller, enviadas ao Brasil com o intuito de organizar o serviço de enfermagem de saúde pública e dirigir uma escola de enfermagem (ITO et. al., 2006, p. 571).

A Escola Ana Néri foi decretada em 1931 pela Presidência da República a escola oficial padrão para todo o país (Decreto 20.190/31). Em seu currículo havia a predominância de disciplinas correlatas à enfermagem preventiva, seguindo seu objetivo de formar enfermeiras votadas para a saúde pública.

A legislação sobre o ensino de enfermagem e a criação da Escola Ana Nery, compreendendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revelam que a formação do enfermeiro era centrada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar no pólo indivíduo/doença/cura, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época. (ITO et. al, 2006, p. 571)

Entretanto, o modelo de saúde pública não ficou atrelado ao perfil do enfermeiro, mas, sim, ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa. Essa afirmação se concretiza no currículo que evidencia o modelo medico/hospitalar no ensino de graduação.

A Escola de Enfermagem Ana Nery redimensionou o modelo da enfermagem profissional no Brasil. Ao selecionar para seus quadros moças de camadas sociais mais elevadas, com o apoio de uma política interessada em fomentar o desenvolvimento da profissão em seu próprio benefício, atendeu diretamente ao projeto estabelecido pela esfera dominante passando a ser reconhecida como padrão de referência para as demais escolas (GOVANINNI, 2005, p. 34).

É importante destacar a criação da ABEN, cujas comissões foram de grande relevância no desenvolvimento da educação e da legislação da enfermagem nesta época. Conforme Medeiros, Tipple e Munari (1999, online), “na primeira metade do século, a Associação Brasileira de Enfermagem desempenhou importante papel no desenvolvimento do ensino da enfermagem na medida em que a qualidade deste é posta em discussão”.

Por meio da coordenação da ABEN, diversas mudanças surgiram como resultado de extensos debates entre docentes, estudantes, enfermeiros e outros profissionais no que se refere à elaboração e consolidação dos currículos básicos das escolas superiores de formação de enfermeiros. A participação coletiva foi, portanto, um fator indispensável para que fossem conseguidos os avanços obtidos pela classe, propiciando um grande desenvolvimento da educação e a articulação de políticas voltadas para o ensino da enfermagem no Brasil, sempre em consonância com as necessidades da época.

Nesse sentido, Ito et. al. (2006, p. 570) afirmam que:

Os fatos relatados mostram que as mudanças curriculares, no ensino de enfermagem no Brasil, tiveram historicamente a preocupação com a adequação da formação do enfermeiro aos interesses do mercado de trabalho. Entretanto, o desafio na formação precisa transpor o foco desses interesses e inserir efetivamente o futuro enfermeiro no sistema de saúde, comprometido com as transformações exigidas pelo exercício da cidadania.

O currículo do ensino de enfermagem em um primeiro momento previa aulas teóricas três vezes por semana e visitas às enfermarias sob fiscalização médica. As matrículas podiam ser feitas por maiores de 18 anos, capazes de ler e escrever, que conhecessem aritmética elementar e apresentassem atestado de bons costumes. A duração do curso era de, no mínimo, dois anos.

Diante desses fatos, percebe-se que a mão de obra nos primórdios do exercício da enfermagem era considerada precária em virtude da não profissionalização, o que foi substituído gradativamente pela visão positiva gerada pela expansão das escolas de enfermagem, a partir da década de 30, e pela criação dos primeiros cursos de auxiliares de enfermagem, em 1936.

Em 1945 foi criada a Divisão de Ensino de Enfermagem, posteriormente denominada Divisão de Educação, que tinha por objeto a organização do currículo mínimo e a disposição sobre estágios e normas para formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem (CARVALHO, 1976).

Dentre as principais características do currículo oficial padrão instituído constava a determinação de que o curso teria dois anos e quatro meses de duração e seria dividido em cinco fases, das quais a última seria reservada à especialização em Enfermagem Clínica e Saúde Pública. O Diploma da Escola Normal era exigido como requisito mínimo para matrícula na escola, podendo sua falta ser suprida por provas que atestassem a capacitação do candidato para o curso (CARVALHO, 1972)

Além disso foi instituído um período probatório de quatro meses, durante os quais eram ministradas apenas aulas teóricas, sendo exigidas oito horas diárias de trabalho no hospital, com o oferecimento de residência para mulheres, duas folgas parciais por semana e uma remuneração mensal, conforme o modelo norte-americano. Na realidade do Brasil, entretanto, a formação precária das mulheres, à época, limitava ainda mais o acesso à educação, o que causou o lento desenvolvimento do ensino da enfermagem nos primeiros anos (ALCÂNTARA, 1963).

A construção da autonomia profissional do enfermeiro é uma tarefa laboriosa e antiga que encontra explicações na sociedade patriarcal, onde a mulher era considerada como um ser de fácil dominação. A prática do cuidado era realizada sem prestígio e o saber assistencial no ambiente hospitalar pertencia aos homens que exerciam a hegemonia médica. Desse modo, a profissão da enfermagem emerge como subalterna e caracterizada pela heteronomia, isto é pelo domínio das ações por leis externas à pessoa (PRZENYCZKA et. al., 2012, p. 428).

A Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, inaugurada em 1939, foi a primeira escola de nível superior a apresentar um currículo inovador ao impor uma carga horária de 5.198 horas de curso, com duração de dois anos e quatro meses e uma carga horária de estágio de 3.016 horas, superior até mesmo à exigida nos dias atuais.

Nesse formato, estavam incluídos os estudos, por quatro meses, das disciplinas consideradas preliminares, quais sejam: Anatomia, Bacteriologia, Nutrição, Técnica de Enfermagem, Drogas, Higiene Individual, Química Aplicada, História da Enfermagem, Ética, Ginástica, Ataduras e Estágio prático em hospital. Entre as disciplinas do primeiro ano, estão: Patologia Geral, Patologia Interna e Externa, Enfermagem em Patologia Externa, Enfermagem em Patologia Interna, Matéria Médica, Higiene Mental, Dietética, Ginástica, Massagem e Estágio Prático em Hospital. Já as disciplinas do segundo ano eram: Doenças

Infecção contagiosas, Enfermagem em Doenças Infecção contagiosas, Obstetrícia Normal, Enfermagem Obstétrica, Pediatria, Ginecologia, Técnica de Sala Operatória, Ginástica e Estágio Prático em Hospital.

De 1949 até 1961, as escolas não detinham status de nível superior, pois ofereciam atividades técnicas consideradas incompatíveis com o sistema de ensino intelectualista adotado na época, além da essência predominantemente feminina da profissão. Sua consolidação como profissão de nível universitário deu-se a partir de 1962, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), quando passou a fazer parte do sistema educacional.

Ainda neste contexto histórico do ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que, em virtude da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, há inovações e mudanças na educação nacional, onde é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso (ITO et. al, 2006, p. 571).

O currículo adotado em 1949 priorizava o ensino de ciências psicossociais e o ensino clínico em detrimento das extensivas horas de prática exigidas até então. Esse currículo foi pensado para atender o mercado de trabalho, em decorrência das mudanças no cenário da saúde. A partir da década de 50 intensificaram-se os movimentos liderados pelas escolas e pela ABEN para a criação da legislação regulamentadora do exercício da profissão como uma função estruturada que garantisse status profissional aos enfermeiros.

A evolução técnica e científica das décadas de 40 e 50 levou a uma grande transformação das práticas hospitalares, com a utilização de equipamentos mais modernos e ferramentas que facilitavam o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças. Tais inovações passaram a exigir, por sua vez, profissionais capacitados e técnicos, sendo essa necessidade refletida na legislação da época no que tange ao exercício da profissão.

Um novo currículo do ensino da enfermagem começou a ser organizado em 1948, com o Projeto de Lei 92-A/48, mais adequado às necessidades do Brasil e das enfermeiras brasileiras. Esse projeto deu origem à Lei Federal nº 775/1949, que regulamentava o ensino da enfermagem no país e determinava a exigência de um nível de escolaridade mais alto para os candidatos ao curso de enfermagem, além de outras disposições.

Nesse período foi revogada a exigência de equiparação das novas escolas à escola padrão, e o estabelecimento das diretrizes do curso de enfermagem tornou-se de responsabilidade da Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde. O ensino de enfermagem passou, então, a abranger os cursos de Enfermagem, com 36 meses de

duração, e o de Auxiliar de Enfermagem, com 18 meses de duração. Essa lei determinou, ainda, o término do ensino secundário como exigência para o ingresso no ensino superior de enfermagem. Essa disposição que foi prorrogada por duas vezes, o que levou o requisito a ser exigido efetivamente apenas em 1961.

Com a aprovação do Decreto nº 24.426/1949, o primeiro currículo padrão para o curso foi reformulado, da mesma forma como ocorreu em 1923 com a Escola Ana Néri. O novo currículo, no entanto, foi considerado pouco inovador na medida em que “prevalece a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que tolham a criatividade das alunas e com a centralização no estado da doença e não do doente” (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995, p. 74).

Tal formação deve, entre outros aspectos, proporcionar ao estudante o conhecimento da realidade local e global, do perfil da saúde da comunidade, das necessidades de atenção individual e coletiva, incentivar o compromisso com a cidadania e a responsabilidade social, bem como o respeito às diferenças de qualquer natureza e a busca pela autonomia da profissão.

Após a alteração curricular, no entanto, não houve mudança realmente significativa das disciplinas na medida em que o novo currículo continuava priorizando uma abordagem preventiva e a formação do enfermeiro continuava a ser voltada para a atuação no ambiente hospitalar.

Em 1962 foi emitido o Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação (CFE), que aprovou o currículo mínimo exigido aos cursos de enfermagem com duração de três anos e acrescido de um ano optativo voltado para especializações. Com essa alteração ocorreu, por exemplo, a eliminação do estudo da Saúde Pública do curso básico e a inclusão de matérias de administração.

Com o Parecer 271/62 do CFE houve uma nova mudança no ensino da enfermagem, que representou uma verdadeira alteração nos rumos das escolas profissionalizantes no Brasil. Em um novo contexto, marcado pela privatização da saúde, expansão do capitalismo e surgimento de um novo cenário político, não havia o interesse em privilegiar as disciplinas da área preventiva, mas, sim, a criação de clínicas especializadas de caráter curativo.

Assim, foram incluídas no novo currículo as disciplinas de Fundamentos Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História da Enfermagem e Administração.

A disciplina Saúde Pública, por sua vez, deixou de fazer parte do currículo mínimo das escolas de enfermagem, acompanhada, inclusive, de uma diminuição do orçamento do Ministério da Saúde (CORDEIRO, 1980), passando a ser considerada optativa dentro dos cursos de especialização.

O golpe militar que se instalou no país em 1964 e seus desdobramentos levaram, posteriormente, à Reforma Universitária, que culminou na criação, pelo CFE, da Lei nº 5.540/68, do Parecer 163/72 e da Resolução 4/72. Os reflexos desses documentos no ensino na enfermagem, no entanto, não trouxeram grandes modificações estruturais no currículo, reforçando a tendência do cuidado curativo em substituição ao cuidado preventivo e à atenção aos problemas básicos de saúde.

Houve, em contrapartida, um grande aumento no número de vagas oferecidas, o que contribuiu para o crescimento da enfermagem enquanto profissão, além da implantação dos cursos de pós-graduação *lato-sensu* que impulsionou a realização de pesquisas científicas e diminuiu a subordinação da enfermagem às faculdades de medicina.

Esse currículo não foi, entretanto, considerado suficiente pelos profissionais e docentes, tampouco pela ABEN, de modo que se iniciaram as movimentações para o aumento dos anos letivos e da melhoria da educação em enfermagem. Em 1972, com a aprovação do Parecer 163/72 do CFE, foi fixado um novo currículo mínimo que contemplava um ciclo básico e a possibilidade de três diferentes especializações.

A Lei 7498/86, por sua vez, dividiu o exercício da enfermagem em quatro cargos, com a categoria de enfermeiro, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem (atualmente, em extinção) e parteiras, tendo sido a todos os profissionais determinado um prazo máximo de dez anos para regularizar sua situação junto ao Conselho Federal e Enfermagem.

Cabe ressaltar que a existência de várias categorias e a divisão do trabalho na Enfermagem dificulta o seu reconhecimento social, uma vez que os usuários dos serviços de saúde, por desconhecerem a existência dessa divisão hierárquica, tendem a confundir seus agentes (GEOVANINI et. al, 1995, p. 38).

A formação voltada para o atendimento em clínicas especializadas foi validada pelos Ministérios da Saúde e da Educação e teve a cooperação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) com a criação de Programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que capacitaram milhares de profissionais.

Na década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitarista, novas ações foram adotadas no que diz respeito à formação em enfermagem, alcançando o nível superior e

também o nível médio. Esse momento é marcado pelo aumento da produção teórica na área da saúde, abrangendo o aspecto social e antropológico das doenças, com crítica à teoria biologista e adoção de uma perspectiva interdisciplinar no tratamento e oferecimento de condições de saúde.

O XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), no ano de 1979, deu força ao movimento de oposição interna na ABEN, provocando discussões sobre a relação entre capitalismo e saúde como fatores determinantes para a atuação do enfermeiro (GERMANO, 1985).

Conforme Fernandes (1985),

Essa situação reflete-se também nos currículos das escolas de enfermagem, que, concentrando uma densa carga horária nas disciplinas do campo da assistência curativa, favorece a formação do enfermeiro para uma assistência sofisticada centrada no âmbito hospitalar, atendendo plenamente às exigências do complexo médico-industrial. A prática de enfermagem passa, portanto, a ser ordenada também pela lógica e exigências do capital, assumindo papel de destaque no âmbito do econômico (FERNANDES, 1985, p. 44).

O evento contou com uma programação voltada à educação, com o debate nomeado “Marco Conceitual e Estrutural do Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem”, que deu início às discussões que culminaram em mudanças significativas no ensino da profissão do Brasil. Nesse período intensificaram-se os movimentos sociais de redemocratização e pela reforma na prática profissional da Enfermagem, em virtude dos anseios por uma nova direção intelectual, política e moral na entidade representativa da Classe.

Nesse sentido, a ABEN posicionou-se do seguinte modo:

Consciente da necessidade de colaborar com eficiência da campanha desenvolvimentista do país, a Associação prepara-se para atuar, no campo da enfermagem, como uma força propulsora de progresso e de desenvolvimento. Deseja e está pronta a cooperar com o governo nas esferas federal, estadual e municipal, nos trabalhos de construção de um sistema assistencial aperfeiçoado e mais humano (CARVALHO, 1976, p. 26).

O Movimento Participação surgiu, nesse contexto, com o objetivo de contribuir com a Reforma Sanitária, o que impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi articulado por uma parcela de enfermeiros e outros profissionais a fim de promover mudanças nas condições de vida da população carente e na realidade social.

Dentre suas prioridades estavam a reformulação do ensino da enfermagem com a criação de novas diretrizes na educação e a adoção de conteúdos que viabilizassem a formação crítica e social dos estudantes, com a inclusão do ensino da saúde pública no

currículo básico. A reforma buscava, assim, atingir a prática dos serviços de saúde e o desenvolvimento científico e político da profissão (MOURA, 1997).

Os problemas econômicos, sociais e políticos vividos pela área da saúde pautaram os debates sobre a instituição do Sistema SUS, para o qual seria atribuída a responsabilidade de planejar e executar as políticas nacionais de saúde. Também, a partir do Movimento Participação, a direção e a Comissão de Educação da ABEN lutaram pela consolidação da proposta de um novo currículo para a enfermagem, em nível médio, superior e de pós-graduação.

O novo currículo, conforme proposto pelo Movimento, representou uma soma de esforços coletivos de diversos setores em prol da democracia e do fortalecimento da profissão. O projeto político-pedagógico foi, portanto, desenvolvido com a contribuição de escolas, professores, profissionais de serviços de saúde e diversas entidades do setor.

Nessa fase, percebe-se a posição adotada pela ABEN, fator determinante para a nova concepção da enfermagem no que se refere às políticas educacionais de saúde, ética e profissionalização dos enfermeiros, o que levou ao crescimento da produção intelectual nessa área.

Os aspectos práticos do exercício da profissão, as condições precárias de trabalho, a desqualificação e a desvalorização dos enfermeiros passaram a ser vistos como consequências diretas dos problemas de formação dos estudantes, de modo que os questionamentos dos profissionais, alunos e órgãos voltaram-se à necessidade de reforma dos currículos mínimos e de criação de estratégias capazes de preparar profissionais qualificados para o mercado de trabalho.

Conforme a coordenadoria da Comissão de Educação da ABEN, em comunicado publicado pela REBEN em 1988,

O projeto de educação em enfermagem não significa apenas a montagem de novo currículo mínimo, novas metodologias; significa também conhecer as finalidades educacionais, as estruturas da sociedade e significa compreender a divisão técnica e social do trabalho na enfermagem, e a especificidade no trabalho de cada um dos níveis de formação. Ao lado disso e no mesmo nível de importância, esse projeto deve enfrentar o desafio da profissionalização do nível elementar, ultrapassar a dimensão técnica do ensino para outra de maior abrangência, ou seja, a dimensão técnico/política, considerar também a questão da mulher e, acima de tudo, superar a neutralidade da educação e assumi-la como um ato político (RODRIGUES, 1988, p. 5).

Dentre as estratégias propostas para a melhoria da formação constavam mudanças referentes à organização dos serviços, à democratização do acesso, à adoção de ferramentas interdisciplinares que englobassem teoria e prática e à parceria com entidades relacionadas

com o setor. Além disso, a reformulação curricular deveria ser pautada na integração entre disciplinas de ciências humanas, administração da assistência e educação, devendo as políticas de formação capacitar profissionais para atuação em todos os níveis da enfermagem.

A proposta de reformulação do currículo mínimo com fundamentos nas discussões generalizadas que englobavam aspectos sanitários e epidemiológicos, políticos e sociais, bem como de organização dos serviços de saúde e das práticas no exercício da enfermagem, foi encaminhada em 1991 e deu origem ao Parecer 314/94 (CHISTÓFARO, 1991).

Dentre as mudanças destacavam-se o aumento da carga horária, a redistribuição dos conteúdos de ciências humanas e biológicas, o incentivo ao compromisso com a sociedade e a extinção das habilitações. A carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, dentre as quais 500 horas deveriam ser destinadas à realização de estágio por, no mínimo, dois semestres letivos, sob a supervisão dos professores, ainda que a distância, desde que apoiada por um projeto de integração docente-assistencial.

As medidas buscavam um aumento na participação dos estudantes nos serviços de saúde e tornaram obrigatórias disciplinas das quatro áreas temáticas, quais sejam: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem (BRASIL, 1994).

Os estudos da saúde pública retornaram ao currículo com a denominação de Saúde Coletiva, que priorizava a consideração do perfil epidemiológico e o quadro sanitário do país, região ou Estado para a atuação em conformidade com as diferentes realidades regionais existentes no Brasil (BRASIL, 1994).

Ainda em 1994 foi apresentada, pela ABEN, em conjunto com o COFEN, uma segunda proposta de currículo mínimo para as escolas superiores de enfermagem. Esse currículo foi homologado pela Portaria 1721/94 e, dentre suas principais disposições, constavam a carga mínima de 3.500 horas/aula e a duração entre, no mínimo, quatro e, no máximo, seis anos, tendo sido o currículo dividido entre “estruturação do currículo” e “conteúdos abrangentes”.

A promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) em 1996 confirmou a tendência profissionalizante das instituições de ensino superior e reiterou a responsabilidade do Estado no oferecimento de educação de qualidade. Às instituições foram atribuídas novas responsabilidades e lhes foi conferida liberdade na definição de seus currículos, considerando a melhor aplicabilidade no mercado de trabalho e os fatores políticos e sociais intrínsecos ao seu serviço.

Tal atribuição ensejou a realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn) pela ABEN, com o fim de promover o debate sobre as diretrizes do ensino em todos os níveis de formação. Foram discutidos ainda diversos pontos relacionados à graduação em enfermagem, com ênfase para as discussões a respeito da existência de muitos cursos voltados para a formação técnica em detrimento da integração entre teoria e prática. Além disso, os conteúdos estabelecidos pelo Parecer 314/94 foram mantidos, tendo sido incluídas as disciplinas de Filosofia, Comunicação e Psiquiatria e Saúde Mental.

As propostas e diretrizes resultantes das discussões foram organizadas pela Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESu/MEC e, em 1998, foram divulgados os documentos prévios e convidadas as instituições de ensino para apresentarem novas contribuições para a elaboração da versão final. No ano de 1999 ficou definida a proposta de alteração do currículo, de acordo com o “Modelo de Enquadramento das Propostas de Diretrizes Curriculares” do Departamento de Políticas de Ensino Superior – SESu/MEC.

As mudanças sugeridas defendiam a necessidade de os cursos zelarem pelos princípios da autonomia institucional e da flexibilidade, com o oferecimento de matérias obrigatórias e optativas, e da pluralidade do currículo, com conteúdo referente às habilitações que se voltavam para a formação em competências específicas nas modalidades bacharelado, formação aplicada profissional, formação de docentes e formação de pesquisadores com, no mínimo, 500 horas por habilitação.

Os cursos deveriam, obrigatoriamente, contar com uma carga horária de, no mínimo, 4.000 horas/aula e oito semestres letivos, com estágio curricular complementar de, pelo menos, 500 horas sob a supervisão dos docentes e com a participação de profissionais dos serviços de saúde.

O Fórum Nacional de Cursos, Escolas e Faculdades de Enfermagem, realizado durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e o 10º Congresso Panamericano de Enfermería, realizado em 1999, debateram as propostas e consideraram que representavam um risco às políticas pedagógicas construídas no decorrer dos anos 80 e 90 na medida em que:

Estabelece uma concepção fragmentada do processo ensino-aprendizagem, impossibilita às IES a implantação de seu próprio projeto pedagógico, não propicia a formação integral do profissional, principalmente ao introduzir a especialização precoce, e permite a inserção da modalidade do curso seqüencial (ABEN, 1999).

Dessa forma, o entendimento é que a flexibilização curricular deveria abranger maiores adaptações e a criação de uma estrutura atualizada, garantindo a formação do

estudante em bacharelado e a duração do curso de, no mínimo, 3.500 horas/aula, oito semestres letivos e a realização de estágio supervisionado, além de monografia de conclusão de curso (ABEN, 1999).

Posteriormente, um novo SENADEn foi realizado em Fortaleza, no ano 2000, e teve como tema “Enfermagem: tendências e perspectivas político-pedagógicas”. Os objetivos estabelecidos englobavam a formação integrada entre ensino, pesquisa e extensão, sem a possibilidade das habilitações ou do oferecimento de cursos sequenciais ou complementares de formação específica.

Em novembro de 2001 houve uma reorganização dos currículos dos cursos por todo o Brasil, de acordo com o CNE/CES, e os conteúdos foram divididos em três eixos: Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem.

A área de Ciências Biológicas engloba as disciplinas Anatomia I e II, Citologia, Histologia, Bioquímica, Biofísica, Fisiologia I e II, Embriologia, Microbiologia, Parasitologia geral, Patologia Aplicada à Enfermagem, Patologia Geral, Farmacologia I e II e Genética.

As Ciências Humanas e Sociais compreendem o estudo da Sociologia, Antropologia, Epidemiologia, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa, Psicologia Aplicada à Enfermagem, Empreendedorismo, Inglês, Informática, Desenvolvimento Sustentável e Contexto Brasileiro.

E, por fim, as Ciências da Enfermagem abarcam as disciplinas História da Enfermagem, Semiologia I e II, Semiologia e Semiotécnica, Ética e Legislação, Nutrição, Saúde da Criança e do Adolescente, Intervenção da Criança e do Adolescente, Saúde Coletiva I e II, Saúde do Adulto e do Idoso, Atenção à Saúde da Mulher, Intervenção no Ciclo Gravídico, Enfermagem Cirúrgica, Emergência, Doenças Infectocontagiosas, Administração de Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Processo de Enfermagem, Preparo de Medicamentos, Saúde da Família, CTI, Política e Gestão Pública, Saúde Mental I e II, Seminário de Pesquisa I e II, TCC e Estágio Curricular I e II.

O marco seguinte no ensino da enfermagem aconteceu com assinatura da Resolução 209/2004, por meio da qual o Conselho Federal de Enfermagem autorizou a especialização em uma ou mais das quarenta e duas áreas disponíveis em detrimento da formação de enfermeiros generalistas.

Em 2008 foi aprovada a nova carga horária do curso de enfermagem, por meio do Parecer 213/2008 do CNE. O novo currículo estabelece carga horária mínima de 4.000 horas/aula em cinco anos de duração, ampliando a formação de enfermeiros e de gerenciadores de equipes multidisciplinares para atuação no SUS, observando-se as

necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e o controle social em saúde. Além disso, os estágios supervisionados tiveram a carga horária ampliada para, no mínimo, 800 horas.

Percebe-se que as reformas curriculares buscam desenvolver nos alunos competências e habilidades específicas para a atuação de modo a suprir as necessidades sociais e para que sejam aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva, com alto padrão de qualidade e atenção aos princípios e à ética.

Dentre as diversas instituições de ensino existentes atualmente no país, a pesquisa documental revisou o currículo de duas faculdades de enfermagem, uma pública e uma privada, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). As referidas Universidades foram selecionadas a fim de possibilitar uma comparação entre uma instituição mantida pelo poder público e outra pela iniciativa privada.

O projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da UFMG do ano de 2017 passou por várias reestruturações ao longo dos anos, e implementou seis versões curriculares. O currículo mínimo, aprovado em 1994 pelo MEC, foi implantado na universidade em 1996.

Este currículo, vigente até hoje, contemplou a formação do enfermeiro generalista com a oferta das disciplinas obrigatórias das áreas de ciências biológicas, ciências do comportamento e sociais, administração, educação, pesquisa e nas áreas específicas da Enfermagem.

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propostas em 2001 novas discussões foram apresentadas quanto às políticas e práticas pedagógicas do currículo, bem como sua influência na formação do perfil dos enfermeiros. Estes debates levaram a aprovação, em 2006, do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMG, pautado nas DCN, em determinações legais como a Lei 7.498/86 e nos princípios e normas do SUS.

O projeto foi atualizado em 2016 e o curso de enfermagem passou a ser ofertado na modalidade presencial em período diurno e com carga horária de 4005 horas, divididas em 10 semestres letivos. A universidade recebe anualmente 96 novos alunos e possui em média 442 alunos por período.

A organização curricular leva em conta o aspecto interdisciplinar na formação dos estudantes e contém disciplinas e atividades interligadas, integrando teoria e prática e favorecendo a aproximação do aluno com as diversas áreas de atuação da enfermagem. Neste sentido, são ofertadas disciplinas obrigatórias e optativas, com conteúdos específicos e avançados, realizados seminários e discussões, participações em eventos, incentivo a iniciação

à pesquisa, docência e extensão, atividades acadêmicas a distancia e estágios curriculares obrigatórios e facultativos.

Os campos de conhecimento são divididos em cinco áreas, Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, Ciências da Enfermagem, que se dividem entre Fundamentos de Enfermagem e Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino e Pesquisa em Enfermagem.

No campo das Ciências Biológicas e da Saúde são obrigatórias as disciplinas de Fundamentos de Genética e Evolução, Bioquímica Aplicada à Enfermagem, Biofísica, Imunologia, Microbiologia Aplicada à Enfermagem, Embriologia Geral, Citologia e Histologia Aplicada à Enfermagem, Anatomia Aplicada à Enfermagem, Fisiologia Aplicada à Enfermagem, Neuroanatomia Aplicada à Enfermagem, Farmacologia Aplicada à Enfermagem, Patologia Geral para a Enfermagem e Parasitologia Humana.

As Ciências Humanas e Sociais obrigatórias englobam o estudo de Saúde Coletiva, Estatística, Epidemiologia, Enfermagem na Atenção Básica e o Estágio Curricular I: Atenção Primária à Saúde.

Quanto as Ciências da Enfermagem, no módulo de Fundamentos de Enfermagem são estudados a Enfermagem no Contexto Histórico Social, Fundamentos do Cuidado em Enfermagem e o Sistematização da Assistência de Enfermagem, e na Assistência de Enfermagem as disciplinas Saúde Mental, Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Saúde das Mulheres, Enfermagem da Criança e do Adolescente, Enfermagem Psiquiátrica e Estágio Hospitalar em Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade.

Na Administração de Enfermagem são estudados conteúdos referentes à Gestão do Sistema de Saúde, Gerência em Saúde e em Enfermagem e Gerência do Cuidado em Saúde e em Enfermagem. Por fim, o módulo de Ensino e Pesquisa em Enfermagem abrange a Capacitação Pedagógica Aplicada à Enfermagem, Seminários de Integração I, II e III, Metodologia Científica, Projetos de Pesquisa I e II e o TCC.

O currículo deve ser integralizado pelo aluno com o cumprimento de 218 créditos de disciplinas obrigatórias e no mínimo 29 créditos de disciplinas optativas, totalizando no mínimo 4005 horas e 267 créditos.

Para a formação em bacharelado em enfermagem a proposta pedagógica determina o cumprimento de 218 créditos de disciplinas obrigatórias, 45 créditos de disciplinas optativas e 04 créditos de disciplinas de livre formação, que são as oferecidas por outros cursos de graduação e podem ser cursadas mediante disponibilidade de vagas.

Percebe-se, a partir destes dados, que a formação do profissional encontra-se pautada pelo objetivo primordial de construção de uma classe qualificada e dotada de pensamento crítico e reflexivo, capaz de atender as demandas da sociedade e de apresentar habilidades específicas nas mais diversas áreas de atuação da enfermagem.

Com relação ao currículo da escola privada Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), a Universidade propõe a formação generalista guiada por princípios éticos e científicos, com a intervenção nos processos de saúde e doença considerados em sua integralidade.

Além do campo do cuidado, busca-se preparar o profissional para atuação na área da educação, desenvolvendo ações voltadas para a formação de qualidade, na área de gestão, para que atue no planejamento e gerenciamento da assistência em enfermagem e nos serviços de saúde, e na área de pesquisa, para que contribua para a produção teórica e tecnológica que auxilia no desenvolvimento da profissão.

As disciplinas do curso são divididas por eixos temáticos chamados Núcleos Curriculares, denominados Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração em Enfermagem e Ensino em Enfermagem. Há a previsão de disciplinas interativas ou semipresenciais, além de matérias optativas, como LIBRAS. A oferta e a avaliação das disciplinas semipresenciais são feita de acordo com a Resolução 585C/2013 do CONSEPE, que prevê atividades presenciais como parte obrigatória da conclusão do curso.

A matriz curricular é composta, no primeiro semestre, pelas disciplinas de Ciências Moleculares e Celulares, Ciências Morfofuncionais I, Enfermagem e Ciência, Enfermagem e Trabalho e Homem, cultura e sociedade. No segundo semestre são estudadas as matérias de Ciências Morfofuncionais II e III, Ética, política e sociedade, Habilidades em saúde e Relações ambiente microrganismos. O terceiro semestre possui como disciplinas obrigatórias as Ciências Morfofuncionais IV, Fundamentos técnicos e semiológicos de enfermagem I, Metodologia Científica e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

No quarto semestre são estudadas as disciplinas Formação Integral em Saúde, Fundamentos técnicos e semiológicos de enfermagem II, Saúde Coletiva e Terapia medicamentosa aplicada à enfermagem. No quinto semestre estuda-se Assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico, Assistência integral à saúde do adulto e do idoso e Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. O sexto semestre conta com as disciplinas de Assistência de Enfermagem em Centro Obstétrico, Assistência Integral à Saúde da Mulher e Urgência e emergência em enfermagem.

No sétimo período do curso são oferecidas as matérias de Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente, Didática aplicada à enfermagem e Enfermagem em Neonatologia. O oitavo semestre conta com o estudo da Enfermagem em Saúde Mental, Ética e legislação em enfermagem, Gestão do processo de trabalho em saúde, Produção do conhecimento em enfermagem, Saúde do trabalhador e Trabalho de Conclusão de Curso I.

No nono período do curso os alunos participam das disciplinas de Estágio Supervisionado I e Trabalho de Conclusão de Curso II, além das matérias optativas como LIBRAS e Tópicos Especiais I, que trata das Atualidades no ensino da enfermagem. O décimo e último semestre é dedicado à realização do Estágio Supervisionado II e a optativa de Tópicos Especiais I, voltada para o estudo do mercado de trabalho atual na enfermagem.

A metodologia do projeto pedagógico envolve as disciplinas obrigatórias e optativas, a realização de atividades de aprendizagem teóricas e práticas e atividades de aprendizagem orientadas, atividades complementares e trabalho de conclusão de curso, bem como o estágio curricular supervisionado, que abrange 20% da carga horária total do curso, com 800 horas, conforme disposição do artigo 7º da DCN em Enfermagem.

3.3 A DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: CONTEXTO E REFLEXÃO

Esta seção buscou refletir acerca das mudanças ocorridas na educação em enfermagem no país, no que se refere aos seus aspectos pedagógicos e normativos, demonstrando de que modo a crescente desvalorização dos profissionais de enfermagem na área da saúde está correlacionada com a estruturação do currículo nas instituições de nível superior.

Conforme apresentado, diversas foram as dificuldades enfrentadas na prática da enfermagem pelos profissionais ao longo dos anos, de modo que se fizeram necessários o reexame e a alteração das práticas adotadas, bem como a revisão dos projetos pedagógicos em vigor, a partir dos mencionados marcos legais. A pesquisa histórica e a análise do processo de modernização do ensino são, portanto, ferramentas indispensáveis para o alcance da valorização da função social da enfermagem.

De acordo com a teoria proposta por Virgínia Henderson em 1991, o campo de ação da enfermagem se estende para além da prevenção e da recuperação da saúde, e a função do enfermeiro pode ser definida como a de:

Assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para saúde ou recuperação (ou para uma morte tranqüila), que

ele realizaria sem auxílio se tivesse força, desejo ou conhecimento necessário. E fazer isso de tal maneira que o ajude a obter a independência tão rapidamente quanto possível (HENDERSON, 1991).

A enfermagem é, portanto, uma área do conhecimento considerada multidisciplinar, e a qualidade da saúde é resultado do bom desempenho de diversas áreas profissionais, uma construção coletiva.

Algumas das hipóteses que justificam a desvalorização do enfermeiro na área de saúde são apontados por Nascimento, como o desrespeito e o descrédito da profissão em razão do despreparo e desinteresse de profissionais desmotivados e alienados da realidade e do contexto social, que ignoram ou não cumprem de forma satisfatória seus deveres para com a sociedade (NASCIMENTO, 1991, p.23).

O projeto pedagógico da formação superior em enfermagem no Brasil possui características derivadas dos diversos contextos políticos e sociais que levaram a sua transformação, como traços das reformas impostas por governos militares, períodos de abertura de mercado e desregulamentação da educação superior, entre outros fatores. A graduação carece, portanto, de uma base integradora e adequada para a atenção às necessidades de saúde da população.

Conforme Fernandes,

Tal lacuna demanda a necessidade de uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se incluem atenção às necessidades de saúde da população e desenvolvimento do sistema de saúde. Nesse paradigma, o processo de formação de profissionais de saúde/enfermagem deve pautar-se no desenvolvimento de ações acadêmicas, multi e interdisciplinares, com base humanista, ética e com capacidade crítica, na perspectiva da integralidade do cuidado, o que pressupõe a formação de profissionais capazes de enfrentar os problemas complexos que se apresentam na sociedade contemporânea, mais especificamente, na área da saúde (FERNANDES et. al, 2007, p. 831).

A estruturação acadêmica, desta forma, deve envolver o reconhecimento da enfermagem enquanto uma prática multidimensional, interdisciplinar e pluralista, proporcionando uma visão ampliada dos mais diversos campos do conhecimento para que seja valorizada e incorporada plenamente às medidas de promoção de saúde.

Conforme explicado por Nascimento (1991, p. 22), a enfermagem vem buscando fundamentação científica própria, embora tenha consciência de seu atrelamento ao saber médico. Busca, no entanto, superar as relações de dependência com a prática médica e tornar-se independente e reconhecida pela sua atividade, através da conquista de status e da hegemonia dentro do sistema de saúde.

É inegável que a formação em enfermagem é fruto de uma grande influência de práticas e saberes científicos construídos a partir dos conceitos médicos. Conforme Carvalho, “são os médicos que vão ensinar às enfermeiras tudo o que delas se espera em termos da prática dos cuidados” (CARVALHO, 2004, p. 84). A exigência de uma capacitação específica é uma das principais heranças deixadas por Florence Nightingale e as escolas de enfermagem operacionalizadas por suas idéias inovadoras.

Conforme o Censo da Educação Superior realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2015 a Enfermagem ocupava a posição de sexto maior curso de graduação do país, com mais de 250.000 estudantes matriculados naquele ano. Dos quase 35.000 estudantes que concluíram o curso no período pesquisado pelo Instituto, 86% eram do sexo feminino, o que demonstra a predominância das mulheres na profissão ainda nos dias atuais, confirmando sua tendência histórica.

Dentre o contingente de profissionais da saúde, estimado em 3,5 milhões pelo IBGE, cerca de 50% atuam na enfermagem. De acordo com a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a enfermagem é formada por 20% de enfermeiros e 80% de técnicos e auxiliares.

No que se refere ao perfil da formação profissional dos enfermeiros, a pesquisa mostrou que 57,4% da amostra cursaram uma instituição de ensino privada e quase 50% dos profissionais graduaram-se na região Sudeste. Além disso, 36,6% afirmaram ter realizado o curso na modalidade integral e mais de 85% afirmaram ter exercido a função de técnico ou auxiliar de enfermagem antes da conclusão da graduação (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Os currículos dos cursos de formação superior de enfermeiros refletem as alterações sofridas pelas políticas educacionais inerentes à classe no decorrer dos anos e englobam as medidas e os objetivos propostos para o desenvolvimento, qualificação e valorização da profissão. A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), propostas em 2001, novas discussões foram apresentadas quanto às políticas e práticas pedagógicas do currículo, bem como sua influência na formação do perfil dos enfermeiros.

Os currículos dos cursos de enfermagem, bem como a evolução histórica das normas e reformas que moldaram o ensino da enfermagem até que se estabelecesse da forma como é conhecido hoje, são baseados no contexto social em que estão inseridos, e de certa forma reproduzem os interesses dos grupos que detém o poder político e econômico, excluindo do debate e do processo de decisão os verdadeiros interessados na melhoria das condições de trabalho e de estudo da profissão (ANGELO, 1994).

A análise evidencia que o ensino da enfermagem nos cursos superiores leva em conta a existência de diversas exigências normativas, sendo o aluno submetido a longos treinamentos e a currículos padronizados, bem como às formas de regulação de conduta. A padronização da atividade, entretanto, apesar de priorizar o relacionamento do profissional com seus pares e com a sociedade, muitas vezes negligencia a formação da identidade do aluno e o conhecimento da construção histórica da enfermagem, essencial para a compreensão do papel da classe na sociedade.

Na enfermagem moderna, é obrigação dos profissionais que contribuam para o desenvolvimento e melhoria da prática do cuidado, dos métodos e procedimentos utilizados para garantirem uma atuação eficiente. A sistematização da enfermagem é, portanto, essencial para a evolução da profissão (ANDRADE, 2007).

Conforme Lacerda (2018),

Há dez anos a Organização Mundial de Saúde declarou que a Enfermagem é a espinha dorsal dos sistemas de saúde(3), incitando os países a preocuparem-se com esta profissão em relação a sua contribuição no alcance de saúde para todos os povos. Mas, os anos passam e na realidade brasileira temos eventos, tais como a discussão sobre os limites do exercício profissional, que apontam o quanto é preciso este reconhecimento nas esferas do poder decisório sobre as políticas de saúde, na sua efetivação, e no dia a dia do fazer, saber e ser dos profissionais de Enfermagem. Os fatos acima apontam que a Enfermagem precisa cotidianamente demonstrar seu valor e competência para o paciente, familiares, sociedade, instituições e o sistema de saúde como um todo, através dos resultados de seu trabalho (LACERDA, 2018, editorial).

Diversas são as possibilidades para justificar a desvalorização pela qual passa o enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades, dentre elas o desconhecimento dos demais profissionais de saúde e da própria sociedade a respeito de suas atribuições. Além disso, o modelo adotado de hierarquia prega relações de dominação e subordinação e não valoriza situações de submissão, excesso de trabalho, entre outros.

A desvalorização da enfermagem possui também um aspecto histórico, pois com a dispensa das religiosas dos hospitais no período da Reforma Protestante, os cargos foram preenchidos por pessoas de moral duvidosa e sem qualificação, as únicas dispostas e se submeter ao trabalho pesado, insalubre e mal remunerado.

A Enfermagem passou, dessa forma, a ser considerada como um ofício servil e desvalorizado, em razão da excessiva carga horária, baixa remuneração e da própria natureza do trabalho. A própria categoria não se valoriza e se coloca em situações de submissão e sobrecarga de trabalho, que impossibilitam a realização da atividade de maneira satisfatória e o reconhecimento do valor do profissional.

Atualmente, a enfermagem enfrenta diversos desafios, em uma escala global, apesar dos grandes avanços já alcançados com as reformulações e normas viabilizadas pela atuação das entidades de classe. O desenvolvimento é retardado, no entanto, pelo alto número de profissionais mal qualificados, frutos de treinamentos insatisfatórios oferecidos por inúmeras escolas de formação.

Além disso, a baixa remuneração, a carga horária excessiva e a falta de profissionais especializados em gestão da saúde são dificuldades existentes no cotidiano de enfermeiros em todo o mundo, que lidam com situações cada vez mais complexas em seu dia a dia, o que contribui para o cenário de desvalorização que enfrentam no ambiente de trabalho.

Por estes motivos, considera-se relevante o conhecimento do histórico, o estudo dos processos de modernização e seus impactos na saúde e no exercício da enfermagem, sendo cada vez mais imprescindível o avanço e o fortalecimento das disciplinas e a consolidação de diretrizes com relação ao ensino, à educação e à pesquisa.

Os avanços nas áreas de tecnologia, comunicação e a globalização, causam impactos diretos na saúde da população, fazendo com que a pobreza esteja cada vez mais relacionada aos problemas de saúde e à expectativa de vida. Além disso, os danos ao meio ambiente e a expansão industrial desenfreada dos últimos anos, causados principalmente pelo crescimento insustentável e uso inconsciente de recursos naturais, geram perda de bem estar e, conseqüentemente, refletem na saúde da população.

Outro fator global de grande impacto é a urbanização e o crescimento econômico, na medida em que geram reflexos nas esferas sociais, econômicas e políticas que afetam, do mesmo modo, a saúde das pessoas.

As transformações sofridas pela enfermagem, neste cenário, se impõem de diferentes formas de acordo com as mudanças experimentadas pela própria sociedade, nas esferas individuais e coletivas. Para que seja capaz de oferecer resultados satisfatórios e, conseqüentemente valorizada enquanto prática indispensável para a manutenção da saúde e da qualidade de vida, a enfermagem necessita da construção e consolidação de bases epistemológicas eficazes e condizentes com as necessidades humanas, ambientais e sociais.

A prática profissional está ligada à educação e sua qualidade depende da formação de alunos competentes, com pensamento crítico, tomadores de decisões e que contribuam para a produção científica. Além disso, a produção de conhecimento inovador é desejada para que sejam desenvolvidas novas ferramentas transformadoras da realidade social, especialmente de famílias e comunidades carentes.

Com o uso das ferramentas tecnológicas e das estratégias avançadas produzidas, espera-se dos cursos de formação que estimulem a postura ativa dos profissionais de enfermagem voltada à assistência e cuidados com as necessidades básicas dos destinatários de seus cuidados.

Conforme Silva (2008, p. 4),

No campo da educação formal em Enfermagem, há que se buscar, obrigatoriamente, uma educação emancipadora, enquanto dimensão importante na formação de profissionais com capacidade crítica de pensar-se, de pensar globalmente as estruturas vigentes, a partir de suas raízes históricas, e agir localmente na resolução de problemas, de forma transformadora e com responsabilidade ecológico-social.

Tal formação deve, entre outros aspectos, proporcionar ao estudante o conhecimento da realidade local e global, do perfil da saúde da comunidade, das necessidades de atenção individual e coletiva, incentivar o compromisso com a cidadania e a responsabilidade social, o respeito às diferenças de qualquer natureza, e a busca pela autonomia da profissão.

De acordo com Lorenzetti (2013) a saúde é a preocupação primordial da vida das pessoas e, portanto, os profissionais da saúde desenvolvem um papel essencial para a existência humana. No âmbito internacional a educação em enfermagem conta com diversas organizações que se dedicam a discussão dos desafios e ao acompanhamento da qualidade de ensino, metodologias, ambientes acadêmicos e ferramentas pedagógicas, como a National League for Nursing Research (NLN), o Royal College of Nursing (RCN), a European Federation of Nurse Educators (FINE – Europe), a Sigma Theta Tau International (STTI) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

Existe uma enorme variedade de sistemas de saúde adotados no mundo, embora ainda permaneçam defasadas as políticas amplas de educação em saúde, inclusive nos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Dentre os problemas enfrentados estão a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de planejamento na educação, a falta de capacitação profissional e a escassez de pessoal para atender as demandas sociais com efetividade.

O papel da Organização Mundial da Saúde e da OCDE é desenvolver medidas que serão adotadas por diversos países, com práticas avançadas de enfermagem que forneçam formação especial e desenvolvimento profissional contínuo e satisfatório. Tais medidas, entretanto, esbarram em aspectos econômicos e orçamentários que, nos últimos anos, tem levado a redução de investimentos no campo da saúde (OLIVEIRA, 2015 *apud* PIRES et. al, 2016, p. 6)

Cortes orçamentários e pouco investimento em situações de crise econômica, assim como a escassez de profissionais de Enfermagem, levaram países como Canadá, Reino Unido e os Estados Unidos a utilizar força de trabalho de Enfermagem formada em outros países (geralmente periféricos, mas também de países da União Européia, como é o caso de Portugal). Na América Latina, os estudos sobre demanda e oferta de empregos para Enfermagem são recentes e insipientes, dificultando uma análise mais acurada da situação da força de trabalho da Enfermagem. Em países como Panamá e El Salvador verifica-se forte impacto das migrações de profissionais de Enfermagem para suprir as demandas de outros países.

Ainda com relação aos desafios enfrentados pelos profissionais da enfermagem, Geovanini et. al (1995, p. 38) ressalta que

Outra questão que favorece a subutilização da enfermagem é a fraca participação da categoria nas entidades de classe e nas lutas pelas reivindicações profissionais, além da conjuntura política que a condiciona a exercer um papel subalterno e limita seu poder de decisão, uma vez que raramente vamos encontrar um enfermeiro exercendo o maior comando dentro de uma estrutura hierárquica da área da saúde.

O trabalho da enfermagem, mesmo quando adquiriu certa independência do trabalho médico, permaneceu, por muitos anos, sendo executado apenas por religiosos ou leigos de posição social inferior, o que contribuiu para retardar seu reconhecimento e valorização. Além disso, houve um período em que a enfermagem esteve desligada do cuidado com o paciente e era considerada responsável apenas pelo hospital e suas condições.

Apesar de importante, essa visão limita o reconhecimento da abrangência da profissão e contribui para a marginalização dos cuidados prestados por esses profissionais, que transcende a mera assistência e tem relação direta com a manutenção da saúde e promoção da vida. O trabalho da enfermagem é, portanto, essencial na concretização da prática médica e determinante em sua qualidade, além de parte imprescindível da infraestrutura dos serviços de saúde.

A atual configuração dos programas de ensino superior no país, após diversas reformas positivas que moldaram os currículos na forma como são oferecidos atualmente, buscam o reconhecimento da perspectiva histórica e das políticas de desenvolvimento da enfermagem, além da superação de antigas práticas, como os ideais de subordinação e a desconstrução de paradigmas, a fim de modernizar e estimular o pensamento crítico dos futuros profissionais.

A relação que prevalece nos dias atuais é a de colaboração e assistência, uma vez que são práticas independentes que convergem para a promoção da saúde a partir de esforços coletivos, mas muitas mudanças ainda se fazem necessárias.

O ensino da enfermagem nos cursos superiores compreende a existência de diversas exigências normativas, em que o aluno é submetido a longos treinamentos e a currículos padronizados, bem como às formas de regulação de conduta. A padronização da atividade, entretanto, apesar de priorizar o relacionamento do profissional com seus pares e com a sociedade, muitas vezes negligencia a formação da identidade do aluno e o conhecimento da construção histórica da enfermagem, essencial para a compreensão do papel da classe na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças pelas quais a enfermagem passou no decorrer do tempo e o currículo adotado atualmente evidenciam a valorização da consciência crítica dos alunos de ensino superior, através de disciplinas que incentivam uma prática reflexiva e o estudo da história da enfermagem como ferramenta de criação da identidade profissional e aprimoramento do profissional.

A revisão bibliográfica da produção histórica sobre a prática da assistência à saúde e dos currículos de duas diferentes instituições de ensino demonstrou que os progressos tecnológicos e científicos mencionados tiveram grande influência no processo de formação para atuação da enfermagem que, em princípio, era pautada por atividades místicas e sacerdotais, dando lugar ao conhecimento empírico e ao raciocínio lógico.

Após a análise dos principais marcos históricos e legais, com relação ao ensino e reconhecimento da enfermagem enquanto profissão, verificou-se a existência de diversas reformas no ensino oferecido aos estudantes do curso superior, com a adoção de componentes curriculares voltados ao estudo das origens da profissão e dos principais desafios enfrentados no exercício da arte de cuidar.

Ainda assim, o ensino brasileiro na área da enfermagem baseia-se em uma assistência hospitalar individual, com um modelo tradicional de especializações, que negligencia novos saberes e novas realidades que se apresentam com a mudança da própria sociedade, sendo necessária a superação de paradigmas e a formação voltada para o conhecimento ampliado do profissional.

A enfermagem, em seu processo histórico enquanto prática social, deixou de ser considerada uma arte e passou a ser considerada uma ciência, cuja finalidade, assim como toda prática de saúde, é a cura e a prevenção de doenças, dentro de suas especificidades. A

manutenção da classe em uma posição subalterna à profissão do médico dentro da organização hierárquica do trabalho e frente ao conceito de hegemonia contribuiu para sua desvalorização, em razão da falta de reconhecimento de sua importância e finalidade.

A relação de dependência e subordinação entre a enfermagem e a prática médica foi sendo gradualmente superada na medida em que se promoveram a especialização e a profissionalização das atividades dos enfermeiros, através de leis e diretrizes que representaram sua independência, e da atuação dos conselhos de classe para a superação da visão dos enfermeiros apenas como auxiliares dos médicos nos ambiente hospitalares. Nesse ponto, pode-se afirmar que houve uma ruptura com o modelo encontrado quando do surgimento do exercício da enfermagem, em que não havia essa independência e a prática era vista como inferior.

Historicamente, em determinado momento a prática da enfermagem foi delegada ao gênero masculino, quando passou a representar uma posição de maior prestígio social, como forma de demonstração de poder e conhecimento. No entanto, com a evolução do ensino e o oferecimento de formação às mulheres de determinadas classes, a profissão consolidou-se essencialmente feminina, pois reafirmava a vocação natural das mulheres para o cuidado. Além disso, a saúde esteve por muito tempo relacionada à atividades de cunho assistencialista e caridoso, isolada do prestígio profissional, em grande parte devido ao exercício predominantemente feminino do cuidado em sua origem.

Essa realidade explicita a questão de gênero que permeia o estudo e o ensino da profissão, que ainda hoje é formada majoritariamente por mulheres, embora tenham sido alcançados diversos avanços para que essa separação de gêneros seja superada.

No que se refere ao ensino da enfermagem, diversas foram as mudanças na abordagem e na formação dos novos profissionais com o passar dos anos, tendo sido observadas as configurações sociais e as necessidades de saúde da época. Nesse sentido, verificou-se a existência de períodos em que os currículos priorizavam a formação para o atendimento preventivo a fim de manter a saúde dos trabalhadores e evitar prejuízos financeiros causados pelas doenças, bem como foi observada a existência de períodos voltados para a formação do cuidado curativo, especialmente, direcionado a atender os interesses de nichos de mercado, como planos de saúde, clínicas especializadas e indústria farmacêutica, por exemplo.

Evidencia-se, nesse ponto, a intrínseca relação do ensino da enfermagem com a realidade social e histórica vigente, o que tem refletido na forma como é oferecido o curso, além de reforçar a importância da existência de entidades de classe e instituições voltadas para a proteção e fortalecimento da profissão, como a Associação Brasileira de Enfermagem e os

conselhos de enfermagem. Tais entidades buscam o aperfeiçoamento técnico e científico e o desenvolvimento profissional da classe, além de estabelecer normas que respaldem a atuação de seus representados e defendam seus interesses.

A análise dos currículos e de suas alterações deixou evidentes os avanços alcançados no ensino da profissão no Brasil, ainda que existam diversos desafios a serem superados, dado o caráter dinâmico e dialético das transformações da sociedade. Para que sejam alcançados os ideais de preparo teórico e prático, no entanto, a formação dos profissionais depende da elaboração de diretrizes e bases pedagógicas sólidas que possibilitem a operacionalização do saber em todos os campos de atuação.

Os aspectos educacionais da formação em enfermagem e a promoção do ensino reflexivo são, portanto, os principais vetores do processo pedagógico direcionado para a valorização e o desenvolvimento da enfermagem. A expansão dos cursos de graduação e pós-graduação, com atenção à qualidade do currículo e incentivo à produção acadêmica, está relacionada à valorização da profissão, indispensável à vida e à manutenção da saúde. Fatores como a competência e a formação, em conjunto com a vocação e disposição para o cuidado, fazem do enfermeiro um profissional essencial ao bem-estar da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). **Documento final da Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem**. Carta de Florianópolis. Florianópolis, 1999.
- ABREU, E. M. da G. e. Anna Nery. **Rev. Inst. Geog. His. da Bahia**. v. 83, p.140-145, 1967.
- ABREU, M. P; LAGO, L. A. C. A economia brasileira no Império, 1822-1889. **Revista da sociedade brasileira de economia política**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2001.
- ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. 1963. Ribeirão Preto. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1963.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60 n. 1, p. 2007.
- ANGELO, M. Educação em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 28, n.1, p. 11-4 , Abril, 1994.
- Arantes, E. M. de M. **Arquivo e memória sobre a Roda dos Expostos do Rio de Janeiro. Pesquisas e Práticas Psicossociais** 5(1), São João del-Rei, janeiro/julho 2010.
- ARRUDA, E. N. Objeto de estudo da enfermagem como disciplina científica. In: Congresso Panamericano de Investigación em Enfermería, 1., 1996, Valencia. **Anais [...]**, Valencia, Venezuela, 1996.
- BERLOGI, L; SANNA, M. Produção científica sobre a enfermagem brasileira na II guerra mundial: um estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2013.
- BRASIL. Portaria n.1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 de dez. 1994. Seção 1, p. 19801-2.
- _____. Conselho Federal de Educação. **Parecer n.o 163/72**, C. C. R. - 28 jan. 1972. Aprovação de currículo. Documento, 135(2): 261-264, 1972.
- CARRIJO, A. R. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola Nightingaleana no Brasil (1959-1970)**. 2007. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, A.C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico.** São Paulo, 1972. 126p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CARVALHO, A. C. D. **Associação Brasileira de Enfermagem – 1926/1976:** documentário. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, 1976.

CARVALHO, A. L. **Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem.** Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em Números.** Disponível em: www.cofen.gov.br/enfermagem-emnumeros. Acesso em 10/08/2018.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CHISTÓFARO, M. A. C. Currículo mínimo para a formação do enfermeiro: na ordem do dia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 2-3, p. 7-8, 1991.

DEIMAN, Patricia A. **O plano de cuidados individual.** In OMS - Planejamento dei cuidado dei paciente. Washington, OPS, 1971, p.11-32.

FERNANDES, J. D. A enfermagem no hoje, no ontem e no amanhã. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 38, n. 1, p. 43-48, 1985.

FERNANDES, J. D. et. al. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007; 41(Esp): 830-4.

FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: A Institucionalização do Discurso e do Conhecimento Formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 31, p. 141-155, 1970.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social.** Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Ver. Esc. Enf. USP**, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001.

GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.; MOREIRA, A. S. P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil e tendências atuais. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 16, n. 1-2, p. 74-81, 1995.

GEOVANINI, T. et. al. **História da Enfermagem:** versões e Interpretações. Rio de janeiro: Revinter, 1995.

GERMANO, J. W. **Estado Militar e educação no Brasil (1964.1985)**. São Paulo, Cortez, 1993.

GERMANO, R. M. Organização da enfermagem brasileira. **Enfermagem em Foco**. 2010; 1(1): 14-17.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

HENDERSON, V. **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ITO, E. E. et. al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

KEROUAC, S. **La pensée infirmière**. Laval: Études Vivantes, 1994.

LACERDA, M. R. Valorização e visibilidade da enfermagem. **Cogitare Enferm.** (23)2, 2018.

LAGO, L. A. C. The transition from slave to free labor in agriculture in the Southern and coffee regions of Brazil, Harvard University, Tese de doutorado não publicada, Cambridge (Mass.), 1978.

LEPROHON, J. A qualidade dos cuidados de enfermagem. In: Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor enfermagem, melhor saúde, 1., 2001, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: OE, 2001.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

LORENZETTI, J. **“PRAXIS”**: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares [tese]. Florianópolis: UFSC; 2013.

LUNARDI FILHO, W. D. Refletindo acerca do saber da enfermagem como um saber científico. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 6, n. 3, 44-9, 1997.

MACHADO, N. **A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000: Análise numa perspectiva histórica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2004.

MALAGUTTI, W; MIRANDA, S. M. R. C. **Os caminhos da enfermagem:** de Florence à globalização. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova Concepção de saúde. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev. 2004.

Medeiros, M., Tipple, A. F. V., & Munari, D. B. (2006). A EXPANSÃO DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 1(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v1i1.666>

MIRANDA, Jair J. Saúde e doença na antiguidade: a influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. **Hermenêutica**, v. 11, n. 1, p. 135-157, 2005.

MOURA, A. **A produção da força de trabalho da enfermagem no nível de terceiro grau.** 1997. São Paulo. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

NASCIMENTO, E. A enfermagem profissional moderna brasileira está doente. **R. Bras. Enferm.** Brasília, 44 (213): 21 -25 abril/set. 1991.

OGUISSO, T. Prefácio da Segunda Edição. In: PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, J. S. A. O. **Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as:** um estudo no nordeste brasileiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. In: PIRES et. al, **Enfermagem: desafios em um contexto complexo.** 1ª conferencia de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Florianopolis, 2016.

OLIVEIRA, M. A. de C. **A adolescência, o adolescer e o adolescente:** re-significação a partir da determinação do processo saúde-doença. 1997. São Paulo. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ORNELLAS, T.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 4, p. 552-5, 2006.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Júlio C. Reis Liv, 1979.

PASSÃO, T. D. S. **De território Romano a Condado Medieval** - A transição na ocupação do espaço da época Romana para a Medieval no Conselho de Arraiolos. 2015. Dissertação (Mestrado em Arqueologia). Universidade de Évora, Escola das Ciências Sociais. Évora, 2015.

PERES, A.; CIAMPONE, M. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006.

PRINGLE, D.; DORAN, D. M. Patient outcomes as an accountability. In DORAN, D. M. **Nursing sensitive outcomes: State of the science**. London: Jones and Bartlet, 2003.

PRZENYCZKA, R. A.; LENARDT, M. H.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 427-31, 2012.

REVISTA DO COREN-SP2005. **Prescrição de Enfermagem como garantia de assistência com qualidade**. Disponível em:
http://www.corensp.org.br/072005/noticias/revista/anteriores/maio_junho_02/rev_atual.html. Acesso em 12/12/2018.

SANTO, F. H. E; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery**. v. 10, n. 3, p. 539- 46, 2006.

SANTOS, T. C. F. A ABEN e a preservação da memória profissional: implantação do Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. **Rev Bras Enferm**. 2013; 66(esp):165-70.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, A. A enfermagem na era da globalização: desafios para o século XXI. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. v. 16, n. 4, p. 1-4, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_21.pdf. Acesso em: 10 jan.2018.

SILVA, H. A concepção de cuidados de enfermagem em Florence Nightingale. Sua influência na educação e na prática em enfermagem. **Nursing**. Ano 13, n. 154, p. 32-33, 2001.

SOUSA, P. Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Medica Portuguesa**, v. 19, p. 309-318, 2006.

UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ. **Projeto pedagógico do curso de Enfermagem**. Araçongas: UNOPAR, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Enfermagem**. Belo Horizonte: UFMG, 2017.

VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Ver. Bras. Enferm**, 2006; 59(esp): 417-22.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF) 2004 jul-ago; 57(4): 475-8.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1979.

WELLER, T; BAWDEN, D. Individual perceptions: a new chapter on Victorian information history. **Library History**, v. 22, n. 2, p. 137-156, 2006.

ZAGONEL, I. V. S. Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da enfermagem abstraída das ideias de Watson. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 5, n. 1, p. 64-81, 1996.