

RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL E TENDÊNCIAS ATUAIS

HISTORICAL RETROSPECTIVE ON NURSING EDUCATION IN BRAZIL AND ACTUAL TRENDS.

Telma Ribeiro Garcia¹
Tânia Couto Machado Chianca²
Antônia Silva Paredes Moreira³

RESUMO

Apresentam-se as leis, pareceres e resoluções que vêm regulamentando o currículo de enfermagem no Brasil a partir de 1923, e apontam-se as tendências atuais para o ensino de enfermagem no país.

UNITERMOS: enfermagem; ensino de enfermagem.

ABSTRACT

This paper analyses the laws and resolutions that regulate Brazilian nursing education since 1923, emphasizing the circumstances that surrounded them and evidencing the major tendencies at the present time.

KEY WORDS: nursing; nursing education.

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo faz-se uma retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil, tomando-se como eixo norteador a análise dos currículos em vigor desde 1923, época da introdução da Enfermagem Moderna no país, até a atualidade.

Partindo do princípio de que um currículo é síntese de múltiplas determinações, buscou-se contextualizar os diplomas legais que foram emitidos nas diversas épocas, retratando as condições sócio-políticas e de saúde que possam ter exercido influências na elaboração e na execução desses diferentes currículos.

2 TRAJETÓRIA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

No Brasil, assim como em toda a América Latina, o período de 1900 a 1930 se expressa pela instalação de um projeto burguês de civilidade e modernidade, caracterizado pelo processo incipiente de industrialização e de urbanização das cidades, pelo aumento do comércio internacional e pelas correntes migratórias, o que, tudo somado, determinava uma nova complexidade à estrutura sócio-econômica do país.

No quadro nosográfico, havia um predomínio de doenças pestilenciais como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, além das doenças de massa – tuberculose, lepra e febre tifóide. Levando em conta, primordialmente, os interesses ligados à economia exportadora de café, o governo republicano esboçou, então, os passos iniciais de uma política sanitária.

O modelo sanitário que foi implantado recebeu uma forte influência da estrutura sanitária norte-americana, através da Fundação Rockefeller, que financiou a ida de médicos brasileiros para fazerem cursos na Escola de Saúde Pública da John Hopkins University – EUA. A Fundação Rockefeller também teve uma influência decisiva no advento da enfermagem moderna no Brasil, cujo

1 Profª Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda em Enfermagem, Programa Interunidades – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

2 Profª Assistente do Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais. Doutoranda em Enfermagem, Programa Interunidades – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

3 Profª Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda em Enfermagem, Área de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

marco histórico é a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Em 1920, a Diretoria Geral de Saúde Pública, que havia sido concebida e criada pelo sanitário Oswaldo Cruz, passou a Departamento Nacional de Saúde Pública e, em sua regulamentação (Decreto 16.300, de 31/12/1923), foi prevista a criação de um Serviço de Enfermeiras, destinado à execução dos trabalhos técnicos do Departamento e educação sanitária às famílias, como continuidade do trabalho iniciado pelos médicos, nos novos ambulatórios previstos na reorganização dos serviços de saúde (Alcântara, 1963).

Para a organização do Serviço de Enfermeiras do DNSP, seu diretor, Carlos Chagas, convidou, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, um grupo de enfermeiras norte-americanas, lideradas por Ethel Parsons e Clara Louise Kieninger, asquais elaboraram um plano de ação que incluía, entre outras medidas, a criação de uma Escola de Enfermagem.

Criada pelo Decreto 15.799/22, a Escola de Enfermeiras do DNSP teve seu funcionamento iniciado em 1923, e foi organizada “segundo as mais modernas tendências da educação da enfermagem nos Estados Unidos”, conforme afirma Alcântara (1963). O objetivo expresso no decreto que a criou era o de “*instruir e diplomar* enfermeiras profissionais para a prática de serviços sanitários, e de cuidados gerais e/ou especializados, em hospitais e clínicas privadas” (Brasil, Ministério da Saúde, 1974). O curso tinha uma duração de 28 meses letivos e o currículo era organizado em 5 séries: as quatro primeiras relativas à parte geral do curso, e a quinta destinada às especializações – Enfermagem Clínica, Enfermagem de Saúde Pública e Administração. A construção do programa era responsabilidade da Diretora da Escola e, uma vez aprovado pelo Diretor Geral do DNSP, ocorria, em sua parte prática, sob a forma de prestação de serviço – oito horas diárias na instituição usada para a prática (Hospital São Francisco de Assis), conforme relata Carvalho (1972).

Autoras como Alcântara (1963), Carvalho (1972), Verderese (1979) e Silva (1986) apontam algumas distorções e paradoxos que marcaram o advento da Enfermagem Moderna no Brasil: não obedecer à evolução histórica da medicina, tendo emergido para atender as exigências de um serviço de saúde pública quando, nessa época, começava o desenvolvimento da medicina estatal e a incorporação da atenção médica como atribuição do Estado; ser estabelecida para atender a pequenos segmentos e não à sociedade como um todo; utilizar o trabalho das alunas como mão-de-obra barata, dada a exigência de 48 horas semanais de plantões nas enfermarias (estágio hospitalar), tempo esse que se afigura paradoxal, visto

que os interesses governamentais eram a resolução de problemas de saúde pública; entre tantos outros aspectos que se poderiam apontar.

Criada em 1923, a Escola de Enfermeiras do DNSP foi, por dez anos, a única no gênero existente no país. Em 1926, passou a denominar-se Escola Anna Nery e, posteriormente, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1931, foi definida, através do Decreto 20.109/31, como escola-padrão oficial, fixando-se condições para equiparação das demais escolas a ela (Brasil, 1974, p.68-72).

No período de 1930 a 1937, que se pode definir como da crise política aberta, observa-se uma modificação na própria estrutura e forma de atuação do Estado, que se explicitaria com a instalação da ditadura do Estado Novo em 1937. Do ponto de vista da educação e cultura, o projeto nacionalista (populista) pós-37 se caracteriza pela tendência à domesticação simbólica das massas – intervenção do Estado em todos os domínios da produção, difusão e preservação de bens culturais. A escola expressava o instrumento ideal para a disseminação da nova ideologia desenvolvimentista, isto é, desenvolvimento capaz de produzir o bem-estar de todos, independente da classe social (Romanelli, 1983).

Nas décadas compreendidas entre 1930 e 1950, as escolas de enfermagem não conseguem atrair grande número de candidatas, tanto pela falta de divulgação da enfermagem como profissão, como pela falta de reconhecimento social da importância da mesma. Estudo realizado nessa época pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) demonstra que o déficit de enfermeiras é agravado pelo desvio de função, falta de pessoal auxiliar e baixos níveis salariais.

Em 1949 é promulgada a Lei 775/49, específica para o ensino de enfermagem, a qual foi regulamentada pelo Decreto 27.426/49. A Lei e o Decreto, segundo Carvalho (1972), “constituíram instrumentos de disciplinação dos cursos existentes no país e arma útil contra a criação indiscriminada de escolas por instituições desprovidas de recursos financeiros, materiais e humanos”.

O currículo previsto na Lei 775/49 e Decreto 27.426/49 representava uma adaptação do previsto pelo “Curriculum Guide” elaborado em 1937 pela National League of Nursing – EUA. Incluía matérias como parasitologia e doenças tropicais (para atender necessidades regionais), além de grande número de especialidades médicas acompanhadas de conteúdo de enfermagem, o que culminava numa maior fragmentação do ensino.

Promulgados vinte e seis anos após a criação do primeiro núcleo de formação de enfermeiros, a Lei 775/49 e o Decreto 27.426/49, que a regulamentava, pouco inovaram em relação ao programa de instrução inicial (Decreto 16.300/23) para a Escola Anna Nery. É bem verdade que esses diplo-

mas legais procuraram resolver questões pendentes na educação de Enfermagem, definindo níveis de preparação de pessoal, traçando currículos, prevendo adaptações para os cursos de enfermagem obstétrica, estabelecendo critérios para a admissão de candidatos aos cursos, entre outros aspectos. Mas estabelecia uma estrutura curricular rígida, com ênfase mais no fazer do que no pensar, na repetição de técnicas que tolhiam a criatividade das alunas, e com a centralização no estudo da doença e não do doente. Além disso, pontuava uma discrepância entre o ensino e o serviço, dado que as escolas insistiam na preparação de “enfermeiras de cabeceira”, enquanto o mercado de trabalho estava exigindo das recém-graduadas o desempenho de tarefas de liderança nas áreas de administração de serviços e de ensino de Enfermagem.

É importante assinalar também que, durante toda a década de 50, o ensino de Enfermagem permaneceu indefinido entre os níveis médio e superior, visto que somente em 1951 expirou o prazo que permitia às escolas continuarem recebendo candidatas portadoras de certificados de curso ginásial ou equivalente. Nessa década, surgem cursos de curta duração ou de treinamento em serviço para pessoal de enfermagem, para suprir a falta de enfermeiras. Os currículos permanecem estruturados a partir do modelo biológico, seguindo a tendência médica da época.

Na década de 60, pela primeira vez determina-se currículos mínimos para o ensino das carreiras universitárias no Brasil. O de Enfermagem foi fixado no Parecer 271/62, elaborado pelo Conselho Federal de Educação (CFE), com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem nomeada pelo Ministério da Educação (MEC), da ABEn e das Diretoras de dezenove Escolas de Enfermagem do País (Brasil, 1974).

O Parecer 271/62 fixou a formação do enfermeiro em três anos letivos e, a partir dessa base, com mais um ano letivo, seriam graduados mais dois tipos de enfermeiros: o enfermeiro de saúde pública e a enfermeira obstétrica. Além disso, uniformizou as exigências de escolaridade e de concurso de habilitação para o ingresso ao curso de Enfermagem, que passa a ser de categoria superior; e “corrigiu” as distorções dos currículos anteriores em relação à excessiva fragmentação, estabelecendo oito matérias obrigatórias – Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História de Enfermagem, e Administração.

Segundo Carvalho (1972), “a simplicidade desse currículo dava ensejo ao planejamento do ensino visando a integração do conteúdo de diversas disciplinas, incluindo a fundamentação clínica e os aspectos de saúde pública”. Para a autora, “o aspec-

to negativo do Parecer foi o de haver fixado a duração do curso de enfermagem geral em três anos acadêmicos, contrariando o ponto de vista da maioria das educadoras enfermeiras”. Como consequência, houve uma grande diminuição nos períodos de prática e, em algumas disciplinas, o estágio e foi reduzido em cinquenta por cento, como aconteceu com a Enfermagem Médica e a Enfermagem Cirúrgica.

Originalmente, constava do Parecer 271/62 as matérias Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Nutrição e Dietética. Por solicitação da ABEn, na revisão do Parecer, essas matérias foram englobadas por Fundamentos de Enfermagem, o que resultou em *artifício* para eliminar do currículo mínimo a “fragmentação” tão criticada. Entretanto, em sua implementação, sabe-se que muitas escolas mantiveram a duplicação de conteúdos médicos e de enfermagem para as disciplinas profissionais; que a disciplina Fundamentos de Enfermagem continuou a ser ministrada como tradicionalmente era feita – baseada em técnicas e bandejas padronizadas; e que cada uma das disciplinas básicas listadas acima era ministrada como disciplina independente. Algumas escolas, segundo Carvalho (1972), “pleitearam e conseguiram tornar o quarto ano obrigatório, uma vez que não era possível comprimir em vinte e sete meses toda a experiência que vinha sendo dada em trinta e seis, a não ser com prejuízo do ensino e da formação da enfermeira”.

Segundo análise de Oliveira (1981), o currículo proposto no Parecer 271/62 veio, de certa forma, agravar a situação de uma carreira que ainda procurava afirmar-se para gozar dos privilégios assegurados às demais carreiras de nível superior. Os *objetivos educacionais*, implícitos no Parecer do Relator do CFE ao apreciar as modificações solicitadas no Parecer original pela ABEn, afirmava que “o curso geral prepara o enfermeiro para cuidar do doente como *auxiliar do médico*”, não se justificando, segundo ele, como solicitado pela ABEn, a inclusão da disciplina Enfermagem de Saúde Pública no currículo. Da mesma forma, negava a inclusão da disciplina Ciências Sociais pois, se “tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina, como exigida no de enfermagem?”. Certamente, afirma Oliveira (1981), “o relator da matéria imaginava que o enfermeiro já tinha ido longe demais em suas aspirações profissionais e era, portanto, hora de trazê-lo de volta ao controle da medicina”.

O Parecer acirrava também uma “velha pendência” relativa à formação das enfermeiras obstétricas, as quais não se conformavam com o art. 22 da Lei 775/49, que facultava a adaptação dos cursos de enfermagem obstétrica às exigências daquela Lei, de modo a se converterem em cursos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, destinados à formação de en-

fermeiras e de auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica (Brasil, 1974).

O Parecer 303/63, provocado por representação do Sindicato das Parteiras do Estado de São Paulo e por solicitação do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP, buscava, nas palavras de seu relator, uma fórmula conciliadora para “o pulsar de uma disputa entre enfermeiras e parteiras, oriunda de uma lamentável incompreensão”. Assim sendo, este Parecer, embora mantendo a duração de três anos, ensejou a possibilidade de complementação em enfermagem ou obstetrícia para obstetrizes e enfermeiras, propiciando uma articulação para estes dois cursos, por meio de um tronco comum de dois anos (Brasil, 1974). Permanecia, porém, o problema da redução do curso. Para tentar corrigi-la, surgiram novas sugestões no sentido de ampliar-se o tronco comum para três anos, que levava à formação básica, e de se criar um quarto ano diversificado.

Em 1968, é promulgada a Lei 5.540, que fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, especificamente com o segundo grau (Brasil, 1974). Essa Lei resultou de proposta formulada por Grupo de Trabalho instituído pelo Governo Federal com a finalidade de “estudar a reforma da Universidade brasileira, visando à sua eficiência, modernização, flexibilidade administrativa e formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento do país” (Rosas, 1992).

O regime escolar dos cursos de graduação sofre importantes alterações – em primeiro lugar, é instituído o *ciclo geral* de estudos para recuperar falhas evidenciadas pelo vestibular “no perfil de cultura dos novos alunos” e proporcionar estudos básicos para os ciclos seguintes; em segundo lugar, criam-se as “licenciaturas curtas” nas áreas relativas à tecnologia e à educação; em terceiro lugar, confere-se aos currículos dos cursos de graduação uma certa flexibilidade, permitindo-se às IES que os complementasse, desde que obedecidos os mínimos de conteúdo a serem estabelecidos pelo CFE; finalmente, o regime tradicional de cursos seriados e anuais é substituído pelo regime de créditos e semestralidade, desvinculando-se o ano letivo do ano civil.

Como resultado da Reforma Universitária, houve uma completa mudança de filosofia educacional. Oliveira (1981) destaca os reflexos dessa reforma sobre os cursos de enfermagem:

- a seleção das estudantes deixa de ser responsabilidade das escolas ou faculdades e passa a ser executada de modo centralizado, na forma de vestibular unificado e classificatório;
- a exigência para a concentração dos recursos humanos e materiais retira das escolas de enfermagem o controle sobre o ensino das discipli-

nas básicas, que passou a ser feito nos institutos básicos;

- a observância às exigências dos limites mínimo e máximo para cumprimento do currículo, do sistema de crédito e da relação hora-aula para teoria e prática determina uma revisão do conteúdo das várias disciplinas e uma análise das experiências de aprendizagem;

- o contato das alunas com professores e alunos de outros cursos, ao propiciar enriquecimento cultural, ampliou também suas expectativas;

- as novas exigências para a qualificação do corpo docente e os incentivos à preparação motivaram os professores para um maior aprimoramento – começam a surgir os cursos de pós-graduação “*stricto sensu*” em enfermagem e intensificam-se os cursos de especialização, como um esforço para a capacitação docente não só em atenção à legislação vigente do ensino superior, comotambém para atender à demanda crescente do número de cursos de enfermagem ao nível de graduação.

O currículo do curso de enfermagem mais uma vez ensejou grandes e novos debates. Coincidindo com o pedido feito pelo CFE para que a ABEn apresentasse subsídios para reexame da questão, ocorreu, em novembro de 1968, na Escola de Enfermagem da USP, o Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, sob os auspícios da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS).

Tomando como base os resultados desse seminário, a Comissão de Educação da ABEn elaborou anteprojeto que encaminhou ao CFE, solicitando a revisão do currículo do curso de graduação em enfermagem, para incluir, entre outras modificações, um quarto ano diversificado. A este anteprojeto seguiram-se outros tantos, somando-se quatro somente no período de 1968 a 1970.

Em fins de 1970, a Comissão de Educação da ABEn submeteu uma nova proposta ao CFE, consolidando os anteprojetos anteriores, e insistindo nos seguintes pontos: integralização mínima do curso em quatro anos; e tronco comum para formação do enfermeiro, com a habilitação diversificada.

A exposição de motivos elaborada pela Comissão de Educação da ABEn foi assumida pelo Relator da matéria no Projeto de Resolução anexo ao Parecer 163/72, onde alguns “preceitos e evidências básicas” foram explícita e previamente colocados:

- as atividades de enfermagem comportam complexidade crescente e são partilhadas por profissionais dos três níveis de ensino;
- ao enfermeiro são atribuídas as tarefas mais complexas, transcendentais e de maior responsabilidade da enfermagem;
- o profissional, a cuja formação visa o currículo, deve ser o requerido pelas peculiaridades e

demanda do mercado brasileiro do trabalho, prevista a sua influência tanto no aperfeiçoamento como na formação empírica dos profissionais de enfermagem dos níveis inferiores;

- de 1962, quando foi elaborado o currículo anterior (Parecer 271/62), a esta parte, a legislação do ensino superior sofreu modificações fundamentais.

Tendo em vista esses preceitos e evidências básicas, continua o relator da matéria, o novo currículo deveria ser realmente adequado à formação de um profissional capacitado a exercer as atividades mais elevadas relativas à enfermagem; fornecer ao enfermeiro um conhecimento científico básico que lhe permita não somente aprender a executar, como acompanhar a evolução das técnicas, em razão da velocidade com que se processa a evolução científica; dar ao graduado base suficiente, através da realização de cursos de pós-graduação, para o acesso à docência em nível superior e à participação eficaz na pesquisa; ajustar-se à filosofia e às exigências da nova legislação do ensino superior.

No início do ano de 1972, aos 28 de fevereiro, foi finalmente aprovado o Parecer 163/72 e Resolução 4/72, tão ansiosamente esperados durante quase uma década, fixando o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, efetivando o interrelacionamento entre os dois cursos, já delineado através do Parecer 303/63. O currículo passou a compreender três partes sucessivas: a) pré-profissional, incluindo matérias do primeiro ciclo e que são comuns a todos os cursos da Área de Ciências da Saúde; b) tronco profissional comum, levando à graduação do enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte; c) de habilitações (opcional), conduzindo à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica e do Enfermeiro de Saúde Pública. A Resolução 4/72 inclui ainda a licenciatura em enfermagem, já prevista em legislação à parte (Parecer 837/68), como uma quarta possibilidade de opção para as estudantes (Brasil, 1974).

A duração do curso geral, que inclui o pré-profissional e o tronco comum, foi determinada em no mínimo 3 e no máximo 5 anos, com um termo médio para integralização curricular de 4 anos. Incluindo-se uma das habilitações, a duração total do curso foi determinada em no mínimo 4 e no máximo 6 anos, com um termo médio de 5 anos. A carga horária mínima comum às duas primeiras partes foi fixada em 2500 horas e, para as habilitações, seriam acrescidas no mínimo 500 horas.

À época em que o novo currículo mínimo começou a ser delineado, a principal modalidade de prática e organização de saúde no país era a medicina hospitalar, com tendências à concentração de especialização de recursos e conhecimentos. Sob esse aspecto, o novo currículo estava "adequado às exigências do mer-

cado de trabalho", como afirmava o relator do Parecer.

Em 1975, é aprovada no Brasil a Lei 6.229/75 (Lei do Sistema Nacional de Saúde) que, a partir de uma abordagem sistêmica para a solução da crise existente de prestação de serviços, define os papéis distintos que deverão assumir os Ministérios envolvidos com a saúde da população – o Ministério da Saúde torna-se reponsável pelas ações de saúde coletiva, e o Ministério da Previdência Social pelas ações de caráter individual (Brasil, 1975).

As principais críticas que são feitas à Lei 6.229/75 dizem respeito à dicotomia que estabelece entre coletivo e individual, preventivo e curativo, quando a necessidade é de unificação dessas ações para reforço das estruturas e de racionalização no emprego de recursos; e à dominância do componente *assistência médica* sobre os demais – saúde pública, saneamento e recursos humanos –, dominância essa "justificada" pelo montante de recursos do setor assistencial, pelo componente ideológico que prefere a medicina assistencial à saúde coletiva, e pelas relações do setor com os insumos materiais (indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares).

A Lei do Sistema Nacional de Saúde, no entanto, permitiu o surgimento de propostas experimentais que buscam modelos alternativos de organização de serviços, viabilizando o desenvolvimento de programas de extensão de cobertura das ações de saúde em escala mais ampla, entre os quais se destacou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado pelo Decreto 78.307/76, cujas diretrizes básicas foram calcadas no conceito de Assistência Primária de Saúde (Brasil, 1976). Embora seu desenvolvimento não tenha ocorrido uniformemente em todos os estados onde foi implantado, o êxito inicial do PIASS serviu de base para um consenso dos ministérios da área social que, em 1979, expressou como uma das diretrizes de ação para o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) a operacionalização de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE.

Durante a década de 70, também como fatos que exerceram importantes reflexos no ensino de enfermagem, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde. Na V Conferência, realizada em 1975, recomenda-se a regionalização dos serviços e a hierarquização em níveis de complexidade crescente, como processo eficaz para a descentralização dos serviços básicos de saúde e para a racionalização do uso da capacidade instalada e de recursos humanos. Na VI Conferência, ocorrida em 1977, traçam-se as bases políticas dessas propostas e delineiam-se as diretrizes para a gestão do Sis-

tema Nacional de Saúde. Neste mesmo ano, o Brasil assume o compromisso de se vincular ao processo de desenvolvimento da estratégia mundial de extensão de cobertura das ações de saúde, proposta pela OPAS/OMS, que visava proporcionar a todos uma assistência de saúde tecnicamente adequada, economicamente exequível e socialmente justa.

Em 1978, dá-se a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (URSS). Segundo o relatório dessa Conferência, "uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial nas próximas décadas deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social" (OMS/UNICEF, 1979).

No que diz respeito à formação e utilização de recursos humanos, recomenda-se no relatório da Conferência de Alma-Ata que os profissionais de saúde, especialmente os médicos e enfermeiras, sejam social e tecnicamente treinados e motivados para servir a comunidade; que se atente devidamente para a educação continuada, a supervisão de apoio, a preparação de instrutores de pessoal de saúde e para o treinamento em saúde do pessoal de outros setores; e que os governos atribuam alta prioridade à utilização integral de recursos humanos, definindo sua função técnica, suas qualificações e as atitudes requeridas de cada categoria de profissionais de saúde.

À medida que esses acontecimentos se sucedem, discute-se no âmbito da enfermagem as implicações dos "ambiciosos e sadios programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde" (Ribeiro, 1980) para a profissão, e a necessidade de definição de novas diretrizes educacionais e de inclusão, no currículo de formação do enfermeiro, de conteúdos e experiências que proporcionem a aquisição dos comportamentos desejados para o exercício das novas atribuições. O currículo em vigência passa por severas críticas, entre as quais destacamos as seguintes:

- a exclusão do ensino de Saúde Pública do tronco profissional comum "favorece a formação do enfermeiro para o atendimento a uma assistência sofisticada, de casos raros, o que atende ao mercado de trabalho e a uma política preconizada pelo Ministério da Previdência Social, enquanto o Ministério da Saúde se empenha numa política preventivista, de regionalização e simplificação das ações de saúde" (Silva; Barros; Vieira, 1979);

- apesar da reformulação curricular ter oportunizado incorporar à formação do enfermeiro uma maior bagagem de conhecimento científico, "as

mudanças ocorridas pouco ou nada contribuíram em termos de maior preocupação com os problemas básicos de saúde". Quanto à exclusão da Enfermagem de Saúde Pública do tronco profissional comum, "o que se observa é que ou as escolas introduzem, por iniciativa própria e de acordo com o grau de politização de seu corpo docente, a disciplina Enfermagem de Saúde Pública como disciplina complementar obrigatória, ou o estudante de enfermagem pode concluir seu curso de graduação sem que tenha cursado a referida disciplina". Essa posição "é incongruente com as necessidades de saúde da população brasileira, ainda sujeita ao fantasma da fome, da verminose, da falta de saneamento básico, da falta de educação, de condições humanas de habitação e, conseqüentemente, das doenças de massa de caráter infecto-contagioso" (Vieira; Silva, 1982).

- "com o Parecer 163/72 e Resolução 4/72 do CFE, surgidos por força da Lei 5.540/68 (Lei da Reforma Universitária), a medicina e a enfermagem curativas encontravam-se totalmente fortalecidas com um capitalismo favorável ao consumo desmedido de medicamentos, bem como à indústria de equipamentos médico-cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde" (Germano, 1983).

Enquanto se discutem tais questões, continua a desenvolver-se a crise do Sistema Nacional de Saúde, justamente pela incapacidade dos seus serviços atenderem à demanda crescente. Enquanto o Ministério da Saúde, responsável pela execução da política de assistência primária à saúde, não possui recursos suficientes em seu orçamento próprio, o Ministério da Previdência Social debate-se em uma crise gerada pelo aumento dos custos da assistência médica privada, além de emprestar suporte financeiro ao Ministério da Saúde. Passa a fazer parte dos debates a criação do Sistema Único de Saúde, com a responsabilidade de planejar e executar uma política nacional de saúde, inclusive com a participação do usuário na formulação dessa política e na administração dos programas.

3 TENDÊNCIAS ATUAIS

No final da década de 80, as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde nortearam os princípios da Reforma Sanitária, cujos desdobramentos estamos hoje assistindo com a implantação da Lei do Sistema Único de Saúde, o que nos leva necessariamente a questionar e rever as funções exercidas pelo enfermeiro.

A partir de 1986, buscando reorientar a estrutura da formação do enfermeiro, a ABEn articula-se com a Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESU/MEC e as demais entidades e escolas de enfermagem do país, organiza e realiza seminários regionais, oficinas de trabalho e

comitês específicos, culminando o processo com a realização do Seminário Nacional sobre "Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro" em Niterói-RJ, em abril de 1989.

O documento final elaborado após este Seminário Nacional foi discutido nos Congressos Brasileiros de Enfermagem realizados em 1989 e 1990, onde se definiram os seus encaminhamentos ao nível do Ministério da Educação. Em maio de 1991, foi realizada uma oficina de trabalho na sede nacional da ABEn para formular o documento a ser protocolado no MEC, encaminhando proposta de reformulação do currículo mínimo para a formação do enfermeiro.

As principais alterações estruturais dessa proposta de reformulação curricular envolvem a extinção das habilitações, assegurando-se a integralidade e a terminalidade da formação do enfermeiro sem incluir falsas e precoces especializações; o aumento da duração mínima do curso em horas e anos (duração mínima de 3.500 horas, integralizáveis no mínimo de 4 e no máximo de 5 anos, incluindo-se estágio curricular supervisionado em nenhuma hipótese inferior a 1 semestre letivo); o redimensionamento, no rol das matérias, dos conteúdos das áreas de ciências humanas e biológicas; e o conteúdo mínimo abrangendo cinco áreas temáticas – bases biológicas e sociais da enfermagem; fundamentos da enfermagem; assistência de enfermagem; administração de enfermagem; e ensino de enfermagem.

A proposta institui para os enfermeiros a competência para desenvolverem atividades em quatro áreas fundamentais – assistencial, administrativa, de ensino e de produção científica; e reforça fundamentalmente a formação do enfermeiro para o processo do trabalho em enfermagem, a partir de uma educação transformadora, que incite à reflexão e indagação sobre a prática profissional, e à valorização do compromisso do enfermeiro para com a sociedade.

Ainda segundo a proposta (ABEn, 1991), deve-se pensar a formação do profissional enfermeiro voltada para uma prática onde se possibilite maior aproximação com a produção e domínio de tecnologias apropriadas; sistematização do conhecimento que lhe é específico; capacidade para articular o seu fazer/pensar com o saber de outras áreas que conformam a produção em saúde; competência técnica, científica e política para participar, efetivamente, da consecução do direito universal à saúde dentro dos princípios de resolutividade, equidade e integralidade; a capacidade para definir seu pensar/fazer a partir da compreensão do perfil epidemiológico da população, inserindo-se adequadamente na produção de novas tecnologias e conhecimentos para a assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCANTARA, G. de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1963. Tese (Concurso para titular de cátedra de História da Enfermagem e Ética) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1963.
- 2 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro. Brasília, 1991. (Datilografado)
- 3 BRASIL. Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília, set. 1976.
- 4 _____. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília, ago. 1975.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública (MS/FSESP). Enfermagem: legislação e assuntos correlatos. 3.ed., Rio de Janeiro, 1974. 3v.
- 6 CARVALHO, A. C. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo, 1972. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972.
- 7 GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983.
- 8 OLIVEIRA, M. I. R. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 1981. Anais... Brasília: ABEn, 1981. p.19-31.
- 9 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. (OMS; UNICEF). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Brasília: UNICEF-Brasil, 1979.
- 10 RIBEIRO, C. M. XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem – sessão de encerramento. R. bras. Enferm., Brasília, v.33, n.3, p.271-274, jul./ago./set. 1980.
- 11 ROMANELLI, O. O. História da educação no Brasil (1930/1973). 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1983.
- 12 ROSAS, P. Para compreender a educação superior brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- 13 SILVA, A. L. C.; BARROS, S. M. P. F.; VIEIRA, T. T. Marco conceitual e estrutural dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. Anais... Brasília, ABEn, 1979. p.107-114.
- 14 SILVA, G. Enfermagem profissional, análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- 15 VERDERESE, O. Análisis de la enfermería en la América Latina. Educ. Med. Salud, v.13, n.4, p.315-331, 1979.
- 16 VIEIRA, T. T.; SILVA, A. L. C. Recursos humanos na área de enfermagem: adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Portol Alegre, 1982. Anais... Brasília, ABEn, 1982. p.61-77.

Endereço do autor: Telma Ribeiro Garcia
Author's address: Rua Maracajú 1491/ 23 - Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP
CEP 14051-120

ANEXO A

EVOLUÇÃO DOS DIPLOMAS LEGAIS SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

DECRETO 16.300/23	LEI 775/49 e DECRETO 27.426/49	PARECER 271/62	PARECER 303/63	PARECER Nº 163/72 e RESOLUÇÃO Nº 4/72
<ul style="list-style-type: none"> - Aprova o regulamento do DNSP, criando o Serviço de Enfermeiras e uma "escola para instruir e diplomar enfermeiras". - Define os objetivos do curso; a composição do corpo docente e as competências de cada professor. - Define a duração do curso em 2 anos e 4 meses, divididos em cinco séries; as 4 primeiras constituindo a parte geral do curso, e a última destinada às especializações em Enf. Clínica, Enf. de Saúde Pública ou Adm. Hospitalar. - Estabelece os requisitos para matrícula das candidatas ao curso; o programa de instrução; e as normas para estágio e para exames. 	<ul style="list-style-type: none"> - Define nível de preparação de pessoal de enfermagem: enfermeiro e auxiliar. - Estabelece exigência de curso secundário para matrícula no curso, concedendo prazo de 7 anos para as escolas se adaptarem a esta exigência. (Este prazo foi prorrogado, posteriormente, até 1961). - Prevê adaptações para o curso de Enfermagem Obstétrica - 36 meses de duração (9 semestres letivos). - Mantém uma estrutura curricular rígida, com ênfase, em atividades técnicas e ensino centralizado na doença. - Propicia uma disritmia entre ensino e serviço; o preparo é feito segundo o modelo americano, com formação confinada em instituições hospitalares, enquanto o mercado de trabalho exige liderança nas áreas de administração e ensino. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformiza as exigências de escolaridade e de habilitação para o curso, que passa a ser de categoria superior. - Reduz a duração do curso para 3 anos, o que acarreta diminuição dos períodos de prática. - Introduz as disciplinas de Saúde Pública e Obstetrícia em um 4º ano optativo, em que "seriam graduados dois tipos de enfermeiros especializados: o enfermeiro de Saúde Pública e a enfermeira Obstétrica". - Favorece a visão do homem como ser biológico; privilegia a assistência ao homem doente, ao desenvolvimento de habilidades técnicas e aos aspectos administrativos. - Agrava, com os aspectos acima mencionados, a situação da carreira. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modifica o Parecer 271/62, para acalmar "o pulsar de uma disputa" entre enfermeiras e obstetrias. - Mantém a duração do curso em 3 anos ("o momento pede soluções modestas"). - Propicia a articulação entre os cursos de Enfermagem e Enfermagem Obstétrica - tronco comum de 2 anos, com um 3º ano diversificado para os dois cursos. - Reafirma a possibilidade de especialização em Enf. ou em Obst. em um 4º ano, explicando que "a nova modalidade será uma complementação e não a continuação do curso de enfermagem". - Mantém Enf. de Saúde Pública em um 4º ano optativo, "sendo de todo recomendável" que as Obstetrias também cursassem esta disciplina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca ajustar-se às exigências da Lei nº 5.540/68. - Consolida o enfoque biomédico e centra o ensino no modelo da assistência hospitalar vigente. - Fragmenta o eixo de formação, compartimentalizando-o em três etapas sucessivas. - O ciclo básico prevê apenas "noções gerais" dos conteúdos e matérias nele contidos. - Não prevê a articulação das disciplinas básicas com as especificidades da prática de enfermagem. - A capacitação em Saúde Pública resume-se a uma abordagem preliminar e insuficiente. - As habilitações (especializações precoces) deslocam da formação conteúdos essenciais, além de não exercerem impacto, nem na absorção pelo mercado de trabalho, nem na consolidação de um modelo de assistência de enfermagem diferenciado. - A carga horária mínima (2.500 horas) determina sérias consequências na dinâmica dos cursos