

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

LÍDIA MARIA RIBEIRO

**A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO**

CURITIBA

2025

LÍDIA MARIA RIBEIRO

**A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Mestrado em Educação, Linha de Políticas Públicas e Gestão da Educação, da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Professora Doutora Josélia Schwanka Salomé.

CURITIBA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sidnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

R484 Ribeiro, Lídia Maria.

A formação do enfermeiro no contexto da política nacional
de humanização / Lídia Maria Ribeiro; orientadora Prof.^a. Dra.
Josélia Schwanka Salomé.

86f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2025

1. Formação. 2. Ensino superior. 3. Enfermagem.
4. Humanização. I. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-
Graduação em Educação / Mestrado em Educação. II. Título.

CDD – 379.118

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

TERMO DE APROVAÇÃO

LÍDIA MARIA RIBEIRO

A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do título de Mestre em Educação pela Comissão Examinadora do Programa de Mestrado e Doutorado em Educação — Linha de Políticas Públicas e Gestão da Educação da Universidade Tuiuti do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Curitiba, 31 de março de 2025.



Professora Dr^a. Maria Antônia de Souza

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação

Mestrado e Doutorado - Universidade Tuiuti do Paraná



Orientadora:

Prof^a. Dra. Josélia Schwanka Salomé Universidade Tuiuti do
Paraná - UTP

Membros:



Prof. Dr. Pedro Leão da Costa Neto

Pesquisador independente



Prof^a. Dra. Sandra Maria da Silva Leite

Universidade Tuiuti do Paraná - UTP

Dedico esta dissertação a Deus, criador de tudo que existe. Senti sua presença ao meu lado durante todo o projeto de pesquisa.

Aos meus pais

Ao meu pai, Argemiro da Silva Ribeiro (in memoriam), que me ensinou como me reerguer diante das adversidades da vida. Meu maior exemplo de um ser humano humilde, honesto, íntegro e ético. Foi ele que sempre me motivou a estudar e mesmo ele não tendo escolaridade, sem nenhuma formação acadêmica, me ensinou as primeiras letras do alfabeto e a escrever o meu nome. Confiou e sempre acreditou em mim e nem eu acreditei que conseguiria chegar até aqui.

À minha mãe, Helena Ferreira Ribeiro, pela dedicação com a minha criação, pelo apoio incondicional e pelos valores que sempre me transmitiu, entre os quais a força para nunca desistir de lutar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as oportunidades concedidas a mim, pela força, paz e tranquilidade nos momentos de fraqueza e dificuldades. Deus, obrigada por me lembrar de respirar fundo e confiar, mesmo quando o prazo final parecia um gigante invencível. Esta dissertação é um testemunho do poder da fé.

Ao meu pai, Argemiro (in memoriam), minha mãe Helena, mestres na ciência de viver, com muita humildade me deram coragem para lutar, alento para o estudo e esperança para o futuro; nunca me imaginei capaz de ajudar a salvar vidas, a vocês, o meu agradecimento e a minha homenagem.

Ao meu irmão e minhas irmãs, meu agradecimento por fazer parte da minha história e, especialmente, a minha irmã Antônia, que me motivou para iniciar o projeto para o Mestrado em Educação.

Às minhas sobrinhas e sobrinhos, muito obrigada, vocês sempre foram minha inspiração.

Às minhas amigas que sempre estiveram do meu lado durante esta trajetória.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a minha orientadora, Professora Doutora Josélia Schwanka Salomé, por sua orientação, paciência e apoio incondicional ao longo deste processo. Agradeço também aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Tuiuti do Paraná, que sempre, de forma gentil e compromissada, compartilharam seus conhecimentos e experiências, especialmente ao Professor Doutor Pedro Leão da Costa Neto, cujas aulas e conselhos foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Professores da banca avaliadora, Professora Doutora Josélia Schwanka Salomé, Professor Doutor Pedro Leão da Costa Neto e Professora Doutora Sandra Maria da Silva Leite, pelas contribuições valiosas durante a banca de qualificação e a defesa.

Aos colegas e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Tuiuti do Paraná, sempre muito solícitos e prontos a ajudar.

Por fim, agradeço a todos os participantes da pesquisa, cujas contribuições foram essenciais para a realização deste estudo. Sem a colaboração de vocês, este trabalho não teria sido possível.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio do mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes
(Florence Nightingale).

“Enfermagem é gente que cuida de gente”
(Wanda de Aguiar Horta).

RESUMO

A presente pesquisa abordou a trajetória histórica da institucionalização do ensino formal de enfermagem no Brasil, considerando a complexidade da formação do enfermeiro diante das exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e os desafios impostos pelo Sistema Único de Saúde no país. O problema central da pesquisa consistiu em: como as Políticas Públicas têm orientado as normas para o ensino do curso de Graduação em Enfermagem? A problemática investigada referiu-se aos grandes desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem, destacando a importância fundamental de trabalhar o processo de humanização com os trabalhadores da saúde, bem como promover e desenvolver uma boa comunicação entre as equipes de saúde, pacientes, familiares e acompanhantes. O objetivo geral deste trabalho foi compreender como as Políticas Públicas de Ensino Superior têm orientado e direcionado a formação do enfermeiro no Brasil. Os objetivos específicos compreenderam: apresentar a história do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil; identificar as Políticas Públicas da Graduação em Enfermagem no Brasil; e analisar a Política Nacional de Humanização (PNH) e a formação do enfermeiro. A metodologia da pesquisa teve caráter bibliográfico, com a análise crítica de livros, artigos, teses e dissertações. Também foi realizada uma análise documental dos documentos das Políticas Públicas da Educação Superior e das resoluções dos órgãos profissionais. As bases documentais foram analisadas indissociavelmente em cada momento histórico, abrangendo o período de 1543 até 2024. Posteriormente, esses documentos foram organizados em uma matriz, permitindo a análise de seu conteúdo e contexto, e em outra matriz, foram registradas e identificadas as principais alterações. A pesquisa foi apresentada em três capítulos, organizados da seguinte forma: no primeiro capítulo, foi apresentado o histórico das institucionalizações de enfermagem no Brasil; no segundo capítulo, foram discutidas as mudanças nos paradigmas da educação do profissional da área de enfermagem; e, por último, no terceiro capítulo, foi abordada a formação do enfermeiro a partir da sua legislação de educação formativa, no contexto da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Formação; Ensino Superior; Enfermagem; Humanização.

ABSTRACT

The present research addressed the historical trajectory of the institutionalization of formal nursing education in Brazil, considering the complexity of nurse training in the face of the requirements of the National Curricular Guidelines for the Undergraduate Nursing Course and the challenges imposed by the Unified Health System in the country. The central problem of the research was: How have Public Policies guided the norms for teaching higher education nursing professionals, highlighting the fundamental importance of working on the humanization process with health workers, as well as promoting and developing good communication between healthcare teams, patients, Family members and companions. The general objective of this work was to understand how Public Higher Education Policies have guided and directed the training of nurses in Brazil. The specific objectives were present the history of Higher Nursing Education in Brazil; identify Public Policies for Undergraduate Nursing in Brazil; and analyze the National Humanization Policy (PNH) and nurse training. The research methodology was bibliographic had character, with critical analysis of books, articles, theses and dissertations. A documentary analysis of Higher Education Public Policy documents and professional bodies resolutions was also carried out. The documentary bases were analyzed inseparably at each historical moment, covering the period from 1543 to 2024. Subsequently, these documents were organized in a matrix, allowing the analysis of their content and context, and in another matrix, the main changes were recorded and identified. The research was presented in three chapters, organized as follows: in the first chapter, the history of nursing institutionalizations in Brazil was presented; in the second chapter, changes in the paradigms of nursing professional education were discussed; and, finally, in the third chapter. Nurse training was addressed from formative education, in the context of the National Humanization Policy.

Keywords: Training; Higher Education; Nursing; Humanization.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
BDTD	Biblioteca Nacional de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CORENS	Conselhos Regionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de secretarias Municipais de saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCENF	Curso de Graduação em Enfermagem
DCNS	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ES	Educação Superior
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LDB/ENF	Lei de Diretrizes e Bases para o curso de Graduação em Enfermagem
LEPE	Lei do Exercício Profissional de Enfermagem
MEC	Ministério da Educação
PPC	Projetos Pedagógicos dos Cursos
PNE	Plano Nacional de Educação
PNH	Política Nacional de Humanização
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM NO BRASIL ..	23
2.1 FUNDAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA NO BRASIL (1543-1899).....	23
2.2 ATIVIDADES INICIAIS CONSIDERANDO O PERÍODO DE 1900 A 1943	28
3 AS MUDANÇAS NOS PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1949 - 1970).....	38
3.1 AVANÇOS NA ORGANIZAÇÃO PARA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1971-2000)	42
3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO (2000-2002)	54
3.2.1 1971 - Reformulação da Formação Profissional.....	57
3.2.2 Década de 1980 - Surgimento da Enfermagem Universitária.....	57
3.2.3 Década de 1990 - Avanços no Ensino e na Profissão.....	58
3.2.4 Conclusão do Período (1999)	58
4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (2003).....	67
4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O ATENDIMENTO HUMANIZADO (2004 – 2024)	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	81

1 INTRODUÇÃO

A formação do profissional enfermeiro no contexto educacional tem sido objeto de estudo de vários livros, artigos, teses e dissertações. Para analisar a formação do enfermeiro no Brasil, será importante, primeiramente, reconstruir de forma breve a história do seu ensino; dos seus avanços e retrocessos e, por fim, considerar a importância das Políticas Públicas voltadas para uma formação humanizadora do profissional de Enfermagem.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a enfermagem possui algumas categorias profissionais: Enfermeiro, Obstetriz, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, porém cada um dos profissionais possui respaldo legal para exercer suas atividades. Segundo o Decreto 94.406/87, que “Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências”. O art. 1º destaca que o exercício de enfermagem, conforme a lei citada, é privativo de Enfermeiro/a, Obstetriz, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, a atuação na área correspondente só será permitida ao profissional que estiver com inscrição ativa no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Nesse sentido, as Políticas Públicas devem estar voltadas a proporcionar ao acadêmico a compreensão de que a profissão de Enfermagem vai muito além da realização de procedimentos e do cumprimento de protocolos Institucionais (Coren, 2024). Sendo assim, é igualmente importante, na formação do enfermeiro, a aquisição de conhecimentos que possibilitem uma visão integral e singular do ser humano.

Waldow (2012) relaciona o cuidado de enfermagem com a expressão emocional. A expressão emocional é uma forma de conhecimento, se por meio dela são expressos os sentimentos, comportamentos das pessoas no que diz respeito a questões humanas, na forma como são interpretados, da experiência do viver e do morrer. No entanto, ao analisar os rituais de cuidar ao longo das diferentes épocas, conclui-se que o cuidado, além de ser uma expressão, constitui conhecimento. Como consequência dos estudos sobre o cuidado, a expressão e a estética têm sido resgatadas dentro da enfermagem.

Por esta razão, “o pensamento crítico e a sua estreita relação com o cuidado nos provocam a despertar para o cotidiano da vida. As dúvidas, os questionamentos que surgem e evocam ideias e hipóteses que nos permitem clarear significados, reavaliar

conceitos desvelar ocultos, interpretar situações e, bem frequentemente, nos inspirando e aguçando os sentidos do intelecto” (Waldow, 2005, p.16).

Conforme nos apresenta Waldow (2008, p. 58), a evolução do ensino de enfermagem passou de um foco na aprendizagem técnica para a incorporação dos princípios científicos que fundamentam os procedimentos.

Até recentemente, e ainda presente em muitas escolas de enfermagem, o ensino baseava-se na aprendizagem das técnicas de enfermagem, majoritariamente na disciplina “Fundamentos de enfermagem”, que consistia em divulgar o material necessário para realização dos procedimentos, “técnicas de enfermagem” ou “cuidados de enfermagem” e em como proceder; mais tarde, foram enriquecidos com o ensino dos princípios científicos que fundamentam cada passo das técnicas.

No entanto, as escolas de enfermagem previam o ensino teórico, baseado na memorização repetição das técnicas e, principalmente, das aulas práticas, onde as técnicas eram demonstradas e, posteriormente, praticadas pelos alunos. essas técnicas, inclusive, eram itens de avaliação em exames práticos nas escolas e nos concursos para professores e, em alguns hospitais, nos exames admissionais. Este ritual se ensinava com foco na prática, para realizar procedimentos e, assim deixava de ser praticado o ensino do cuidado humanizado, mas com a arte na enfermagem este processo de ensino criou um novo aspecto dando um novo sentido (Waldow, 2008).

Neste sentido, pode-se observar que a formação do enfermeiro deve estar voltada para que o ser humano seja visto como um todo e não somente como parte, pois o ser humano é totalidade e assim deve ser visto, tratado e cuidado. No entanto, Waldow se refere igualmente à relação da enfermagem com a filosofia e o humanismo.

A filosofia e o humanismo, de certa forma, despertaram para os aspectos éticos e estéticos em diversas situações e disciplinas. Na enfermagem, a arte e a estética, tanto na prática quanto no ensino começam a dar uma nova roupagem, um novo brilho, desvelando a sensibilidade e a espiritualidade (Waldow, 2012, p. 131).

Waldow (2008) considera a enfermagem uma das manifestações de expressão mais primárias do ser humano porque envolve sensibilidade, criatividade e intuição no atendimento ao paciente. Sendo assim, ela exprime a cultura, os hábitos, os rituais de vida e de cuidado, além do sistema social, sendo uma experiência básica, pois, antes de tudo, mesmo antes de ser compreendida, ela expressa emoção.

Assim, a maneira como os seres humanos pressentem, se organizam e se movem em direção a algo, ou mesmo realizam uma ação, é, antes de tudo, sentida e vivida. Isso indica que a experiência humana no mundo ocorre, primeiramente, por meio dos sentidos.

Assim como os animais, os seres humanos eram guiados pelo instinto, enquanto a razão, o pensamento e a atividade intelectual se desenvolveram posteriormente. Antes mesmo da linguagem, a comunicação acontecia por meio de gestos, músicas e manifestações artísticas (Waldow, 2008).

A estreita relação entre criatividade, sensibilidade, intuição, imaginação, valores, é o que permite falar-se em dimensão estética do cuidar. Essa dimensão pode ser cultivada e, nesse sentido, uma educação centrada no cuidado implica uma aprendizagem estética, assim como uma aprendizagem estética implica ressaltar o cuidado (Waldow, 2012).

Nesse sentido, a prática da enfermagem exige uma formação voltada para o atendimento humanizado, com a consciência de que o cuidado deve ser completo, íntegro e cauteloso. Trata-se do encontro entre duas pessoas em um momento delicado, no qual aquele que recebe o cuidado se revela ao cuidador, que é o enfermeiro.

Para que isso se torne efetivo, o enfermeiro deve buscar uma formação direcionada para desenvolver suas atividades não somente na forma tecnicista, mas com visão no ser humano como um todo, pois a enfermagem é a profissão voltada para o cuidado. Podemos dizer que a arte na enfermagem inclui a disponibilidade de receber, compreender e estar ao lado do outro, respeitando suas limitações e suas escolhas, permitindo, assim, que o outro também expresse seus sentimentos, pois o conhecimento dá um brilho estético e se materializa na forma e no momento do cuidado. Para que isso seja praticado e que não fique somente na teoria, os profissionais precisam estar aptos para o processo do cuidado que, só assim, será entregue ao outro.

O enfermeiro é o profissional que direciona a equipe para o cuidar do outro ser humano, pois o foco da atenção da enfermagem é o ser humano, com suas necessidades bio-psico-social-espiritual, para cada um deles, precisamos dedicar tempo porque esta dedicação traz resultados positivos para a saúde. A função principal do enfermeiro é trabalhar o processo do cuidado de enfermagem e com o objetivo centrado na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do outro. Esse cuidado contempla também a família e suas necessidades.

Lima *et al.* (2013) afirmam ser fundamental considerar e basear-se na realidade durante o processo de formação no curso de graduação de Enfermagem, como instigadora dos processos de mudança de pensar e fazer saúde. Salienta-se que o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula durante o processo de formação, mas se contextualiza nos

cenários no mundo durante o trabalho cotidiano. As ações pedagógicas necessitam garantir uma política que enfoque a ética, a subjetividade e as identidades do profissional de enfermagem. Consequentemente, não pode esquecer que estas dimensões estão presentes em todo o ato pedagógico, sendo na escola ou no campo de trabalho.

Referente à trajetória da Graduação de Enfermagem no Brasil, Duarte *et al.* (2016) afirmam que, historicamente, o ensino de enfermagem tem sofrido modificações no que se refere à sua relação com as condições econômicas, políticas e ideológicas de cada período, pois, no Brasil, a partir das primeiras décadas do século XX, o campo de enfermagem vem ocupando lugar de destaque no setor da saúde, chegando a constituir a maior força de trabalho nessa área. Nesse período também, o processo de laicização da profissão do enfermeiro, a preocupação estatal em legislar sobre a formação e exercício profissional, também, passou a ocupar um importante papel.

A formação do enfermeiro é um processo que precisa estar atualizado e direcionado conforme as exigências de cada período histórico. Isso garante que o profissional esteja apto a atender às necessidades da população. Duarte *et al.* (2016) destacam a importância de formar trabalhadores alinhados com as demandas específicas de saúde em determinados contextos históricos. Assim, observa-se que o profissional de enfermagem deve estar sempre atualizado em relação a cada época.

Frota *et al.* (2020) relata que, no Brasil, a formação do Enfermeiro busca alinhar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com o objetivo de superar o paradigma Flexneriano¹, que influenciou as matrizes curriculares dos cursos da área de saúde. Reconhece-se que os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de Enfermagem procuram ir além de currículos centrados em temas que priorizam aspectos biológicos e práticas medicalizantes. Dessa forma, os novos Projetos Pedagógicos visam formar profissionais

¹ Devido à carência qualitativas nos cursos de Medicina nos EUA em 1933. Abraham Flexner, graduando em química, professor e educador, foi convidado por Henry S. Pritchett, que, então, presidia a Fundação Carnegie, para trabalhar juntos para o avanço do ensino. Abraham Flexner emitiu um relatório fechando 94 escolas. O ensino Moderno inaugurado por Flexner deu início a uma nova fase, pois foi reformulada a faculdade de Medicina e os currículos com um conjunto de disciplinas, priorizando a pesquisa biológica, o ensino deu ênfase e foi centrado nas práticas hospitalares, na tecnociência e a sua utilização para auxílio diagnóstico. Além das mudanças no ensino que foi direcionado com foco não humanizado, o relatório de Abraham Flexner, que continha traços racistas, antifeminista e um reconhecido etilismo, “delineava o conteúdo e o método do ensino da medicina para conseguir que ela conquistasse e monopolizasse a cientificidade, e que seus agentes conseguissem derrotar os empíricos e os demais praticantes e pudessem dispor do saber e do aprender” (Bortolaz Neto, 2008).

com competências, habilidades e atitudes éticas, capazes de atender às demandas dos serviços de saúde e da intersectorialidade.

A Graduação em Enfermagem tem importância fundamental na formação dos profissionais e busca formar enfermeiros competentes para atuar na área de enfermagem com conhecimentos teóricos, práticos e humanizados, além disso, o enfermeiro deve estar preparado e habilitado para organizar, planejar, supervisionar e executar a melhor assistência possível ao paciente, a família e a comunidade, conforme as necessidades sociais e econômicas de cada indivíduo (Escola de Medicina e Saúde Pública, 2021).

Nesse sentido, o enfermeiro deve estar preparado, de forma humanizada, para atuar nas diversas áreas da enfermagem. A realização de estudos científicos é essencial para o desenvolvimento de pesquisas que forneçam evidências para a prática cotidiana. Assim, o ensino e a pesquisa tornam-se pilares fundamentais na formação e no exercício desse profissional.

Nesta linha de pensamento, Silva e Cavalcanti (2013) afirmam que, para compreender o processo histórico de desenvolvimento da formação superior em enfermagem, é necessário analisar as propostas curriculares em suas bases legais, e assim, considerar as determinações que influenciaram sua trajetória. Sendo assim, as propostas curriculares devem visar não preparar somente técnicos, mas também profissionais sensíveis capazes de tratar os pacientes com empatia a fim de promover o bem-estar deles.

Dessa forma, Casate (2010) afirma que, a humanização é enfocada também como um compromisso com os direitos humanos, como uma garantia universal de acesso dos pacientes aos serviços de saúde e a disponibilidade de estabelecer vínculos solidários, bem como a participação coletiva na gestão dos serviços de saúde². A humanização é transformação da cultura Institucional, um movimento contra a violência institucional na

² A humanização na enfermagem, além de amenizar as adversidades das intervenções de saúde, garante que estas intervenções sejam mais eficientes, dando, assim, segurança com maior qualidade no atendimento prestado ao ser humano, no entanto, Rios (2009) entende que, a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. No entanto, a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que no final tem como resultado, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

área da saúde, assim emergem aspectos que vão para além da relação interpessoal e ao mesmo tempo reconhecem nos profissionais a sua subjetividade.

Entendemos que a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, sendo um aspecto fundamental da enfermagem que, ao ser integrada no currículo contribuirá para a formação de profissionais comprometidos com os cuidados aos pacientes.

No Brasil, o documento “Política Nacional de Humanização” (PNH) (Brasil, PNH, 2003) teve como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho humanizado é tangível, ou seja, palpável e deve ser colocado sempre em análise para prestar atendimento com qualidade aos pacientes, a valorização da equipe, do trabalho e do trabalhador e, assim, incentivar a formação de trabalhadores a partir da prática profissional.

Torna-se, assim, importante que a Política Nacional de Humanização deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS, promovendo a comunicação entre três grupos: os gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2003).

De acordo com Pedroso, Vieira apud Casate (2010), a Política Nacional de Humanização é entendida como uma Política Transversal³, e se preocupa como os Movimentos Sociais dialogam e propõem sugestões para uma transformação dos princípios do SUS e como colocar em prática tais princípios, além de estimular as trocas solidárias entre os gestores, profissionais e usuários na produção em saúde.

O documento PNH (2003) entende que humanizar é valorizar os sujeitos e dar oportunidade a uma maior autonomia, ampliando sua capacidade de transformar a realidade em que vivem por intermédio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção à saúde. Produzindo mudanças no gerir e cuidar, estimulando a comunicação para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, muitas

³ A transversalidade dentro da PNH significa reconhecer que diferentes práticas de saúde podem contribuir para a produção de saúde, implica dizer que as ações de humanização não devem ser restritas a determinado setor, mas devem ser integradas às práticas de todos os profissionais e gestores da saúde, diferentes áreas do conhecimento e práticas de saúde devem dialogar e colaborar para promover a saúde de forma integral e humanizada, a transversalidade busca romper com a fragmentação do cuidado e promover a interdisciplinaridade reconhecendo que diferentes saberes e práticas podem contribuir juntos para a produção da saúde (PNH, 2003).

vezes, são atitudes e prática desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no seu próprio cuidado (Brasil, 2003).

Para compreendermos esta questão, é importante pesquisarmos sobre a formação do enfermeiro, desde o início do ensino de enfermagem no Brasil e sua trajetória até 2024. Além disso, é essencial entender como as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e a Política Nacional de Humanização estão orientando as Instituições de Ensino Superior para que o enfermeiro preste um atendimento e cuidado humanizado ao paciente, família e à comunidade.

Sendo assim, o problema desta pesquisa é: como as políticas públicas estão direcionando as normas para o Curso de Graduação em Enfermagem? Cabe ressaltar que, nesta problemática, temos desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem e a importância fundamental de trabalhar o processo de humanização com os trabalhadores da saúde, bem como o incentivo a promover e desenvolver a boa comunicação entre as equipes, pacientes, familiares e acompanhantes. Com todo este conjunto de trabalho humanizado certamente fica mais claro para compreender o indivíduo e respeitar suas diferenças durante o processo de trabalho e desenvolvimento das atividades assistenciais em busca de qualidade no atendimento humanizado prestado ao paciente.

Durante a trajetória profissional da mestranda, observou no cotidiano a demanda de pacientes complexos e a necessidade que eles possuem de serem atendidos na sua totalidade. E, desta forma, as equipes de enfermagem devem estar preparadas para prestar um atendimento sempre humanizado a estes pacientes, respeitando suas crenças, valores, diferenças e limitações. Este tipo de atendimento pode ser um dos grandes desafios para o profissional enfermeiro. Por isso, se faz necessário e considerado de extrema importância investigar esta questão de; como está formalizado o processo de formação do profissional enfermeiro no Brasil e como está sendo o desenvolvimento a partir das políticas públicas de formação do enfermeiro.

O objetivo geral deste trabalho é compreender como as Políticas Públicas de Ensino Superior têm orientado e direcionado a formação do enfermeiro no Brasil.

Os objetivos específicos são:

- Apresentar a história do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil;

- Identificar as Políticas Públicas para a Graduação em Enfermagem no Brasil;
- Discutir a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Formação do Enfermeiro.

A metodologia da pesquisa foi bibliográfica, a partir da análise crítica de autores, por intermédio de livros, artigos, teses e dissertações. Para isso, foram consultados os Bancos de Teses e Dissertações da Universidade Tuiuti do Paraná, BDTD, Portal Capes, Scielo. Foi realizada igualmente uma análise documental dos documentos das Políticas Públicas da Educação Superior: Leis, Decretos, Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), das resoluções do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben).

Neste contexto, foi realizada uma pesquisa no Banco de Teses e Dissertações (BDTD), abrangendo o período de 2017 a 2024. Utilizando palavras-chave como Formação, Ensino Superior, Enfermagem e Humanização, foram encontradas 9 teses e 19 Dissertações, das quais foram analisadas duas dissertações e uma tese. A primeira dissertação, intitulada “Política Nacional de Humanização: A Formação do Enfermeiro Contribui para a Práxis em Saúde?”, é de autoria de Ludmila Moraes Calixto e foi defendida na Universidade Federal de Mato Grosso, em Rondonópolis-MT em 2019.

Esta dissertação objetivou investigar como coordenadores, docentes e discentes compreendem a PNH no curso de Graduação em Enfermagem. A educação superior é um momento ímpar na construção de uma profissão e necessita de processos dialógicos e de ensino que busquem constantemente mudanças de contextos desgastados e fragilizados por práticas assistenciais e educacionais que não frutificam para as transformações no âmbito da Enfermagem.

A Enfermagem, concebida como uma das principais profissões em saúde em todo o mundo, deve pautar considerações profundas sobre os processos de ensino e aprendizagem, principalmente a compreensão da dimensão em que a humanização precisa ser imbuída na essência da profissão. Para finalizar os escritos da dissertação, a autora sugere que se façam à efetivação real da Política Nacional de Humanização.

A segunda dissertação analisada, “Pensamento Crítico em Saúde: Análise das Percepções e Conhecimentos de Profissionais de Saúde e Educação para Promoção de um Processo Formativo”, de autoria de Vanessa Rodrigues de Oliveira, foi e defendida na Universidade Federal da Bahia em Vitória da Conquista – BA no ano de 2023. A pesquisa

teve como objetivo analisar a percepção de profissionais de saúde e de educação acerca do pensamento crítico em saúde e os níveis de literacia em saúde, a partir de um processo formativo para promoção do pensamento crítico em saúde.

A lógica de disseminação de políticas de formação docente e de profissionais de saúde, com foco no pensamento crítico em saúde, deve então ser priorizada, problematizando os saberes que permeiam as práticas, os atravessamentos deste conhecimento nas ações profissionais, e suas implicações epistemológicas para as práticas, sob pena de não redundar em performatividade, mercadorização da formação e da atenção à saúde e controle científico ou democrático sobre os campos da saúde e da educação.

A pesquisa desenvolvida concluiu que o desenvolvimento do pensamento crítico necessita ser trabalhado tanto na formação acadêmica quanto laboral, a partir de ações governamentais permanentes que o estimulem, de modo a conferir suporte à gestão estratégica, à decisão política e ações práticas nas áreas de saúde e de educação. No entanto, a autora sugere que estudos futuros possam explorar como processos formativos inovadores trouxeram implicações para a prática de docentes e de profissionais de saúde, como o pensamento crítico é operacionalizado na prática e como alunos e comunidade se beneficiam deste processo.

Outro trabalho analisado foi a tese intitulada “Inserção do Acadêmico de Enfermagem em Atividades de Pesquisa e Extensão Universitária: Uma Estratégia de Ensino”, de autoria de Margarete Bernardo Tavares da Silva, defendida na Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, em 2017.

Esta tese buscou encontrar respostas para a seguinte questão central: de que modo a inserção do acadêmico de Enfermagem nos programas de pesquisa e extensão universitária desde os primeiros períodos, influencia na sua prática profissional, como agente de uma equipe de Saúde, para a transformação social?

Com base nos achados e nas reflexões desenvolvidas ao longo da investigação, foi possível apontar que a participação do acadêmico de Enfermagem nos programas de pesquisa e extensão universitária é uma das possibilidades para desenvolver competências e habilidades que permitam ao Enfermeiro pensar, analisar, decidir as melhores estratégias de ação, colocá-las em prática e avaliar todo o processo não apenas com o olhar profissional, mas também com a perspectiva cidadã de suas ações.

As dissertações e tese estudadas apontam para a importância da Política Nacional de Humanização para o processo de formação do profissional enfermeiro, bem como, o pensamento crítico para formação acadêmica e a importância da participação dos acadêmicos de enfermagem nos programas de pesquisa e extensão, pois observa-se que é fundamental este direcionamento para a formação destes profissionais.

Desta maneira, o conteúdo da presente dissertação está distribuído em três capítulos correlacionados. A Introdução, apresentou, por meio de sua contextualização o tema proposto neste trabalho. Da mesma forma foram estabelecidos os resultados esperados por meio da definição de seus objetivos e apresentadas as limitações do trabalho permitindo uma visão mais clara do escopo proposto.

O primeiro capítulo trata da Institucionalização do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil, a fundação das Santas Casas de Misericórdia no período de 1543 a 1899 e o início da regulamentação do Ensino Superior de Enfermagem.

No segundo capítulo são identificadas as políticas públicas para a graduação em Enfermagem no Brasil, trazendo os avanços na organização para formação deste profissional permitindo, assim, mostrar os avanços e retrocessos na construção do Ensino Superior de Enfermagem brasileiro.

O terceiro capítulo traz ao debate a Política Nacional de Humanização (PNH) na Formação do Enfermeiro. Serão analisadas as características desta Política, salientando os aspectos relativos aos processos de formação, e, igualmente, serão tecidas ponderações sobre a Enfermagem em seu contexto histórico formativo e sua correlação com a humanização propugnada pela PNH.

2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM NO BRASIL

A Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, necessária a todos os povos e a todas as nações, imprescindível em época de paz ou em época de guerra e indispensável à preservação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais (Telma Geovanini, 2019, p.3).

Neste capítulo o objetivo é apresentar a história da institucionalização do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil, analisando a complexidade da formação do profissional enfermeiro, os direcionamentos das Políticas Públicas para o Curso de Graduação em Enfermagem e os desafios do Sistema Único de Saúde no país.

2.1 FUNDAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA NO BRASIL (1543-1899)

Para iniciar os escritos deste capítulo precisamos procurar entender qual foi a importância e/ou necessidade de criar a primeira escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Brasil e para esta reconstrução é importante seguirmos a advertência metodológica de Moreira (2019, p.105): “Não se isola o objeto de estudos de seu processo histórico”. Por este motivo apresentamos um breve relato da origem das Santas Casas da Misericórdia com o início da educação brasileira, assim percorrendo na história até chegar no Ensino Superior de Enfermagem no Brasil. Podemos perceber que alguns avanços e retrocessos aconteceram em cada período.

A origem da enfermagem brasileira ocorreu, conforme afirma Moreira (2019), em 1543, com a fundação da primeira Santa Casa da Misericórdia, na Vila de Santos e, em seguida, foram fundadas outras Santas Casas com o objetivo de prestar caridade aos pobres e órfãos. Consequentemente, houve a fundação de instituições similares no Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Ainda assim, neste século 16, o movimento prosseguiu com fundação de outras Santas Casas. Mesmo que, se suponha que essas instituições contavam com a assistência de enfermagem, mas naquela época não existiam dados sobre isso.

No entanto, essa primeira fase refere-se a uma Enfermagem mais instintiva e cultural, onde os pajés, feiticeiros e outros líderes religiosos eram responsáveis por fazer rituais místicos com a intenção de curar enfermidades. Além disso, as mulheres que

deveriam cuidar de crianças e idosos, pois tinham como obrigação prezar pelo bem-estar da casa. O curandeirismo era o que havia de mais próximo às práticas de enfermagem, até a chegada dos padres Jesuítas que começaram a prestar assistência aos doentes nas Santas Casas de Misericórdia.

Com a chegada dos Jesuítas no Brasil, ocorrida em 1549, pois, os mesmos vieram sobre determinação do rei de Portugal e contavam com apoio tanto da Coroa Portuguesa como das autoridades da colônia. Consequentemente, conseguiram criar um modelo de ensino, o qual tinha a intenção de catequizar o povo indígena. Em 1759, os jesuítas foram expulsos do Brasil pelo então governador Marquês de Pombal, esta foi a tentativa da Coroa de centralizar a administração colonial e neutralizar a ação das ordens religiosas que atuavam na colônia de maneira autônoma e sem controle da metrópole. Como sequência, o ensino no Brasil não foi somente reformado, mas destruído todo o sistema colonial do ensino jesuítico (Shigunov *et al.*, 2008).

No entanto, para prestar tratamento aos alienados, Moreira (2019) afirma que, em 18 de junho de 1841, no Brasil, mediante o Decreto nº 82, o Imperador D. Pedro II cria o hospício Pedro II, e, para tal criação, utilizou-se uma chácara de propriedade da Santa Casa da Misericórdia. Tratava-se de uma enfermaria improvisada para atender às exigências mínimas da comunidade no atendimento aos doentes mentais, oferecia uma estrutura inadequada e sem materiais, com deficiências tanto quantitativas como qualitativas, os doentes eram tratados como delinquentes e, muitas vezes, eram encarcerados, sem condições para receber uma assistência adequada, o que agravava ainda mais seu sofrimento e impossibilitava qualquer tipo de tratamento eficaz.

Com esta assistência desumana, aliada a uma terapêutica primitiva, pois, estavam dando início no atendimento aos pacientes, em busca da cura de doenças dos mesmos. Assim, surgiu a ideia da construção do Hospício Pedro II, projetado e específico para o atendimento aos pacientes psiquiátricos da época, cuja construção teve início em 1842 e a inauguração ocorreu em 1852. Contava com 144 pacientes hospitalizados aos cuidados do então, Dr. José Antônio Pereira das Neves e Dr. Lallemon (Moreira, 2019).

No hospício D. Pedro II, a assistência aos pacientes era prestada em situações de precariedade, e, após a inauguração da nova construção muitas coisas mudaram. Moreira (2019, p. 122) afirma que “os quartos eram fortes, tinham grades, celas isoladas e que existia um esboço de tratamento ocupacional, com instrumento de música e trabalhos

manuais, luminosidade e pátios arborizados”. Após a construção do prédio, em 11 de janeiro de 1890, mediante o Decreto nº 162-A foi fundado o esperado e, por fim, chamado Hospício Nacional dos Alienados.

A determinação da fundação do Hospício Nacional dos Alienados, foi feita pelo ministro do governo provisório, Aristides Lobo, o qual impôs que o Hospício fosse desintegrado de suas colônias da Santa Casa da Misericórdia. Diante destas modificações, que foram estabelecidas pelo então diretor-geral da Instituição, as Irmãs de Caridade, com suas agregadas, foram dispensadas das atividades que exerciam, conseqüentemente, foram substituídas por enfermeiras leigas, contratadas da Europa pelo então Sr. Ministro do Brasil, auxiliado pelo antigo diretor do Hospício Dr. Manuel Barbosa (Moreira, 2019).

Moreira (2019) afirma que, com a saída das irmãs de Caridade, que prestaram assistência aos enfermos desde 1852, o atendimento aos pacientes internados entrou em crise, pois não havia quem cuidasse dos mesmos. A saída delas teve uma questão política muito forte que ultrapassava as fronteiras da instituição e confrontava o poder do Estado com o poder clerical, situação essa que já havia ocorrido na Europa, no período da laicização dos hospitais, em consonância com a nova ordem social e política.

Com os problemas políticos e financeiros que o Brasil enfrentava, cada vez mais deteriorava a assistência aos Alienados. “A iniciativa da fundação de uma escola de Enfermeiros e Enfermeiras, era para satisfazer uma necessidade social, pois um grande número de pessoas se encontrava em estado de desamparo e sofrimento psíquico” (Moreira, 2019, p.123).

Podemos observar terem sido grandes os avanços e retrocessos, que podem ser atribuídos à Igreja Católica no atendimento à população das terras brasileiras. Em 1759, com a saída dos jesuítas, novamente o Brasil sofreu mais um retrocesso com a saída das Irmãs de Caridade, em 1852. Mesmo com tais retrocessos, houve muita persistência por parte das autoridades, para seguir com os avanços e com o objetivo de conseguir ter meios para prestar um bom atendimento aos necessitados e dar continuidade na educação brasileira.

A sugestão de formalizar o ensino de enfermagem no Brasil foi colocada em prática em 1890. Com a saída das Irmãs de Caridade, ocorrida 93 anos após a saída dos jesuítas, o país enfrentou um retrocesso no cuidado de enfermagem. Essa situação foi gerada pela falta de mão de obra capacitada para atender aos pacientes que precisavam de cuidados.

Nesse contexto, o Brasil precisou se reorganizar e recomeçar, traçando novos direcionamentos, entre erros e acertos, para garantir o atendimento aos necessitados. Foi nesse momento que surgiu a proposta de formar profissionais para cuidar de pessoas, levando à fundação da primeira escola de enfermeiros e enfermeiras no país.

Até os anos de 1890, de acordo com Moreira (2019), o exercício da Enfermagem no país era praticado com base na solidariedade humana, no senso comum e nas credences. Nesse sentido, pode-se observar que o período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a ser profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros e enfermeiras no Brasil, vinculada ao Hospício Nacional de Alienados.

No entanto, em meados de 1890-1899, dá-se início ao ensino de Enfermagem no Brasil. Neste período, a enfermagem começa a receber reconhecimento pela prática exercida, sendo assim, a busca pela formação profissional teve início, conforme afirmam Galleguillos e Oliveira (2001), oficialmente em 1890, com a promulgação do Decreto nº 791, com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares, juntamente com as atividades de saúde pública, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França. O processo de reformulação do Hospício Nacional de Alienados é tido como marco do surgimento da psiquiatria no país e também é considerado o local onde ocorreu a institucionalização do ensino formal de enfermagem.

Conforme mencionado anteriormente neste texto, Moreira (2019) afirma que foi oficializado o ensino de enfermagem no Brasil pelo Decreto nº 791, criado em 18 de setembro de 1890. Tal Decreto anunciava; “Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”. Sendo assim, o decreto deixava claro a instituição de uma escola destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras e estes profissionais seriam preparados para prestar assistência aos pacientes dos hospícios, hospitais civis e militares.

O curso tinha a duração de dois anos, com aulas teóricas, três vezes por semana e, em seguida, com visitas às enfermarias, dirigidas pelos internos e inspetores, sobre a fiscalização do médico e superintendência do diretor-geral. As aulas eram ministradas e, se destinavam a noções práticas com ênfase na clínica, considerando, assim, as noções

gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, administração de medicação e alguns cuidados especiais (Brasil, 1890).

Para ser matriculado no curso, o candidato precisava saber ler e escrever, com idade mínima de 18 anos e apresentar atestado de bons costumes. Ao concluir o curso, o egresso recebia os diplomas pelo diretor-geral Médico-legal de Alienados e após 25 anos de trabalho dava-se direito à aposentadoria (Brasil, 1890).

Sendo assim, foi fundada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, que oficialmente veiculou, num primeiro momento, os modelos de saber da enfermagem, a serem difundidos no país. Entretanto, não fica evidente dentro da categoria profissional um projeto de afirmação de poder ou de formação, uma vez que se traduziu numa imposição médica alçada do governo, portanto, externa aos profissionais da enfermagem. Contudo, é percebida claramente a intenção do Estado em excluir a Igreja da formação e execução das práticas do cuidado (Kletemberg *et al.*, 2003).

Com a criação do Decreto em 1890, houve avanços na regulamentação e valorização da prática de Enfermagem no Brasil, como afirmam Kletemberg *et.al* (2003), mas, é importante deixar claro que seu enfoque era prioritariamente biologicista. Fato este, que foi determinado pela lógica do mercado de trabalho da época, ou seja, formar profissionais voltados para prestar a assistência, o cuidado com o doente hospitalizado e a integração no serviço, respeitando-se a hierarquia institucional.

A escola de enfermeiros e enfermeiras passou por várias dificuldades, pois com o aumento de pacientes internados, sobre carga de trabalho para o pessoal que trabalhava e estudava, sendo que a maioria dos alunos eram funcionários do Hospício Nacional dos Alienados. Por esta questão, os alunos não tinham tempo para frequentar as aulas, logo desistiam por não conseguir concluir o curso. E, ainda mais, por falta de recursos próprios, por falta de apoio daqueles que deveriam entender a real necessidade e por falta de enfermeiras (Moreira, 2019).

Mesmo frente às dificuldades, Moreira (2019) afirma que esta escola foi de fato a primeira escola de enfermagem brasileira e atualmente denomina-se Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro.

Muitas foram as tentativas para iniciar a formação dos enfermeiros e enfermeiras no Brasil. Conforme Moreira (2019), a justificativa para criar a primeira escola de Enfermeiros e Enfermeiras foi para solucionar os dois graves problemas que a República enfrentava:

suprir a falta de mão de obra enfrentada com a saída das religiosas e resolver o problema das pessoas de sexo feminino que tinham dificuldades de profissionalização. O ensino era direcionado na forma tecnicista e somente para atendimento aos pacientes psiquiátricos.

O curso estabelecia uma duração de dois (02) anos, incluindo as aulas teóricas e práticas com visitas às enfermarias. Nessa época, o diretor do Hospício Nacional dos Alienados solicitou a vinda das enfermeiras de Salpêtrière, na França, elas tiveram contrato firmado no Brasil de fevereiro de 1893 até fevereiro de 1895. Ximenes *et al.* (2001) relatam que foram contratadas 40 enfermeiras da Escola de *Salpêtrière*, elas atuavam como formadoras de cuidadores, com componentes curriculares teórico-práticos biomédico, hospitalocêntrico e generalista, influenciados pela constituição do corpo docente predominante de médicos.

Estas enfermeiras foram distribuídas para a escola profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), elas utilizavam algumas teorias para o desenvolvimento de suas atividades, orientavam as auxiliares a cuidar dos doentes, não seguiam nenhuma ideia nítida e o mais importante era saber que os pacientes estavam recebendo cuidados profissionalizados qualificados (Moreira, 2019).

Kletemberg *et al.* (2003) afirmam que, ao longo do século XIX, as variações conjunturais no modelo político-econômico brasileiro tiveram implicações diretas no setor de saúde, e foi o caso da presença constante de doenças epidêmicas no país que dificultava as negociações dos produtos brasileiros, destinados à exportação, atingindo a economia do país. Esta situação levou a uma política de controle de doenças epidêmicas e à necessidade de profissionais capacitados, treinados e qualificados para prestar serviços nesse controle, sendo, assim, observou-se a necessidade e importância de ter a vigilância sanitária dos portos e o cuidado com os doentes. Foi neste contexto que ocorreu o início da institucionalização de ensino de Enfermagem no Brasil.

2.2 ATIVIDADES INICIAIS CONSIDERANDO O PERÍODO DE 1900 A 1943

As atividades no período de 1900 a 1943 encontraram grandes dificuldades e enfrentamentos, tais como: falta de recursos próprios, sem apoio e com falta de mão de obra para prestar assistência aos enfermos. Acrescido a isso, o modelo político-econômico

que afetava diretamente os setores de saúde no Brasil especialmente com a chegada das doenças endêmicas.

Muitas foram as tentativas para melhorar a qualidade do ensino, segundo Moreira (2019), em 1905 houve uma reinauguração da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, tal iniciativa ocorreu por parte do Professor Afrânio Peixoto, com a intenção de dar vida nova à escola e contou com a ajuda da Assistência Medico-Legal de Alienados, portanto, o Dr. Júlio Afrânio Peixoto passou a ser diretor da escola. Tal mudança não trouxe grandes transformações estruturais para o ensino de enfermagem, ficando clara a divisão entre o saber e o fazer. No entanto, a teoria era ensinada pelos médicos e davam ao futuro profissional noções para realizar suas funções numa posição de subordinação, excluindo o enfermeiro que já fazia parte do quadro de funcionários, desde o Decreto 896 de 1892.

Outro fato considerado importante, em 1905, foi a vinda do professor Juliano Moreira, da Faculdade de Medicina da Bahia, para dirigir os serviços Assistenciais dos Alienados no Distrito Federal e, com isso, a Escola dos Profissionais Enfermeiros e Enfermeiras teve confirmadas suas funções, manteve a duração do curso de enfermagem num período de dois (02) anos, apresentando outro enfoque, ou seja, preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalharem nos hospícios, hospitais civis e militares, dispondo de um quadro de professores já devidamente reorganizado. Um dos primeiros requisitos observados foi a constatação da necessidade de um ensino sequencial e organizado (Moreira, 2019).

Este modelo de ensino, apesar de ser mais organizado, era voltado para a prática curativa e com visão tecnicista, cumprindo os deveres de uma forma disciplinada e, dessa forma, foi estipulado o conteúdo para ser ensinado na preparação dos profissionais de enfermagem.

Segundo Moreira, foi elaborado um currículo mais adequado de ensino de enfermagem nos seguintes termos:

1. Anatomia e fisiologia elementares;
2. Pequena farmácia e administração de medicamentos;
3. Curativos e pequenas cirurgias; Higiene oral e tratamento aos alienados;
4. Prática administrativa e hospitalar (Moreira, 2019, p. 131).

Conforme a mesma autora, neste período, a maioria dos alunos matriculados em um curso primário que funcionava no mesmo prédio da escola, eram majoritariamente servidores do hospital e com o objetivo de ingressar posteriormente no Curso de Enfermagem. Portanto, o objetivo da Escola era formar pessoas para prestar mão de obra, mas como a Escola ainda não era regulamentada, as decisões de ensino eram tomadas

em reuniões de congregação sobre a qual ficava a responsabilidade da tomada de decisão e de ordem didático-administrativa.

A escola de enfermagem continuava sob o impacto político da época, pois, trazia na prática sua expressão ideológica. A responsabilidade dos estudos de doenças caberia à União e, por isso, foi criada no Rio de Janeiro a Diretoria de Higiene e Assistência Pública, a qual deveria prestar assistência social. Já nos meados dos anos de 1900, Oswaldo Cruz, com sua equipe, ampliando seus poderes sobre a sociedade e modificando a legislação, começou o saneamento contra a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Moreira (2019, p. 131) afirma que, “para o atendimento às grandes epidemias e endemias, o governo contava com alguns médicos e com nem um outro profissional qualificado do setor da saúde”.

No ano de 1912, na cidade de São Paulo, teve início o curso para preparar enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira e, em 1914, foi fundada a escola Cruz Vermelha na cidade do Rio de Janeiro, tendo como propósito cuidar dos soldados doentes ou feridos na Primeira Guerra Mundial. De acordo com Ximenes *et al.* (2019),

A formação em Enfermagem no Brasil, em uma perspectiva histórica comparada e que distingue os fenômenos sociais em suas temporalidades com o intuito de desvelar as diacronias e as veredas expansionistas pelo mundo, é influenciada a partir dos processos evolutivos das escolas anglo-americana e francesa (Ximenes *et al.*, 2019).

Podemos observar que foram muitas tentativas em busca por meios para conseguir atender aos enfermos. Neste período, podemos dizer que o setor da saúde precisava de pessoas qualificadas e que o exercício de enfermagem fosse regulamentado, importante ressaltar que até este período a enfermagem era ensinada por médicos e a escola de enfermagem estava sob a direção deles.

Cabe ressaltar a regulamentação do ensino e os avanços para a formação do enfermeiro no período de 1920-1943. Conforme Moreira (2019), em 1920 ocorreu um grande aumento de estabelecimentos, sendo estes, destinados a pacientes com doenças mentais e estes serviram como campo de prática para os estudantes da escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, a qual foi beneficiada por sofrer influências diretas da psiquiatria e se manteve com este benefício por 10 anos por se tratar da autonomia que esta área recebeu como especialidade autônoma, mesmo em um período de intensa fermentação social, inclusive, com rebeliões militares.

E, conseqüentemente, foi expedida pelo ministro da justiça Alfredo Pinto Vieira de Melo a Portaria de 1º de setembro de 1921, o qual aprovou o novo regimento da escola, que, 30 anos após a sua criação, estabeleceu três seções; a Masculina, a Feminina e a Mista. No entanto, a seção Masculina não funcionou e a feminina que funcionava na Colônia de Psicopatas, por ter sido patrocinada pelo Dr. Alfredo Pinto, recebeu seu nome passando a se chamar Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e a seção Mista funcionava no hospital psiquiátrico (Moreira, 2019).

Em 1923, o Dr. João de Mello Mattos, professor da referida Instituição, assumiu o cargo de coordenador e anunciou que a escola passava por uma fase difícil e que não tinha localização própria, em situações de precariedade e somente com 45 alunos matriculados, sendo assim, as coisas não seguiam bem com a instituição (Moreira, 2019).

No mesmo ano, o Dr. Gustavo Riedel, Fundador da Liga Brasileira de Higiene, criou um laboratório de profilaxia de doenças mentais e a escola de Enfermagem passou a formar também as “monitoras de higiene mental”. E, a partir desta formação, as “monitoras de higiene” passaram a realizar assistências aos doentes juntamente com os alunos da escola que seguiam as orientações do Dr Gustavo Riedel (Moreira, 2019).

Segundo este Decreto, a Escola de Enfermeiras “Ana Nery”, por intermédio de uma iniciativa governamental da época, ficou considerada como a escola oficial padrão, tendo ficado ligada ao Departamento de Saúde Pública e à Fundação Rockefeller. Importante ressaltar que, em 1920, foi criado o Departamento de Saúde Pública, na reforma de Carlos Chagas e foi com essa reforma que a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial recebiam tratamento particular. No entanto, outras doenças como a tuberculose, a lepra, e, dentre outras, as doenças venéreas receberam órgãos especializados (Moreira, 2019).

Durante este período, o médico que assumia a direção da escola vinculada ao Hospital Nacional dos Alienados. Moreira (2019, p. 139) afirma que, dentro das inúmeras dificuldades em que se vivia, tanto na parte financeira quanto na parte da organização, por longo tempo tinham dois objetivos, sendo que um deles seria formar enfermeiras e enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares e, por outro lado, o objetivo imediato de resolver o problema do Hospital Nacional dos Alienados.

A Enfermagem Moderna teve início no Brasil em 1923. Conforme afirma Paiva (2011), o Decreto nº 16.300/23 aprovou o regulamento que oficializou a introdução no ensino oficial sistematizado do Brasil. Esse decreto estabeleceu a primeira escola com

currículo estruturado, orientada e organizada por enfermeiras do DNSP, então dirigido por Carlos Chagas, e que, posteriormente, foi denominada Escola Anna Nery.

Para assegurar o controle do estado, Kletemberg *et al.* (2003) afirmam que, a institucionalização do ensino da enfermagem representou, além da ampliação do campo de atuação da enfermagem, a forma do estado reconhecer a profissão ao nível formal. Tal processo de normalização, embora sendo de interesse do Estado, encontrou resistências na prática, por parte das antigas instituições responsáveis pelos serviços.

Foram diversas as alterações no ensino de enfermagem no Brasil até o ano de 1923 e continuou com muitas mudanças e criação de novas escolas. Moreira (2019) relata que, conforme o relatório do professor Juliano Moreira, a escola de enfermagem passou por várias intermitências devido às condições de trabalho e necessidade de mão de obra para prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos e este fato aconteceu, devido ao “aumento da população de pacientes internados no Hospício Nacional ultrapassava o número de mil” e, ainda, o pessoal com sobrecarga de trabalho não tinha tempo para frequentar aulas na escola.

Moreira (2019), diante de outra iniciativa governamental, no Campo de estruturação profissional da Enfermagem no Brasil, independente da Escola Profissional de Enfermeiros. Em 1923, de acordo com Ximenes Neto *et al.* (2019), foi implantada uma nova tendência na formação de enfermeiros e enfermeiras, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP – atual Escola de Enfermagem Anna Nery).

Segundo Duarte *et al.* (2016), historicamente, o ensino de Graduação em Enfermagem passou por várias modificações no que se refere à sua relação com as condições econômicas, políticas e ideológicas de cada período. Ito *et al.* (2006) observam que, em 1923, por meio do Decreto nº16.300 no Rio de Janeiro, foi introduzido o ensino oficial de Enfermagem Moderna no Brasil, mediante organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas e, posteriormente, denominada “Escola Anna Nery”. No mesmo contexto, Geovanini (2019) escreve que a Escola de Enfermagem “Anna Nery” foi a primeira escola baseada na adaptação americana do modelo Nightingaleano⁴.

⁴ O modelo Nightingaleano foi criado pela fundadora da Enfermagem moderna, Florence Nightingale, devido ao destaque que teve no tratamento e cuidados dos feridos na guerra da Criméia em 1854 por intermédio da sua participação como voluntária. Para ela, a enfermagem era uma arte que requeria treinamento

De acordo com Ximenes Neto *et al.* (2019), uma nova tendência foi implantada com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no entanto, era pautada no modelo curricular anglo-americano, conhecido como *Nightingaleano*, modelo este trazido ao Brasil por uma missão de enfermeiras da Fundação Rockefeller para colaborar na implantação da reforma sanitária idealizada por Carlos Chagas. Este modelo repercutiu na modernização da profissão, na formação e na organização social e política da categoria, mas não conseguiu agregar ao enfermeiro uma posição social e sanitária, a partir de uma racionalidade profissional, de uma categoria liberal que produz cuidado para um mercado de trabalho com agregação da saúde e da doença.

O modelo de formação francês trouxe como pressuposto a feminização, com evidente posição da profissão na estratificação social e a predominância funcionalista e hierárquica interprofissional, estando a Enfermagem em uma posição de submissão à Medicina. Sendo assim, em contrapartida, o modelo de formação anglo-americano coaduna *práxis* com componentes essenciais para a construção alinhada da Ciência e Profissão de Enfermagem, sendo o conhecimento científico teórico e prático os componentes curriculares essenciais e obrigatórios para a formação (Ximenes Neto *et al.*, 2019).

Frente às dificuldades que enfrentava a República Brasileira, de acordo com Germano (2003), a saúde pública defrontava-se com mais uma crise decorrente das epidemias e endemias que representavam uma ameaça à população, bem como à

organizado, prático e científico. A enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e a higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas. O grande mérito de Florence foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem que, provavelmente, não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional organizada (Costa *et al.*, 2009).

O mesmo autor afirma que o trabalho realizado por Florence Nightingale teve impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a enfermagem e salvar vidas. Ela quebrou o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército e transformou a visão da sociedade em relação à Enfermagem e ao estabelecimento de uma ocupação para mulher. A sua vida tem servido de exemplo para a humanidade, especialmente para a Enfermagem. Sua abnegação e decisão em modificar as condições de saúde da sociedade no final do século XIX, marcaram profundamente a história.

A experiência prática era fundamental, mas não bastava somente esta prática. Por intermédio de seus estudos epidemiológicos, se valia da estatística e relatórios de diferentes instituições de saúde simultâneas, comparando e construindo relações que lhe proporcionaram conceber que princípios de higiene, boa ventilação, alimentação, aquecimento, entre outros aspectos, asseguravam uma boa saúde do ser humano. Entendendo a saúde-doença como processo e o meio-ambiente como algo externo e interno do ser humano, Florence Nightingale, à sua época, estabelece uma abordagem humanista e globalizante de assistir o ser humano na sua totalidade (Backes, 1999).

economia brasileira. O setor agrário-exportador cafeeiro dependia do saneamento dos portos, para continuidade de suas transações comerciais.

Para tentar minimizar o problema, diante de uma situação complicada, Germano (2003) afirma que Carlos Chagas recorreu e contou com a colaboração da Fundação Rockefeller, a qual enviou nove enfermeiras americanas com o propósito de estruturar o serviço de enfermagem de saúde pública, na cidade do Rio de Janeiro, e assim, fundar uma Escola de Enfermagem. Essas foram as enfermeiras, organizadoras da Escola, primeiras professoras e assumiram a direção, somente no ano de 1931, que a direção foi assumida por uma brasileira, a enfermeira Rachel Haddock Lobo, quando, aos poucos, as americanas foram retornando ao seu país de origem.

Conforme citado anteriormente, o primeiro currículo foi implantado em 1923, para concretizar o efetivo funcionamento da Escola Anna Nery (Decreto nº 26. 300) e, nesta ocasião, a diretora da Escola era a Sra. Clara Luise Kieninger, que era enfermeira norte-americana e foi a 1ª Diretora da Escola Anna Nery, na gestão de 1923 até 1925.

Para Germano (2003, p.14), “As demais iniciativas em torno do ensino de enfermagem, anteriores à fundação dessa Escola de Enfermagem Anna Nery, não tiveram bases tão sólidas”, por isso, “Entre outras escolas fundadas anteriormente, razão pela qual os estudiosos da história da enfermagem consagram a Escola Anna Nery como, de fato, a primeira Escola de Enfermagem do Brasil”.

O primeiro currículo concentrava-se em disciplinas que eram chamadas de preventivas, compatíveis com o objetivo da escola, ou seja, formar enfermeiras de saúde pública e combate às doenças infecciosas. A escola exigia das alunas, oito horas diárias de trabalho hospitalar, provavelmente pela escassez de enfermeiras na área. Apesar disso, os serviços de saúde pública as admitiam imediatamente após a conclusão do curso e, por muito tempo, representaram o campo de trabalho, por excelência, da atividade do enfermeiro (Germano, 2003).

Geovanini (2019) afirma que, em 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), pelas primeiras enfermeiras egressas da Escola Anna Nery. Este órgão foi juridicamente registrado em 1928 e filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem, em julho de 1929. As suas comissões tiveram papel importante no desenvolvimento de Enfermagem Brasileira e, principalmente, nos aspectos de legislação e educação.

Em 1930, foi promulgado o Decreto n.º 19.402, mais precisamente no dia 14 de novembro. “Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública”, constando em seus artigos 1º, 2º e 5º:

Art. 1º Fica criada uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, sem aumento de despesa.

Art. 2º Este Ministério terá a seu cargo o estudo e despacho de todos os assumptos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar.

Art. 5º Ficarão pertencendo ao novo ministério os estabelecimentos, instituições e repartições públicas que se proponham à realização de estudos, serviços ou trabalhos especificados no art. 2º, como são, entre outros, o Departamento do Ensino, o Instituto Benjamin Constant, a Escola Nacional de Bellas Artes, o Instituto Nacional de Música, o Instituto Nacional de Surdos Mudos, a Escola de Aprendizes Artífices, a Escola Normal de Artes e Ofícios Wenceslau Braz, a Superintendência dos Estabelecimentos do Ensino Comercial, o Departamento de Saúde Pública, o Instituto Oswaldo Cruz, o Museu Nacional e a Assistência Hospitalar (Brasil, 1930).

Segundo Moreira (2019, p.137), esse Decreto foi criado com a “vitória do movimento revolucionário de outubro de 1930”. Sendo assim, no setor da saúde, os trabalhos e o controle da febre amarela prosseguiram pelo ano de 1930. Importante ressaltar que, nessa época, a mulher tornava-se mais instruída e a sua influência ultrapassava os limites do lar. Aos poucos, as jovens brasileiras ingressaram nas escolas de nível superior e no serviço público. Esse fato favoreceu que as jovens, com autorização dos pais, pudessem frequentar as escolas de Enfermagem.

Em 1930, ocorreram eventos considerados importantes que viriam a marcar historicamente a trajetória da escola, como uma Instituição de ensino geradora de recursos humanos de enfermagem (Moreira, 2019). No Brasil, o Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem, foi revogado mais tarde pela Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, que dispunha:

Art. 1º - Só poderão usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada ou as iniciais correspondentes a estas palavras: a) os profissionais diplomados por escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas na forma da presente lei; b) os profissionais que, sendo diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis do seu país, se habilitarem perante a banca examinadora competente ou forem contratados pela administração federal ou estadual.

Parágrafo único. Os referidos profissionais só poderão usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada, ou as iniciais correspondentes, após o registro do diploma no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Art. 2º - A Escola de Enfermeiras Ana Nery, do Departamento Nacional de Saúde Pública, será considerada a escola oficial padrão⁵.

Art. 3º - A banca examinadora a que se refere o art. 1º deverá constar: da Diretoria da Escola de Enfermeiras Anna Nery, de duas enfermeiras diplomadas indicadas pela diretoria da Associação de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, de dois professores da Escola Anna Nery, dos quais um médico e outra enfermeira, ambos indicados pela Superintendência Geral do serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Art. 4º - As escolas de enfermagem oficiais ou particulares que desejarem a equiparação deverão solicitá-la ao Ministério da Educação e Saúde Pública, descrevendo em detalhe a organização dos cursos, as instalações materiais e composição e títulos do professorado, enviando exemplares dos seus estatutos, regulamentos e regimento internos.

§ 1º Por indicação da diretoria da Escola de Enfermeiras Anna Nery, será designada, pelo ministro da Educação e Saúde Pública para a inspeção da escola que desejar a equiparação, uma enfermeira diplomada com prática de ensino e administração de escolas de enfermeiras, à qual serão entregues os documentos juntos ao requerimento de equiparação Brasil (Brasil, 1931).

Moreira (2019) considera a importância de destacar a Escola Profissional Alfredo Pinto, devido a esta ser considerada a pioneira do ensino de Enfermagem no Brasil, proporcionando uma formação com ensino de qualidade e abrangente na área do conhecimento e nas especialidades de enfermagem até o início daquela década. Entre muitas tentativas para seguir o ensino de enfermagem, Moreira (2019) afirma que, em 1939, mais precisamente em 5 de setembro, também foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermeiras Católicas de Marillac, atualmente, Faculdade de Enfermagem Luiza Marillac e tem como objetivo, dar formação de Enfermagem às irmãs de caridade.

Os hospitais das primeiras décadas do século passado, em sua grande maioria, contavam com a mão de obra muito precária por parte da enfermagem, pois, não era profissionalizada, porém, à medida que se expandiam as escolas de enfermagem, gradativamente, foram sendo substituídas por profissionais da área. Importante lembrar que a criação de novas escolas ocorre somente a partir dos anos trinta e, nesse mesmo período, também se organizam os primeiros cursos de auxiliar de enfermagem. O primeiro desse nível foi no ano de 1936. Instalado na Escola de Enfermagem Carlos Chagas, em Belo Horizonte-MG, sob a coordenação de sua primeira diretora, a enfermeira Laís Neto dos Reys.

⁵ O ensino na Escola de Enfermagem Anna Nery foi considerado padrão por 18 anos para as demais escolas. Por este motivo, algumas pessoas relatam “enfermeira Padrão”.

Importante ressaltar que, para Germano (2003), nos anos 1940 e 1950, o ambiente hospitalar começa a sofrer um processo de transformação em suas práticas. Isso se dá em decorrência do desenvolvimento técnico-científico, da introdução e utilização de equipamentos mais modernos nos diagnósticos e tratamentos, resultantes da própria inserção do modelo capitalista de produção no setor saúde. Todas essas inovações passam a exigir, cada vez mais, profissionais com maior competência técnica para o exercício da profissão; pelo menos é o que preconiza a legislação da época.

Podemos observar nos escritos que encontramos de Moreira (2019), a importância que teve a Escola Alfredo Pinto no ensino de enfermagem brasileiro. Como citado anteriormente, considerada uma escola pioneira no ensino e que deixa legado para a profissão de enfermagem. Instituição esta, que permaneceu em funcionamento mesmo diante das dificuldades encontradas no ensino e as mudanças ocorridas no país, continuou anexa ao Hospital Nacional dos Alienados.

Ao mesmo tempo, na área da educação, ocorriam outras reformas. Importante ressaltar que a partir de 1943 a direção da escola de enfermagem passou a ser direcionada por enfermeira. Maria Castro Pamphiro, formada na primeira turma da Escola de Enfermagem Anna Nery e pós-graduada pela Fundação Rockefeller, permaneceu na direção da escola no período de 1943-1956. Muitas mudanças ocorreram neste período de 13 anos (Moreira, 2019).

3 AS MUDANÇAS NOS PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1949 - 1970)

A seguir, apresentamos alguns marcos legais no Brasil relacionados ao Ensino e à Educação Superior, como a Lei que regulamenta o ensino de enfermagem, de 1949, e a Lei da Reforma Universitária, de 1968.

Em 1949, a enfermagem ganha mais um avanço no ensino, com a promulgação da Lei 775, em 06 de agosto. Esta Lei dispõe sobre o ensino de enfermagem no país. Moreira (2019, p. 140) afirma que a norma legal adequava o ensino de Enfermagem às reais necessidades de qualificação profissional, abrindo novos campos para atuação, com perspectiva de nível superior para a profissão. Em decorrência disso, a atual diretora da Escola Alfredo Pinto, Maria Castro Pamphiro, contrariando o Decreto nº 10.472, de 22 de setembro de 1942, que aprova o regulamento da Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, adotou um currículo equivalente ao da Escola de Enfermagem Dona Anna Nery.

Portanto, não foi fácil a Escola Alfredo Pinto adequar-se aos dispositivos da nova lei, sendo que, desde sua origem, era vinculada ao Hospital Nacional dos Alienados e posteriormente, ao Ministério da Saúde, por meio do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Desta forma, ressentia-se dos efeitos de vários dispositivos e diretrizes básicas de ensino, fixadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública e cumpridas pelos órgãos e ele subordinadas (Moreira, 2019).

Em 1949, com o Projeto da Lei 775 e do Decreto 27.426, que buscaram regulamentar o ensino de enfermagem, esses instrumentos legais oficializaram os cursos para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, estabelecendo como pré-requisito a conclusão de cursos com duração de 4 anos para enfermeiras e 18 meses para auxiliares, com ênfase na assistência curativa (Moreira, 2019).

Conforme o artigo 1º, cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina deve contar com uma escola de enfermagem, oferecendo os dois cursos mencionados no referido artigo: o curso de enfermagem e o curso de auxiliar de enfermagem. Dessa forma, essa Lei controlou a expansão das escolas e determinou que a formação em Enfermagem fosse centralizada nos centros Universitários (Brasil, 1949).

Assim, a promulgação da Lei nº 775/49, como tratado anteriormente, tornou obrigatória a inclusão do curso de Enfermagem em toda universidade ou sede de faculdade de Medicina, propondo um ensino fortemente vinculado à formação hospitalar, centrado no modelo clínico, condizente com o mercado de trabalho da época e este foi um fator marcante naquele período, pois houve grande mudança no ensino (Leonello *et al.*, 2011).

De acordo com a Lei 2.367/1954, que “Dispõe sobre o ensino de enfermagem em cursos volantes”. Temos que:

Art. 1º - As Escolas de Enfermagem, oficiais ou reconhecidas, e os Governos estaduais, através de seus departamentos educacionais ou sanitários, poderão, a título precário e durante o período de 10 (dez) anos, organizar cursos volantes para preparação de auxiliares de enfermagem.

§ 1º - Os referidos cursos deverão ser realizados em localidades onde não existam escolas de enfermagem e sempre em hospitais que ofereçam possibilidades reais para o ensino.

§ 2º - Os cursos, que terão a duração de 18 (dezoito) meses, deverão observar as disposições da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e do Decreto nº 27.420, de 14 de novembro de 1949, ressalvado o disposto na presente Lei.

§ 3º - O ensino nos cursos volantes poderá ser ministrado por médicos e enfermeiros, devendo sempre fazer parte do corpo docente pelo menos um enfermeiro.

Art. 2º - A União auxiliará os cursos de emergência através de convênios com os governos estaduais, no caso de escolas oficiais, e com subvenções às escolas particulares, além de bolsas a estudantes.

Art. 3º - Dentro de 120 (cento e vinte) dias da publicação da presente Lei, o Poder Executivo baixará o respectivo regulamento (Brasil, 1954).

Conforme citado anteriormente, na Lei nº 2.367/1954, os cursos volantes foram criados com o intuito de preparar, ou seja, formar as pessoas que trabalhavam na área de enfermagem, considerando que não possuíam nenhum curso de formação anterior.

O objetivo era preparar aqueles que já estivessem atuando na área de enfermagem, a fim de organizar a profissão e seus cursos de formação. Dessa forma, os profissionais, ao obterem a devida habilitação, seriam capazes de prestar atendimento à população de maneira mais estruturada e com qualidade. Com essa preparação, os profissionais estariam prontos para desempenhar as funções e atividades que lhes fossem designadas, já que, à época, exerciam a profissão sem a formação adequada para orientar sua prática profissional.

Assim, “a direção da Escola de Enfermagem passou a ser liderada pela enfermeira Lydia das Dores Matta, graduada pela Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo, em 1948” (Moreira, 2019, p.144). Ela permaneceu na direção da escola de 1957-1961 e buscou atender aos dispositivos da Lei nº 775/49. Dessa forma, a escola passou a formar enfermeiros em 36 meses, conforme estabelecia a Lei vigente. Em 1951, com a separação do Ministério da Educação e da Saúde pelo Decreto nº 1920/53, as Instituições de ensino passaram a ser subordinadas ao Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o exercício profissional foi regulamentado pela Lei nº 2.604, de 17 setembro de 1955 e a Lei 2.822, de junho de 1956, que dispõem sobre o registro de diploma de enfermeiro expedido até o ano de 1950 e dá outras providências. Paralelamente, a escola ia regularizando as atividades funcionais, consoantes com o ensino de enfermagem e com vistas ao nível superior, conforme regulamentado pelo Decreto nº 27.426/49, conforme citado anteriormente a adaptando à Lei nº 775/49 (Moreira, 2019).

O ensino superior de Enfermagem experimentou um crescimento, que esteve diretamente relacionado ao aumento do número de hospitais, que necessitavam de mão de obra especializada para atender à demanda por enfermeiros. Em 1956, o número de escolas de Enfermagem no Brasil havia dobrado, atingindo a marca de 33 instituições. No entanto, no final da década de 1950 e o início dos anos 1960, houve uma desaceleração na expansão de escolas de Enfermagem, de modo que, em 1964, o Brasil contava com apenas 39 cursos de Enfermagem (Leonello *et al.*, 2011).

Todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo ou equivalente dos candidatos a partir de 1961, de acordo com a Lei nº 2.995/56, mas somente em 1962 a Enfermagem passou a ensino de nível superior (Geovanini *et al.*, 2012).

Na década de 1960, devido ao crescimento das atividades de ensino superior, com mais de 100 instituições de Ensino Superior (IES) no País, surgiu a necessidade de estabelecer critérios para o Poder Público assegurar a equivalência entre os vários cursos superiores que estavam sendo criados. Neste período foi promulgada a Lei nº 4.024/1961 e a Lei das Diretrizes de Base da Educação Nacional (Jankvivičius *et al.*, 2015).

Em 1964, a repressão política que se instalou no país, decorrente do golpe de Estado que implantou a ditadura militar, conduzia o ensino para uma visão meramente tecnicista da saúde e, assim, dificultando a compreensão do processo saúde/doença como determinante social, além de concorrer para aumentar o descompasso entre o

que se privilegiava nesse ensino e as necessidades de saúde da maioria da população brasileira. O modelo biologicista, individualista, voltado para o hospital, pontificava nesse contexto e o ensino se pautava em uma vertente muito autoritária, dificultando o debate dentro de uma visão crítica da realidade social do país e das políticas de saúde adotadas pelo governo brasileiro no período (Germano, 2003).

Consequentemente, mesmo com a insatisfação, por parte de algumas escolas de enfermagem, Germano (2003) afirma que, diante da nova realidade desse ensino, contudo, a situação de fato, tendeu a se fortalecer com o agravante provocado pela força do golpe civil/militar, que se instala no País, a partir de março de 1964, e, com ele, ocorre a Reforma Universitária, de acordo com a Lei 5.540/68 consequentemente, mais uma modificação no ensino de enfermagem, embora nada estrutural. A Reforma Universitária de 1968 teve um impacto significativo na retomada do crescimento do ensino superior em Enfermagem, estimulando o aumento no número de vagas e o surgimento de novas escolas (Leonello *et al.*, 2011).

Conforme o documento (Brasil, 1968), a Lei das Diretrizes de Base da Educação Nacional nº 5.540, promulgada no dia 28 de novembro de 1968, estabeleceu em seu artigo 1º que, “O ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário”. Sendo revogado em 1996, pela Lei nº 9.394, LDB vigente.

Pode-se observar que o Ensino Superior em Enfermagem é de extrema importância para a sociedade como um todo, pois são esses alunos universitários que, no futuro, estarão prestando assistência à população. Diante desse contexto, Leonello *et al.* (2011) afirmam que o sistema de ensino superior exerce grande influência sobre a sociedade em todos os seus aspectos, ao mesmo tempo que é influenciado e determinado por condições histórico-sociais.

Quanto ao desenvolvimento no país, com sua posição estratégica não decorre apenas de processos de inovação tecnológica, produção e difusão da ciência e da cultura, mas especialmente de seus impactos na formação e qualificação da força de trabalho, além dos processos de modernização e melhoria da sociedade (Leonello *et al.*, 2011).

Em relação à direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Importante ressaltar, que, conforme Moreira (2019), a escola passou a ser direcionada pela enfermeira Cléa de Pontes, no período de 1961-1969, que permaneceu na direção

por oito anos, uma das grandes preocupações da atual diretora, era situar o curso em alto nível.

Assim, observa-se que o impacto do ensino de enfermagem com a promulgação da Lei nº 775 foi significativo. Em 1968, com a chegada da Reforma Universitária, os avanços no Ensino Superior foram ainda mais evidentes. Na sequência serão apresentados os principais aspectos das mudanças nos paradigmas da educação do profissional da área da Enfermagem, identificando as Políticas Públicas direcionadas aos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, abordando alguns fatores que impulsionaram essas transformações, bem como as metodologias que se enquadram nesse novo panorama do ensino, resultantes da complexa exigência em relação às práticas em saúde executadas dentro do Sistema Único de Saúde.

3.1 AVANÇOS NA ORGANIZAÇÃO PARA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1971-2000)

Nessa subseção abordaremos a organização curricular da formação do profissional de Enfermagem no período de 1971 a 2000, que passou por transformações significativas, refletindo as mudanças sociais, políticas e educacionais do Brasil.

Portanto, durante esse período ocorreram muitos avanços para organizar a formação do profissional de enfermagem e a sua segurança na prática de suas atividades. Com a trajetória da enfermagem, a luta pela profissão, os caminhos percorridos, enfrentamentos para prestar assistência ao cuidado da população houve a necessidade de uma organização e direcionamento para estes profissionais prestar assistência com segurança às pessoas. Assim, ocorreu a criação dos conselhos de classe, Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), os quais, no conjunto, constituem uma autarquia federal, cuja tradição denominou Sistema Cofen/Corens (Sampaio, 2014). Sob o determinado no Decreto nº 5.905/73, esses conselhos passaram a ser responsáveis por normatizar, fiscalizar e zelar pelo exercício profissional da Enfermagem, assegurando a qualidade dos serviços prestados. Em meados de 1975, houve a criação da categoria de técnico

de Enfermagem. Posteriormente, em 1981, ocorreu a regulamentação dos cursos de mestrado na área.

Sua composição é dinâmica já que acompanha o crescimento do quantitativo de profissionais egressos dos cursos de formação tanto de nível superior quanto do ensino médio inseridos no mundo do trabalho, a demanda dos serviços de saúde e o crescimento do número de escolas de Enfermagem. Portanto, os conselhos profissionais preconizam a excelência na prestação do serviço à sociedade. Conselheiros, servidores e todos os colaboradores trabalham em prol da Enfermagem e, conseqüentemente, da saúde e bem-estar da população. Esta luta é fundamental para preservar a atuação do enfermeiro na atenção básica e em equipes multiprofissionais (Sampaio, 2014).

A partir de 1975, foi definido um novo modelo por meio da Lei 6.229, promulgada no dia 17 de julho, dispondo sobre a Organização do Sistema Nacional de saúde. A Lei citada legitimou a pluralidade institucional no setor e identificou a Previdência Social como responsável pela assistência individual e curativa, sendo assim, “o Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias, pelos cuidados preventivos e de alcance coletivo, acarretando uma divisão entre ações tecnicamente indivisíveis” (Geovanini, 2019, p. 64).

Dessa forma, a política então proposta para superar as crescentes dificuldades de saúde popular pautou-se na Declaração da Alma-Ata e seus objetivos foram delineados na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde. Estes objetivos priorizavam a assistência profilática e preventiva, sem descuidar dos aspectos curativos e de reabilitação. Além disso, traçavam linhas básicas para a redemocratização do setor e sustentavam a responsabilidade do governo na assistência à saúde (Geovanini, 2019).

Sendo assim, no Brasil, o documento (1978) afirma que a Declaração de Alma-Ata foi assinada em 12 de setembro de 1978, na então União Soviética (Rússia). A Declaração sobre Cuidados Primários reuniu, pela primeira vez, governos de diversos países para firmar o compromisso de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo, inclusive financeiramente, em especial nas regiões em desenvolvimento. Com a perspectiva do combater à desigualdade em saúde, o documento considera a APS a chave para que as pessoas atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva e promove a

formulação de políticas, estratégias e planos nacionais de ação para cuidados primários de saúde.

Além disso, o documento da Declaração de Cuidados Primários relata que a Conferência reafirma enfaticamente que a saúde não é simplesmente ausência de doença, mas sim um estado completo de bem estar físico, mental e social, sendo um direito humano fundamental. A conquista do mais alto nível possível de saúde é considerada a mais importante meta social no mundo, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Além disso, é direito e dever dos povos participar, individual e coletivamente, no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (Brasil, 1978).

Outro marco relevante foi a promulgação da Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional da Enfermagem e estabeleceu um prazo de dez anos para que os atendentes se profissionalizassem. Já em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidaram-se novas demandas e diretrizes para a formação em saúde. Como consequência, em 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem.

Para Geovanini (2019), a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde destacou também a questão da grande desigualdade existente entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, afirmando, assim, que a promoção e proteção da saúde de um povo é indispensável para que ocorra um desenvolvimento econômico e social contínuo, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida para o alcance da paz mundial. A importância da participação popular e coletiva, sendo um direito e dever de cada cidadão, forçou uma nova abertura política internacional na direção da consecução dos direitos da cidadania.

No entanto, uma das principais metas da Declaração de Alma Ata é saúde para todos até o ano 2000. Mediante o melhor e mais completo uso de recursos mundiais, destinados a fins pacíficos e, em particular, a aceleração do desenvolvimento social e econômico, como parte essencial, os cuidados de saúde devem receber sua parcela apropriada (Brasil, 1978).

A Atenção Primária de Saúde como base na consecução do objetivo saúde para todos no ano 2000, proposta em Alma-Ata, não trouxe os resultados esperados na medida em que a ordem política, social e econômica do país não se estruturou, no sentido de viabilizar o alcance dessa meta. A tentativa de ampliação da cobertura dos

serviços de saúde coincidiu com um momento de crise financeira brasileira e, consequentemente, racionalizou os recursos disponíveis para o alcance das metas. “Ainda que teoricamente a mudança fosse admitida, na prática, apenas algumas medidas foram tomadas para tentar superar a crise que se opôs no sistema de atenção à saúde” (Geovanini, 2019, p.66).

A isso, Germano (2003) afirma que houve uma intensificação dos debates, acompanhando o processo de redemocratização do país, o que fortaleceu o Movimento da Reforma Sanitária, que, na década seguinte, nos anos 1980, se consolidou com a adesão de novos atores sociais. No entanto, é importante reconhecer que, entre as diversas ideias defendidas por esse Movimento, destacava-se a formação de recursos humanos como uma meta prioritária e essencial para repensar a saúde, adotando uma perspectiva distinta daquela do modelo elitista e discriminatório que predominava na área da saúde.

Sendo assim, trata-se de proporcionar uma nova compreensão ao processo saúde/doença, buscando entender em sua estreita relação com as condições de vida e trabalho da população. No entanto, alguns cientistas sociais contribuíram para uma visão ampliada do conceito de saúde e das consequências no ensino e na direção da prática profissional, sendo que este novo contexto propicia o crescimento de uma produção teórica, na área da saúde (Germano, 2003).

Cabe ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi considerada marco histórico das conferências para a saúde pública no Brasil. O evento ocorreu em Brasília, com os seguintes temas: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial e considerada a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade sendo o relatório final base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1986).

Outro aspecto relevante para esta dissertação diz respeito à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Este evento contou com a presença de mais de quatro mil pessoas e na qual a questão fundamental para os participantes da Conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde, se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público (Brasil, 1986).

O documento final define o conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Outro tema bastante debatido foi o da unificação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) com o Ministério da Saúde. A saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. Por outro lado, o setor de saúde receberia recursos vindos de diferentes receitas e o seu orçamento contaria com recursos provenientes do Inamps (Brasil, 1986).

Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência.

Germano (2003) relata sobre a força que teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como marco significativo na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto na Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, uma de suas prerrogativas diz respeito, justamente, à importância que deve ser concedida à política de formação de recursos humanos para o setor. Contudo, Geovanini (2019) relata sobre as propostas da 8ª Conferência Nacional de saúde, que sofreram desdobramentos posteriores até serem aprovadas e incorporadas ao texto da nova Constituição Federal.

Importante salientar que, a Conferência Nacional de Saúde é principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Com a participação de toda a sociedade civil e representantes do governo, o amplo fórum de debates é organizado com a finalidade de avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população.

Seguindo o curso da história, em julho de 1987, proveniente de um sistema de Descentralização, ou seja, enquanto as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se aprofundavam, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (Suds). Este sistema tinha como princípios básicos a universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade. No entanto, o Suds se configurava como uma estratégia intermediária para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços”, enquanto

os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor estavam em andamento (Brasil, 1987).

Germano (2003) relata que, em 1987, a enfermagem brasileira enfrentou um embate entre o grupo tido como conservador e o chamado grupo progressista. Sob a liderança do Ministério Público, este último assume a direção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), passando, de certa forma, a integrar as lutas em favor de uma maior democratização da saúde e da educação.

No entanto, para dar ênfase ao desenvolvimento da assistência em enfermagem, período este de expansão hospitalar, que se dava foco na importância das práticas curativas e por este motivo, a procura pela valorização profissional foi que se inseriu o planejamento da assistência. Conforme afirma Kletemberg (2010), este período também se caracterizou pelos esforços da categoria em validar o seu processo de trabalho resultando na aprovação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Esta lei regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como atribuições privativas do enfermeiro, estabelecendo um limite entre as atividades exercidas pelos profissionais da Enfermagem.

Portanto, as leis do exercício profissional foram promulgadas para atender às necessidades econômicas e políticas diante de questões sociais que prejudicavam o progresso do país. E sendo assim, em 1986, conforme a Lei nº 7.498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem.

Art. 2º - A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício, Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação (Brasil, 1986).

Sendo assim, com a promulgação da Lei do Exercício Profissional de 1986, decorrente da ação em conjunto entre a União, a ABEn, o Cofen e os Corens, sendo estes órgãos que conseguiram a aprovação de Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que atualizava o exercício profissional da enfermagem e do Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamentava esta lei.

Para categoria de enfermagem, este período foi considerado um grande avanço para o desenvolvimento profissional, tanto em termos de autonomia, de maior clareza na definição de papéis, e uma aceitação da sistematização da assistência de

enfermagem como parte das atividades privativas da enfermeira (Kletemberg *et al.*, 2010).

No entanto, Pereira (2014) afirma que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lepe), impactou fortemente a enfermagem brasileira, especialmente por regulamentar as ações privativas do enfermeiro, sendo que nas legislações anteriores, esta ação não existia. No entanto, esta foi a grande contribuição da Lepe para a consolidação da identidade profissional do enfermeiro. Kletemberg (2010) afirma que os profissionais, ao observarem estampadas em lei suas atribuições, sentiram-se responsáveis pela busca de subsídios que fornecessem o referencial para sua implementação. Sendo assim, a lei do exercício profissional e a prática têm relação de reciprocidade.

Entretanto, apesar da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, atender, entre outras, uma necessidade elementar de definição jurídica das competências das diferentes categorias dos profissionais de enfermagem, ainda há muito a ser feito, pois, na dinâmica assistencial dos serviços de saúde pode ser observado que, muitas vezes, a autonomia é vista como um objeto a ser concedido apenas para alguns. Sendo que, existe uma distância enorme entre o trabalho efetivamente realizado pelos enfermeiros e suas competências legais privativas; portanto, para se evitar um viés formalizador, que colocaria em risco o reconhecimento, a autonomia e implicação profissional da enfermagem, é preciso, de fato vivenciar a Lepe (Pereira, 2014).

Neste sentido, pode-se observar que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem constitui referência indispensável para a prática da enfermagem. No entanto, durante a prática, nem todos os enfermeiros utilizam esta lei como alicerce de suas ações. Sendo que toda lei do exercício profissional, de uma forma geral, atende a necessidades elementares da institucionalização de uma profissão, a delimitação de seu campo de trabalho e a definição jurídica de sua identidade profissional.

Observa-se que após a criação da Lepe, os profissionais de enfermagem conseguem um direcionamento com respaldo legal e mais segurança para exercer suas atividades com autonomia. Consequentemente, em 1988, após dois anos da Lepe, surge a criação do Sistema Único de Saúde, dando um avanço em todas as áreas, o qual foi um divisor de águas para a área da saúde pública.

Durante o século XX teve início de algumas discussões sobre a eficiência de ensino adotados, pouco eficiente, com retenção com menos de 10% do conteúdo ministrado 72 horas após a aula. Foram discutidas também as disciplinas independentes e isoladas, comum no Ensino Fundamental e Médio onde não representam relação entre si, mas, na área da saúde, por exemplo... Anatomia, Histologia, Fisiologia são frações de conhecimentos de um mesmo fenômeno, a Biologia humana, como o ser humano funciona, artificialmente fragmentada para facilidade pedagógica (Jankviviús *et al.*, 2015).

O mesmo autor faz um relato sobre as mudanças e evoluções que ocorreram durante o século XX na área da saúde, dentro das instituições e fazendo-se necessária a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) para formação dos profissionais. No entanto, o autor relata que no decorrer do século XX ocorreram tais mudanças, conforme citado, não especificando o ano do fato ocorrido.

Conforme o curso histórico sobre o SUS, criado pela Constituição Federal e oficializado em 1990, esse sistema representa uma das maiores conquistas de democracia do Brasil. Contando com as diretrizes, princípios organizativos e doutrinários, o SUS garante que milhões de brasileiros tenham acesso à saúde de qualidade. Com a Constituição Federal promulgada, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de seguridade social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição do SUS. E, em 1990, foi regulamentado o SUS, responsável pelas ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990).

Portanto, o Sistema Único de Saúde é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Importante ressaltar que dentro da Constituição Federal (CF) estão descritos no Art. 196 até o Art. 200, os direitos à saúde. Conforme o Art.196, a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Sendo assim, a partir da criação do SUS, todo cidadão tem direito à saúde pública gratuita e o Estado passou a ser responsável pela saúde de todos.

As diretrizes do SUS constam no Art.198, relatando que o sistema de saúde está constituído em uma rede regionalizada e hierarquizada e o mesmo está

organizado de acordo com as diretrizes, que preveem a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. E, a participação da comunidade, garantindo o direito às pessoas participar no processo de formulação de políticas públicas e conferências.

Nesse sentido, foi criada a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E no Art. 2º, deixa claro o dever do estado para garantir que todos tenham acesso à saúde.

§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

Observa-se que o direito à saúde de todo cidadão é encontrado no Art. 198 da Constituição Federal e no Art. 2º da Lei nº 8.080/90, deixando claro que, todo cidadão tem direito integral à saúde, sendo dever do estado resolver o problema de saúde da pessoa que procura por atendimento nas instituições de saúde.

Conforme o Art. 199, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, ou seja, as instituições privadas podem participar do Sistema Único de Saúde, de forma complementar, mediante contrato de poder público ou convênio, porém, devem seguir as diretrizes do SUS e tendo preferências, as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. No entanto, o Art. 200 fala sobre a forma de recursos humanos à saúde (Brasil, 1988).

No Brasil, existem alguns marcos legais para a Educação Superior como: a Lei da Reforma Universitária, a Constituição Federal de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e o Plano Nacional de Educação (PNE). Bem como, algumas políticas públicas e os desafios da universidade no século XXI. Como vimos no parágrafo anterior, consta no Art. 200 da Constituição Federal de 1988, “Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, ou seja, é função da CF aumentar o número de vagas em cursos na área que esteja mais precisando para prestar atendimento à humanidade.

A saúde no Brasil é regulamentada como direito universal pela Constituição Federal de 1988 e normatizada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que

criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual enfatiza a atenção voltada à promoção e proteção da saúde a sua recuperação. Conforme este contexto, a formação profissional assume o papel fundamental no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Pode-se salientar que a enfermagem, em sua trajetória de profissionalização no Brasil, tem passado por transformações relevantes no que diz respeito à formação, acompanhando o contexto histórico, político, econômico/ social e suas repercussões na educação e na saúde (Mattia *et al.*, 2017).

Erdman (2009) relata que a construção de conhecimentos resulta em recursos humanos competentes no processo investigativo para um cuidado mais qualificado e o desenvolvimento da pesquisa é uma importante estratégia para o fortalecimento da Enfermagem, como ciência e profissão em suas generalidades e especialidades.

Ainda conforme a autora, a produção de conhecimentos em diversas áreas, especificidades ou particulares e a liderança científica e tecnológica da enfermagem como a ciência e profissão nas suas disciplinas próprias comprometidas com a melhor qualidade de vida e saúde da sociedade. Os desafios serão superados na medida em que reconhecemos nossos limites e soubermos somar esforços no alcance de metas/produtos tecnologicamente mais avançados e com maior agregação de valor e especialmente do ponto de vista científico.

Portanto, Dias *et al.* (2012) apontam sobre as preocupações de formação de recursos humanos para o setor público de saúde, pois, o mesmo esteve presente no cenário político de concepção do SUS, incluindo na Constituição Federal de 1988, a atribuição da saúde em ordenar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nas graduações e a importância da integração ensino e serviço.

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e descentralização administrativo-financeira, de acordo com Ximenes (2019), fomentou avanços e mudanças por conta da necessidade de um modelo de atenção à saúde que garantisse acesso a ações e serviços para a população, com base nas diretrizes e princípios que estrategicamente estabeleceram uma epísteme doutrinária e uma lógica organizativa. Tal processo influenciou fortemente o mercado de trabalho em saúde, caracterizado pela produção de serviços consumidos quando produzidos, com

a subjetividade própria do cuidado prestado por cada trabalhador, que afeta e é afetado, com sentidos e sentimentos próprios.

Como citado anteriormente, a incorporação das ideias da 8ª Conferência Nacional de Saúde à nova Constituição Federal Brasileira. O documento consolidado por intermédio da Lei Orgânica nº 8.080/90 e da Lei Complementar nº 8.142/90, criada aos dias 28 de dezembro, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, deixando claras as responsabilidades dos Conselhos.

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde passou a construir um grande desafio tanto para os gestores, quanto para os profissionais da saúde e para os usuários do serviço de saúde que, cientes das suas responsabilidades na implantação e sedimentação deste sistema, tentaram incorporar ao cotidiano de suas práticas os princípios da universalidade, garantindo o acesso de todos aos serviços de saúde nos níveis de assistência à saúde e da descentralização que transferia o poder da esfera central para os níveis estaduais e municipais e da hierarquização, que criava uma rede de serviços, partindo do nível mais simples para o nível mais complexo (Geovanini, 2019).

O acesso equânime e igualitário de todos os cidadãos aos serviços de saúde e a participação da comunidade por meio dos Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, ficou garantida pela Lei Complementar nº 8.142/90, que preconizava igualmente o caráter permanente e deliberativo dos Conselhos e sua atuação na formulação de estratégias, controle e execução da política de saúde nas instâncias que lhes correspondem, também nos aspectos econômicos e financeiros (Geovanini, 2019).

Sobre o aumento do número de escolas de enfermagem no Brasil, Frota (2020) relata que, conseqüentemente, o número de profissionais formados por período e estes ficando disponíveis para atuar em um mercado de trabalho com múltiplas necessidades de saúde e demanda social, exige uma reorientação de rumos nesta área educacional. No final da década de 1990, o ingresso no curso superior no Brasil estava associado à posição estrutural de cada indivíduo.

Com o crescimento de faculdades privadas, essa associação deixa de ser linear e inicia-se uma procura maior na adesão aos cursos superiores. Além da expansão

da oferta de faculdades particulares, houve a criação de programas de bolsas de estudos para o ensino superior, contribuindo para que uma parcela da população, incluindo os indivíduos mais pobres da sociedade, tenha acesso a esse nível de ensino (Frota *et al.*, 2020).

A mesma autora fala sobre o cenário de empregabilidade que exige de um enfermeiro capaz de liderar equipes detentoras de múltiplos saberes e práticas, visão global e interconectada com os avanços tecnológicos e culturais. Muitas instituições de ensino avançam nesta ótica, outras tantas carecem de reorientações nos construtores teóricos e pedagógicos para, em um futuro próximo, assegurar que as populações detenham melhores indicadores de saúde e se identifiquem satisfação e valorização bidirecional entre os profissionais enfermeiros e as sociedades plurais.

Cabe ressaltar os esforços da ABEn no processo de ensino da formação dos profissionais de enfermagem. Germano (2003) afirma que, por intermédio da Comissão de Educação da ABEn, ela abraça a causa do ensino e se debruça neste sentido de mobilizar docentes, discentes, profissionais dos serviços, grandes e pequenas escolas, com vistas a consolidar a construção de um projeto educacional em curso. Para isso promove seminários nacionais, regionais, oficinas de trabalho, fóruns de debate, incentivando, de todas as formas, a participação de seus atores nesse processo de construção coletiva. Sobre esse aspecto diverge das experiências anteriores vivenciadas no ensino de enfermagem, quando as reformas se davam pelo alto, pelas instâncias hierárquicas da profissão.

No entanto, a partir de 1994 foram criados os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEns), um fórum para tratar esse fim específico. O primeiro destes aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, em 1994, outros se sucederam, embora sem muita regularidade, por razões adversas. O último desses seminários, precisamente o sexto, foi realizado em Teresina/PI, em junho de 2002 (Germano, 2003).

Consequentemente, em 1996, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9.394/96, gerou novas polêmicas no interior da enfermagem, tanto é assim que o III SENADEn (1998) foi realizado com o fim precípuo de discutir as diretrizes para o ensino de enfermagem, no contexto da LDB. Todavia, a ABEn já havia se antecipado na promoção do debate em torno das Diretrizes Curriculares porquanto o tema educação foi, desde a primeira hora, e continua sendo a principal

bandeira da entidade, haja vista que, naquela ocasião, 1998, os cursos de graduação já trabalhavam no sentido de consolidar seus projetos político-pedagógicos (Germano, 2003).

Observa-se que o processo de ensino para a formação do enfermeiro está em constante crescimento e contando com o apoio de alguns órgãos, conforme cita anteriormente. Assim, os avanços e retrocessos acontecem em cada período histórico. A seguir, serão analisadas as Diretrizes Curriculares Nacionais e o contexto da Política Nacional da Humanização para a formação do enfermeiro.

3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO (2000-2002)

Neste subcapítulo o objetivo é apresentar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e a Política Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de contextualizar o tema deste trabalho. Assim, serão abordados, em síntese, os marcos históricos da enfermagem e da humanização, seguidos pelo desenvolvimento da PNH, os processos de sua efetivação, seus conceitos, características, princípios e diretrizes, bem como os desafios da humanização como política transversal no SUS.

Cabe ressaltar o importante evento ocorrido em Brasília, de 15 a 19 de dezembro de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Entre os temas abordados, destacaram-se: controle social, financiamento da atenção à saúde no Brasil, modelos assistencial e de gestão para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde e o controle social.

A Conferência teve como foco o processo de formação e capacitação de recursos humanos para a saúde. Conforme o documento, a educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada (Brasil, 2001). Contudo, não se trata mais apenas de formar profissionais tecnicamente competentes, mas de formar profissionais que tenham vivenciado e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com controle social. No entanto, a formação dos profissionais ainda não está adequadamente orientada para o atendimento à população, e há deficiências técnicas e éticas na formação dos profissionais que chegam aos serviços de saúde, os quais precisam ser melhor preparados no que diz respeito à humanização.

Em relação às universidades, observa-se que não estão cumprindo plenamente seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde não é orientada pela leitura das necessidades sociais em saúde, sendo conduzida sem um debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS. Isso resulta em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões sobre as quantidades e as características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados (Brasil, 2001).

Na 11^o CNS observa-se uma inquietação por parte dos participantes em relação ao processo formativo dos profissionais de saúde, destacando a necessidade para formar pessoas com conhecimento técnico e em humanização. No Brasil, há ausência da academia nos processos de formação, requalificação e capacitação dos recursos humanos para a nova realidade e modelos de gestão (Brasil, 2001). Essa falta de qualificação profissional desmotiva e desgasta física e emocionalmente os trabalhadores, gera dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de saúde, resultando na execução das tarefas sem planejamento e demandando a implementação de políticas de Educação Continuada para os profissionais.

No entanto, houve críticas, referente ao Conasems e o Conass, por ter atuado pouco na melhoria do trabalho e da atuação dos gestores estaduais e municipais, e como resultado, a baixa capacitação dos gestores. Conforme o documento, há a necessidade de criar mecanismos de absorção dos profissionais que saem das universidades e vão para o setor público com o objetivo de ganhar experiência, e posteriormente, migrando para a rede privada (Brasil, 2001).

Desta forma, a 11^a Conferência Nacional de Saúde deixou clara a necessidade de formar profissionais habilitados e comprometidos com o processo de humanização e, ainda, que a formação precisa deixar de ser somente tecnicista e, sim, também ser pautada numa formação humana voltada ao atendimento humanizado.

Cabe salientar que, no dia 08 de agosto de 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem, as quais foram publicadas no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001. Assim, em 7 de novembro de 2001, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 3, cujas diretrizes desempenham um papel fundamental no processo formativo do enfermeiro.

De acordo com Ito *et al.* (2006), podemos observar que, em todo o percurso histórico do ensino de enfermagem no Brasil, as relações sociais, políticas, de educação e de saúde influenciam diretamente no contexto da formação da enfermagem, o qual passou por diversas modificações com atuação constante e fundamental das associações de classe profissionais voltadas para as adequações na formação do enfermeiro às necessidades da sociedade brasileira.

A isso, para avançar na qualidade do ensino de enfermagem, Silva (2010) afirma que as novas configurações do mundo globalizado e seu acelerado processo de modernização científica e tecnológica vêm demandando novas formas de construção do conhecimento, pressionando mudanças no processo de formação de profissionais competentes para o atendimento à saúde da população. Essa necessidade de mudança decorre de elementos, tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e das exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento.

Conforme o parágrafo anterior, a mesma autora afirma que a realidade, por sua vez, vem requerer, das instituições formadoras, a implementação de ações de mudanças buscando a reorientação do processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes capazes de darem respostas aos princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Enfermagem têm sua origem fundamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e são discutidas e analisadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Dessa forma, as DCN funcionam como normativas complementares. A LDB, considerada a mais importante lei brasileira no que se refere à educação, também conhecida como a “Carta Magna da Educação”, estabelece a legislação que regulamenta o sistema educacional da República Federativa do Brasil, abrangendo desde a Educação Básica até o Ensino Superior, tanto para o setor público quanto privado (Brasil, 1996).

As DCN/ENF se constituem num instrumento norteador do processo de construção de Projetos Pedagógicos dos cursos superiores de graduação, trazendo como parâmetros: eixo orientador dos conteúdos mínimos para a formação do profissional; flexibilidade na organização do curso; princípio da formação integral;

adoção de metodologias ativas; incorporação de atividades complementares; princípio da interdisciplinaridade; predominância da formação sobre a informação; articulação entre teoria e prática; indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (MEC, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) são muito além de um documento, pode-se dizer que elas são um documento vivo, são norteadoras do processo formativo, uma norma específica para a organização da formação do profissional de Enfermagem. No período de 1971 a 1999 passou por transformações significativas, refletindo as mudanças sociais, políticas e educacionais do Brasil.

A seguir, citam-se alguns documentos que nortearam a formação do profissional de Enfermagem, considerando cada período histórico e que continuam presentes no processo formativo do curso.

3.2.1 1971 - Reformulação da Formação Profissional

Em 1971, a Lei nº 5.692/71, que tratava das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, teve grande impacto na formação dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Ela introduziu a Educação Profissional de nível médio, e a Enfermagem passou a ser reconhecida como um campo com exigências de formação específica, mas sem a obrigatoriedade de uma formação superior.

A década de 1970 também marcou o crescimento das escolas técnicas de Enfermagem, que ofereciam cursos de nível médio, com ênfase em competências práticas. Nesse período, a enfermagem foi mais focada em um modelo assistencial, com o profissional atuando de forma hierarquizada e subordinada ao médico.

3.2.2 Década de 1980 - Surgimento da Enfermagem Universitária

Nos anos 1980, o Brasil assistiu a um movimento crescente pela valorização da Enfermagem como profissão autônoma e, conseqüentemente, pela ampliação da formação universitária. Surgiram, nesse período, os primeiros cursos de graduação em Enfermagem, principalmente nas universidades públicas, alinhando-se com a expansão do ensino superior no país.

Com a Constituição de 1988 e a aprovação de novas políticas de saúde, a profissão foi ganhando maior reconhecimento e os enfermeiros passaram a ter papel mais destacado nas equipes de saúde, com um foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças, além dos cuidados assistenciais tradicionais.

3.2.3 Década de 1990 - Avanços no Ensino e na Profissão

Nos anos 1990, a formação do enfermeiro começou a se consolidar no contexto da saúde pública e da atenção primária, com o movimento pela reforma do sistema de saúde, baseado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A Enfermagem passou a ser vista como essencial para a implementação de políticas de saúde comunitária e pública.

O foco da formação de enfermeiros passou a ser mais amplo, com uma ênfase em habilidades críticas, autonomia profissional e atenção integral ao paciente. Em 1991, foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que teve um papel fundamental na regulamentação e atualização dos currículos de Enfermagem, promovendo uma formação mais alinhada com as necessidades de um sistema de saúde em transformação. A introdução de programas de pós-graduação e especializações também começou a se expandir, permitindo a formação de profissionais mais qualificados e preparados para as novas demandas do sistema de saúde.

3.2.4 Conclusão do Período (1999)

Até o final da década de 1990, a formação do profissional de Enfermagem no Brasil passou por um processo de modernização, com a transição de um modelo técnico para um modelo universitário, mais alinhado às exigências de um sistema de saúde democrático e integrado. A formação acadêmica se consolidou como um elemento-chave para o avanço da profissão, preparando o enfermeiro para desempenhar um papel mais abrangente e autônomo na saúde pública e privada.

De acordo com Mattia *et al.* (2017, p. 2158),

As diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem indicam mudanças necessárias na formação profissional, sendo necessários, entretanto, outros dispositivos que fomentem a reorientação profissional em saúde, os quais precisam estar em sintonia com essas diretrizes.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) orientam a organização do curso de graduação em enfermagem. O curso deve ter um projeto pedagógico construído de forma coletiva, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem, com o professor como facilitador e mediador do processo de aprendizagem. A formação recebida pelo aluno é aquela que possibilita sua transformação e a transformação de seu contexto por meio da aprendizagem (MEC, 2001).

Quanto ao perfil profissional, está descrito no Art. 3º das DCN/ENF que é voltado para formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, para o exercício de enfermagem, com base no rigor, o científico e intelectual, e pautado em princípios éticos, para conhecer, intervir sobre os problemas e situações do processo saúde e doença, sendo mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Na descrição do perfil do formando, as DCN/ENF estabelecem que, ao concluir o curso de Graduação em Enfermagem, o formando estará capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. Portanto, ao finalizar o curso, o enfermeiro busca oportunidades no mercado de trabalho, seja em clínicas, hospitais públicos ou privados. Muitos profissionais optam por concursos públicos, enquanto outros atuam nas escolas na formação de técnicos de enfermagem. Este é um grande desafio, pois o recém-formado, ao ensinar e direcionar a formação voltada para assistência ao paciente, muitas vezes não possui experiência prática, e seus ensinamentos serão baseados no conhecimento adquirido durante o curso universitário.

Sendo assim, as DCN para a área da Enfermagem descrevem, além de outros pressupostos, as competências e habilidades próprias do enfermeiro, direcionadas para a atenção à saúde, de modo a proporcionar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. As mesmas explicitam que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar esse profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança e educação permanente (MEC, 2001).

Conforme o Art. 4º, “a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e

habilidades gerais”. Sendo assim, requer que esse egresso inserido em um processo histórico, seja, sobretudo, capaz de auxiliar na transformação das condições precárias da saúde da população brasileira, posicionando-se criticamente frente ao contexto sócio-político-econômico do país, atuando como agente de mudança, no sentido de reconhecer o significado da prática de enfermagem no contexto social (MEC, 2001).

As competências e habilidades são: “Atenção à saúde - Os profissionais precisam estar aptos para atuar nas ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto no coletivo”. Sendo assim, “cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Com capacidade de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e assim, procurar soluções para os mesmos” (MEC, 2001).

Portanto, os cursos de Graduação em Enfermagem devem formar, preparar e direcionar o enfermeiro para o mercado de trabalho, capacitando-o a ser um profissional reflexivo. Dessa forma, o enfermeiro poderá realizar seus serviços de acordo com os mais elevados padrões de qualidade, respeitando os princípios da ética e da bioética. Ele deve se responsabilizar pela atenção à saúde, não se limitando ao ato técnico, mas buscando a solução do problema de saúde, tanto no nível individual quanto coletivo.

Quanto à tomada de decisões, o trabalho do enfermeiro deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões adequadas, de modo que, no momento apropriado, essas decisões sejam assertivas, eficazes e custo-efetivas, abrangendo aspectos como a colocação de força de trabalho, medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas. Para isso, os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base em evidências científicas. Além disso, a comunicação entre os profissionais deve ser clara e acessível, garantindo a confiabilidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve aspectos verbais, não verbais, escrita e de leitura (MEC, 2001).

Cabe ressaltar a importância do papel do enfermeiro nas tomadas de decisões e, muitas vezes, se torna necessário serem imediatas. A forma de se comunicar e o cuidado com tom de voz, comunicação não verbal, sendo de extrema relevância a comunicação na forma escrita, que além de melhorar a comunicação entre os

profissionais, paciente e acompanhantes, esta forma tem a finalidade para fins de registro e posterior avaliação caso seja necessário, bem como respaldo legal para o profissional de Enfermagem.

Além disso, manter o sigilo das informações que lhes forem confiadas pelo paciente ou familiar. Desta forma, o enfermeiro possui capacidade de desenvolver suas atividades com boa qualidade, proporcionando segurança para o paciente e com respaldo legal.

O enfermeiro precisa estar apto para desenvolver a liderança e assumir suas responsabilidades tendo em vista o bem-estar da comunidade. Conforme o documento DCN/ENF, artigo 4º, que:

IV - A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V - A administração e gerenciamento, o enfermeiro precisa estar preparado para tomar iniciativas e assim, fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (MEC, 2001).

A isso, as DCN/ENF deixam claro os deveres dos profissionais em relação à educação permanente. Eles devem ser capazes de aprender continuamente, tanto durante sua formação, quanto em sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e assumir responsabilidade e compromisso com sua educação, bem como o treinamento e estágios das futuras gerações. É importante que proporcionem condições para que haja um benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais em exercício, estimulando e promovendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação por meio de redes Nacionais e Internacionais (MEC, 2001).

Observa-se que as DCN/ENF orientam que o enfermeiro deve aprender continuamente, tanto a teoria quanto a prática. Além disso, os profissionais de enfermagem devem contribuir na formação dos futuros profissionais. No entanto, o Art. 5º direciona o enfermeiro para uma formação que compreenda a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases evolutivas.

Conforme o Art, 6º, estão descritos os Conteúdos Essenciais para o curso de Graduação em Enfermagem, indicados por intermédio de eixos temáticos que devem contemplar as: “Ciências Biológicas e da Saúde”, proporcionando ao futuro

profissional, o conhecimento das funções do sistema do corpo humano, trabalhando o processo saúde e doença com conhecimento teórico e prático (MEC, 2001).

As “Ciências Humanas e Sociais”, que proporcionam, ao futuro profissional de Enfermagem, conhecimento do indivíduo e familiar na sociedade, a forma e o meio que este indivíduo convive na sociedade, bem como suas culturas, valores, crenças e o meio familiar. Tudo isso é de extrema importância ao conhecimento do futuro enfermeiro, pois, assim, este profissional tem o conhecimento para fornecer as orientações ao paciente que está sendo cuidado por ele e assim entender como este indivíduo vai conseguir cumprir as orientações que forem fornecidas, dando ênfase no cuidado humanizado (MEC, 2001).

As “Ciências da Enfermagem”, onde se incluem “Fundamentos de Enfermagem”, proporcionando ao futuro profissional o conhecimento das atividades do enfermeiro no atendimento individual e coletivo, trata-se do conhecimento técnico e metodológico (MEC, 2001).

A “Assistência de Enfermagem” que proporciona ao futuro profissional de Enfermagem, o conhecimento prático para prestar assistência ao idoso, adulto, saúde da mulher, adolescente e criança. Fazendo a associação da teoria à prática, para prestar a assistência ao meio em que o indivíduo convive, tendo sempre em vista os princípios éticos, legais e de forma humanizada. Primeiro, o conhecimento teórico e depois este conhecimento precisa ser colocado em prática (MEC, 2001).

A “Administração de Enfermagem” proporciona ao futuro profissional de Enfermagem, o conhecimento para trabalhar com os processos de enfermagem, tanto administrativo quanto prático, com direcionamento das equipes de enfermagem e o trabalho com as equipes multidisciplinares (MEC, 2001).

O “Ensino de Enfermagem” proporciona ao futuro profissional de Enfermagem, a capacitação pedagógica do enfermeiro, procurando aprimorar o desempenho do profissional na área do ensino, pois o enfermeiro que está em exercício profissional precisa manter uma equipe de enfermagem treinada para prestar assistência no individual e coletivo com qualidade, além de proporcionar seus conhecimentos com os futuros profissionais (MEC, 2001).

O Art. 7º indica a obrigatoriedade do Estágio Curricular Supervisionado não somente na rede hospitalar e ambulatorial, mas, também, na “rede básica de serviços de saúde e comunidades, nos dois últimos semestres do curso”, assumindo o caráter

de atividade terminal, síntese da formação, além de buscar a integração teoria-prática, atribuindo à última o caráter de terminalidade e validação do processo formativo. Sendo assim, o parágrafo único deste artigo traz, também, a necessidade da efetiva participação do enfermeiro na programação e no processo de supervisão do aluno nos serviços de saúde onde se desenvolve o estágio (MEC, 2001).

Quanto ao aproveitamento das Atividades Complementares para o curso de graduação, o art. 8º esclarece que estas devem estar contempladas no Projeto Pedagógico, sendo criados mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo aluno, “por intermédio de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância. Sendo, monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins” (MEC, 2001).

Quanto ao art. 9º, este determina que o projeto pedagógico “deve ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito do aprendizado e tendo o apoio do professor como facilitador e mediador do processo de ensino”. No entanto, este projeto deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e assistência (MEC, 2001).

Quanto à estrutura do curso de Graduação de Enfermagem, o art. 14º das DCN/ENF aponta a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo. As atividades teóricas e práticas, desde o início do curso, permeiam toda a formação do Enfermeiro, de maneira integrada e interdisciplinar (MEC, 2001).

A proposta de educar o aluno para a cidadania e para uma visão ampla da sociedade é central. O processo metodológico envolve a definição de estratégias que articulam o saber e o aprender, estimulando o aluno a refletir sobre a realidade social e a aprender a aprender. O saber-fazer e o saber-conviver visam desenvolver habilidades como aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, atributos indispensáveis para a formação do enfermeiro (MEC, 2001).

Importante salientar que as Diretrizes apontam para a valorização das dimensões éticas e humanísticas, buscando desenvolver no estudante atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. As Diretrizes Curriculares tratam também do processo de avaliação do aluno esclarecendo que as avaliações

deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdo curriculares (MEC, 2001).

Para Fernandes (2013), “a busca da implementação de uma mudança para adequar a formação do enfermeiro à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo implica no enfrentamento a desafios, assim como nas lutas e conquistas da categoria de enfermagem”. Uma das conquistas da categoria liberada pela ABEN foi a aprovação da Resolução CNE/CES nº 04, de 6 de abril de 2009, que dispõe sobre Carga Horária Mínima e procedimentos relativos à integralização na modalidade presencial, curso de Graduação em Enfermagem com a carga horária mínima de 4000 horas e integralização em 5 (cinco) anos e 10 (dez) semestres letivos.

No entanto, existem alguns desafios no Ensino Superior de Enfermagem. A diretora da Aben Nacional, Celia Alves Rezende, classifica como desafios macros: a precariedade das políticas, cursos a distância, grande oferta de cursos, DCNS sem atualização há mais de 15 anos e, conseqüentemente, os desafios menores chamados de micro, tais como: o Currículo, projeto pedagógico, avaliação, questões no contexto educacional local.

Vale ressaltar que as DCN/ENF estão em processo de revisão desde o ano de 2012. Em 2017, uma minuta foi enviada pela ABEN ao CNE, que resultou na Resolução nº 573 de 2018. Essa resolução apresenta um parecer com considerações sobre as DCNs, as quais foram discutidas e aprovadas pelo CNS e, em seguida, encaminhadas ao CNE.

Conforme a resolução supracitada, as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) instituem a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Bacharelado em Enfermagem. No capítulo I das Diretrizes é especificado que as graduações de ensino em enfermagem, precisam estar atualizadas, seguindo as orientações da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9394-96 que orientam a forma para melhorar cada vez mais a formação do profissional enfermeiro. Conforme o parágrafo 2º, estipula-se que as DCN/ Enfermagem deverão ser revisadas a cada cinco anos. No capítulo II, Art. 10, observa que:

A educação em enfermagem deve ter como princípio básico o cuidado - ação terapêutica da Enfermagem, constituindo-se numa atividade humana universal, intrinsecamente valiosa, responsável pelo processo de manutenção e finitude da vida humana, pela continuidade e qualidade da vida humana, ao longo do tempo; uma ação humanizada que se realiza entre indivíduos com condições biopsicossociais, e direitos e deveres (DCN, 2018).

Desde 2018, os gestores da ABEN estão envolvidos com as DCNS. Em 2021, o CNE encaminhou uma proposta à ABEN, que foi rejeitada por ser diferente da proposta enviada em 2018. No ano seguinte, em 2022, o CNE enviou uma nova proposta à ABEN, que a analisou e a reenviou ao CNE, mas não obteve respostas. Após idas e vindas, em 2023, houve uma mudança no relator, que encaminhou a minuta à ABEN, a qual fez os ajustes necessários e enviou a minuta ao CNE, em novembro de 2023.

A partir de então, não houve notícias. Somente em abril de 2024, a ABEN recebeu uma resposta do relator. A partir disso, a Aben continuou a se debruçar sobre a análise e a responder ao CNE. A diretora da Aben Nacional, Celia Alves Rezende, relata que as DCN/ENF são um documento vivo, que precisa ser constantemente atualizado. Ela destaca que a mercantilização da vida, que está intimamente ligada à educação, saúde e morte, está fortemente presente em nosso contexto atual. A enfermagem sofre as consequências desse cenário no campo da saúde e da educação, sendo influenciada pelo contexto político e econômico e pelos interesses por trás desse cenário, o que gera uma interferência profunda em nosso modo de fazer saúde, educação e formar pessoas (Aben, 2024).

Muitos são os avanços no fortalecimento por mudança na área da educação em enfermagem, tendo como referência as DCN/ENF, sendo eixos estruturantes do processo de formação profissional. Sendo assim, Barbosa (2013) afirma que investigações realizadas na formação do enfermeiro pautaram-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem como norteadoras das pesquisas e reflexões, que enfatizam a dimensão humanista do cuidado.

Como observa-se nas Diretrizes Curriculares para o curso de Graduação de Enfermagem, há necessidade de trabalhar o processo de humanização durante a formação do enfermeiro, para que este profissional tenha conhecimento do tema que deve ser colocado em prática. Portanto, no ano de 2003 criou-se uma Política com o objetivo de ser implantado o processo de humanização em todos os setores da saúde (Brasil, 2001).

Com o propósito de melhorar a qualidade na assistência ao usuário do SUS (Brasil, 2001), no ano 2000, o então Ministro da Saúde, José Serra, convidou, para integrar a sua equipe, profissionais da área de saúde mental a fim de elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de

saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

Cabe ressaltar que o Programa Nacional de Humanização foi uma tentativa para melhorar a qualidade na assistência, porém, o mesmo teve duração de dois anos. Conforme Heckert (2009) afirma, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

No entanto, em 2003 intensifica-se essa ênfase e o tema da Humanização da Atenção e Gestão do SUS ganha nova inflexão. Heckert *et al.* (2009) deixam de estar limitados a programas que incluem vários projetos importantes, tais como o “Parto Humanizado” e o “Humanização da Atenção Hospitalar”.

Sendo assim, pode-se observar a importância do direcionamento técnico e humanístico para formação do enfermeiro. A luta da ABEN e dos gestores, os anseios dos profissionais de enfermagem pela atualização das Diretrizes Curriculares de Enfermagem (DCN/ENF), que não foram revisadas desde 2001, evidencia essa necessidade. No entanto, é fundamental trabalhar o processo de humanização na Enfermagem, a seguir será apresentada a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, que se constitui como um divisor de águas no processo de formação humanística do profissional de Enfermagem. Essa Política está presente em todos os programas e políticas de saúde.

4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (2003)

A proposta da PNH foi se constituir como uma política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde. Sendo assim, o Ministério da Saúde decidiu investir na humanização como uma forma de reencantamento do SUS. Embora timidamente, este tema já se anunciava desde a XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (Brasil, 2000).

Desta maneira, a humanização não é vista como um programa, mas como uma política transversal, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestores do SUS. Dentro das orientações gerais da PNH estão a valorização da dimensão subjetiva e coletiva às práticas de atenção e gestão no SUS. Assim, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e destacando-se as necessidades específicas de cada indivíduo. Bem como, o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando, assim, a transversalidade (Brasil, 2004).

Cabe ressaltar a construção de autonomia e do protagonismo dos sujeitos, com corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção. O fortalecimento no controle social, com caráter perceptivo, em todas as instâncias do SUS, assim como o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde e a valorização da ambiência, como a organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (Brasil, 2004).

A PNH defende a indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Assim, tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos e equipes implicados nestas práticas, o desafio de superar limites, experimentar novas formas de organização dos serviços, novos modos de produção, circulação de saber e de poder (Heckert *et al.*, 2009).

A força da PNH direciona para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da Saúde. Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como

corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados. Estética, por se tratar do processo de produção e criação da saúde, e assim, de subjetividades autônomas e protagonistas. Política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Heckert *et al.*, 2009).

O contexto contemporâneo nos convoca a manter vivo o movimento constituinte do SUS quando nos confrontamos com as forças de privatização da saúde. Sendo assim, a humanização das práticas de atenção e gestão do SUS é uma das frentes para o fortalecimento e consolidação da democratização das práticas de produção de saúde. Portanto, a PNH está estruturada em princípios, método, diretrizes e dispositivos (Brasil, 2004).

Enquanto política pública de saúde, no Brasil, a PNH (2004) se fundamenta em três princípios. O primeiro deles é a Transversalidade, que implica a presença e inserção da PNH em todas as políticas e programas do SUS. Nesse sentido, busca-se transformar as relações de trabalho por meio da ampliação do grau de contato e da comunicação entre pessoas e grupos, rompendo com o isolamento e as relações de poder hierarquizadas. Transversalizar significa reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência de quem recebe a assistência. Juntos, esses saberes podem promover a saúde de forma mais corresponsável.

O segundo princípio da PNH é a Indissociabilidade entre Atenção e Gestão, que enfatiza que a alteração dos modos de cuidar é inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho. Assim, as decisões de gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, os trabalhadores e usuários devem buscar compreender como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, além de participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva (Brasil, 2004).

Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem apenas às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e seus familiares também devem corresponsabilizar-se pelo cuidado de si mesmos e pela continuidade do tratamento, assumindo a posição protagonista em relação à saúde e à daqueles de quem são responsáveis. No entanto, é dever da pessoa e/ou acompanhante fornecer informações sobre o quadro de saúde, para que a equipe tenha o conhecimento

necessário e possa seguir com as indicações e orientações no tratamento do paciente (Brasil, 2004).

O terceiro princípio da PNH (Brasil, 2004), é o Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. É importante ressaltar que qualquer mudança na gestão e atenção se torna mais concreta quando é construída com a ampliação da autonomia e da vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Dessa forma, pode-se afirmar que os usuários não são só pacientes, e os trabalhadores não cumprem apenas ordens. As mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Assim, o SUS humanizado reconhece cada pessoa como cidadão de direitos, valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. A PNH, por sua vez, adota método a inclusão nos processos dos diferentes agentes envolvidos nos processos de produção de saúde.

Neste sentido, a PNH afirma seus princípios e diretrizes, apostando no SUS que é eficaz. Suas diretrizes expressam o método de inclusão nos seguintes aspectos: 1) Clínica Ampliada; 2) Cogestão; 3) Valorização do Trabalho; 4) Acolhimento; 5) Valorização do Trabalho e do Trabalhador da saúde; 6) Defesa dos Direitos do Usuário; 7) Fomento das grupidades coletivas e redes; 8) Construção da memória do SUS que é eficaz. Enfim, Heckert *et al.* (2009) afirmam que o SUS que é bem-sucedido é aquele que se estabelece como prática contra-hegemônica aos processos de sucateamento da vida, à recusa dos processos de precarização do trabalho e ao enfrentamento das práticas de tutela de trabalhadores e usuários, afirmando o direito a uma vida que se constrói o comum.

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade, sendo composta por sete eixos. No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto Pela Saúde. No eixo da gestão do trabalho propõe-se a valorização do trabalhador, motivando para seu desenvolvimento e seu crescimento profissional (Brasil, 2004).

No eixo do financiamento propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando e repassando, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com

a PNH. Assim, no eixo da atenção, propõe-se a inovação nos processos de trabalho, buscando o compartilhamento dos cuidados e, conseqüentemente, a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. No eixo da educação permanente em saúde, a PNH é indicada como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação e que a PNH oriente os processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde (Brasil, 2004).

O eixo da informação/comunicação indica a inclusão da PNH nos debates em saúde por meio de ação da mídia. E, por último, o eixo da gestão da PNH, que propõe práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS. No Brasil, conforme o documento PNH (2004), nos processos de formação, a PNH pode ser considerada essencial para reposicionar a formação no SUS e para o SUS, pois se apresenta como uma oferta para o sistema na sua integralidade, seja para os processos de gestão, atenção, formação e pesquisa (Heckert *et al.*, 2009).

Contudo, a PNH não pretende ter o controle e a exclusividade de imprimir à palavra humanização o sentido autêntico, mas, apenas, construir mais um deles. No entanto, ela busca redimensionar um modo naturalizado de concepção do humano e abrir possibilidades para o debate sobre esta questão, que tem sido tema em discussão nas conversas: as mazelas dos serviços, a fragilidade da rede de atenção, a lotação dos hospitais, o descaso com a população, a suposta irresponsabilidade dos profissionais de saúde (Heckert *et al.*, 2009).

Para falar de humanização, nesse trabalho, busca-se resgatar o sentido da humanização na assistência à saúde do ser humano, refletindo sobre as práticas do serviço de saúde hospitalar no cuidado ao humano, resgatando a história da humanização, assim, como observa-se a proposta do Estado com a Política Nacional de Humanização para os hospitais da rede pública.

Segundo a Política Nacional de Humanização, a busca é formar profissionais que, em sua atuação, articulem ações com eficiência técnica e científica, mantendo uma postura ética que respeite as necessidades e a singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e geradora de inovações nas práticas de saúde (Brasil, 2010). Sendo assim, os eixos analisados referentes à humanização e

ao cuidado com os usuários, à humanização e ao processo de trabalho, à humanização e à formação, indicam possibilidades para novas investigações sobre a temática, a fim de construir um arcabouço teórico-prático imprescindível para a implementação do Sistema Único de Saúde.

4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O ATENDIMENTO HUMANIZADO (2004 – 2024)

Portanto, no decorrer do ano 2004-2012, observa-se a criação de algumas portarias, direcionando para a formação do profissional de saúde, a necessidade desta para o desenvolvimento e evolução na qualidade da assistência ao paciente.

A Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, tendo como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS.

A Portaria Interministerial nº 3019, de 26 de novembro de 2007, dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença. As IES devem reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS (Brasil, 2007).

Consequentemente, em março de 2010, foi instituída a Portaria Interministerial nº 421, que dispõe sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Conforme o Art. 2º, o PET Saúde tem como propósito a educação pelo trabalho, bem como a iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (Brasil, 2010).

Assim, dentro dos objetivos do PET Saúde está a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação. Bem como, contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (Brasil, 2010).

Em dezembro de 2012, foi instituída a Portaria nº 2.805, que define os valores para a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, a ser repassado aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde em parcela única. Assim, ela apoia o desenvolvimento da graduação, pós-graduação, *stricto* e *lato sensu* em áreas estratégicas para o SUS, visando ao financiamento do Pró-Saúde (Brasil, 2012).

No contexto histórico das políticas públicas, observa-se que elas têm se direcionado para a formação do enfermeiro de forma tecnicista e humanística, evidenciando a importância desse direcionamento para que a população seja atendida por profissionais qualificados.

Observa-se, também, que o ambiente de trabalho precisa ser acolhedor e organizado para o bem-estar das equipes de saúde. Contudo, ainda é necessária a atualização destas políticas, como discutido anteriormente, e esta atualização merece ser focada no cuidado humano e no atendimento ao ser humano.

A isso, Batista (2013) afirma que, ainda que compartilhem a necessidade de uma mudança na formação em saúde e uma política para tal, as concepções e estratégias para reorientar essa formação deparam com diferentes perspectivas alternando ou coexistindo, seja com foco na educação formal, técnica e profissionalizante, seja com ênfase na universidade, seja na gestão e organização do trabalho, seja na interação serviço-ensino-comunidade, gerando processos e embates refletidos nos programas.

Ao refletir que os interesses se tornam mais técnicos do que humanos, é oportuno resgatar o cuidado humano. Neste sentido, que foi criado a PNH – o Humaniza SUS, (Waldow, 2012, p.13) afirma que, conforme preconiza o Ministério da Saúde, “a humanização é uma proposta para melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento assistencial à

população”. Sendo assim, foi louvável e oportuna esta iniciativa e tem sido bastante divulgada por intermédio de cartilhas, curso e oficinas.

No entanto, para Waldow (2012), a enfermagem deveria ser uma das lideranças desse movimento, dado o seu empenho para prestar uma assistência mais humanizada. Infelizmente, devido à sua invisibilidade e falta de status, não conseguiu sensibilizar e assumir a liderança nesse sentido. Portanto, espera-se que os profissionais de enfermagem se sintam fortalecidos para reivindicar o lugar do cuidado como fenômeno responsável pela humanização.

O que se pretende colocar é que, embora não seja somente característica da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza, pois ocupa o privilégio de estar presente. Algumas escolas de enfermagem trazem em seus currículos, conteúdos que tratam do tema cuidado nessa sua releitura ou ressignificação, ou seja, seja focado sob o prisma humanista e fenomenológico (Waldow, 2012).

Neste sentido, não há dúvidas de que o cuidado humano está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito, amor, entre outros aspectos. A paz visualizada como estado de consciência sendo mais do que a ausência de conflito (Waldow, 2012).

Para que “o cuidado realmente ocorra na sua plenitude, a pessoa que o exerce deve demonstrar conhecimentos e experiência na execução das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação de pacientes e familiares”. Consequentemente, deve também combinar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, evidenciadas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa atitude é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado, sendo a combinação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão de sensibilidade (Waldow, 2012).

No entanto, Rios (2009) afirma que a humanização nasceu dentro do Sistema Único de Saúde. Portanto, os princípios do SUS são fortemente inspirados em uma visão humanista, sendo eles: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Assim, levados às últimas consequências, esses princípios definem a humanização em qualquer concepção e em qualquer instância de atenção ou gestão. Esse caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país.

O cuidado, mesmo no silêncio, é imperativo e, assim, promove crescimento. Ajudar o paciente a crescer envolve auxiliar a enfrentar momentos difíceis, permanecendo solidário e ajudando-o a extrair o significado da experiência vivida. Portanto, o cuidado auxilia no processo de cura, acelerando-o e tornando-o menos traumático (Waldow, 2012). Nesse sentido, os instrumentos que, de fato, asseguram esse processo são a informação, a educação permanente e a gestão participativa (Rios, 2009).

No sentido da formação do enfermeiro, das práticas de ensino e da relação entre os docentes. Waldow (2012) faz uma observação quanto ao perfil de alguns docentes de enfermagem que, apesar de atuarem em grupos em virtude de suas características práticas, não discutem a forma de abordagem dos conteúdos de ensino e não compartilham muito de suas experiências de ensino. Sendo assim, em geral, são conservadoras quanto às dinâmicas de ensino e não discutem o processo de ensino e aprendizagem.

Assim, sendo bastante comum ao se aprimorarem por intermédio de cursos profissionalizantes, mestrado ou doutorado, não tenham muito espaço e nem oportunidades para testar seus conhecimentos adquiridos e, assim, implementar novas abordagens e modelos nos grupos docentes. Normalmente, os docentes buscam, de forma isolada, desenvolver novas estratégias de ensino (Waldow, 2012).

Para França e Ribeiro (2021), os debates sobre a Docência de Ensino Superior têm sido assunto na última década, muitos destes debates são fortalecidos em grupos de pesquisa dentro das universidades públicas, sendo que, nas universidades privadas “as pesquisas apontam que poucas delas têm demonstrado interesse em discutir junto ao corpo docente sobre a importância da ciência pedagógica na construção da docência universitária”.

Assim, as discussões por meio de trocas de experiências e informações entre os docentes fortalece o grupo de docentes para o ensino teórico-prático com qualidade. Vale ressaltar a importância de aprender para fazer e saber fazer para saber ensinar. No entanto, tornou-se comum ouvir de docentes que os alunos de hoje em dia não possuem o mesmo perfil dos alunos do passado. Este assunto merece ser valorizado, a importância do perfil do Docente para ensinar o Discente, seguindo as políticas públicas como direcionamento para este ensino.

Para pensar em cuidado humanizado e formação humanizada e como colocar em prática o processo de humanização, é fundamental compreender a humanização enquanto política. Embora importantes, as ações consideradas humanizadoras não são necessariamente as que determinam um caráter humanizado ao serviço como um todo. O que realmente define esse caráter é a consideração dos princípios conceituais que sustentam a humanização como base para toda e qualquer atividade. Este é o grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos nos quais, cotidianamente, se façam presentes os valores da humanização (Rios, 2009).

Nesse sentido, a autora levanta uma série de questões que deveriam ser compreendidas, como: qual a extensão do conhecimento que docentes de enfermagem têm ou deveriam ter sobre o cuidado humano? Quais os significados atribuídos ao cuidado pelas docentes de enfermagem? E como deveria ser pensado um currículo direcionado para o cuidado humano na enfermagem? (Waldow, 2012). Um currículo sobre o cuidado humano sugere que deveria ser visualizado sob o prisma humanístico. Embora existam diferentes formas de entendimento, o cuidado humano requer um enfoque humanista compatível com a filosofia.

Dessa forma, o cuidado humano pensado como um processo que envolve crescimento deveria, por sua vez, na área da educação, ter como meta a crença de que “todas as pessoas sejam capazes de crescer e de ter desejo para crescer, empreendendo esforços no sentido de alcançar a sua autorrealização” (Waldow, 2012, p.171).

Embora o propósito não seja apresentar guias para a construção do currículo de enfermagem, buscam-se aqui apenas algumas ideias básicas relacionadas a um currículo direcionado para o cuidado humano. Assim como em toda construção ou reestruturação curricular, é fundamental que sejam previstas discussões e definições sobre a universidade, a escola, e educação, o contexto de saúde, o aluno e o professor. Outro aspecto que merece atenção é a natureza do método.

Cabe ressaltar que, em um currículo direcionado para o cuidado humano, a abordagem muda, mesmo que o conteúdo seja semelhante ao do currículo tradicional. Dessa forma, muda também a natureza dos métodos de ensino, o que requer mudanças nas atitudes dos docentes. Portanto, a disposição e abertura para a mudança de atitudes, buscando a inovação, é uma condição básica para o processo

curricular centrado no cuidado humano. Docentes também se beneficiam desse processo, pois a mudança propicia crescimento.

Contudo, Waldow (2012) faz uma apresentação de como seria a inclusão do cuidado humanizado dentro do currículo. Assim, na primeira fase, o estudante deve receber informações acerca do cuidado humano, trabalhando, assim, percepções, experiências e definições. A sugestão para este conteúdo seria a disciplina com Filosofia e Ciência do Cuidado Humano. Dentro da disciplina seria interessante, introduzir atividades que trabalhassem os conceitos como autoestima, relações interpessoais, valores, crenças, preconceitos e sentimentos. Sendo, estas, alternadas com jogos, música, dança e dinâmicas.

Em segunda fase, seria interessante introduzir conteúdo específico sobre o cuidado humano em enfermagem, ilustrando teorias com cuidados, estudos e pesquisas referentes ao conteúdo proposto. Contudo, as demais fases do programa curricular, tanto o conteúdo teórico quanto os conteúdos práticos devem prever a aplicação de conhecimentos, habilidades, e comportamentos no cuidado. Dessa forma, o estudante estará preparado para o campo de estágio (Waldow, 2012).

Importante ressaltar que, quando o aluno entra em contato com as práticas por meio de estágios, geralmente se depara com situações traumáticas, além do estresse proveniente das atividades realizadas no curso. As atividades de manejo do estresse e relaxamento, com dinâmicas que favoreçam o bem-estar, são fundamentais (Waldow, 2012).

Sendo assim, os estudantes de enfermagem devem observar os comportamentos de cuidado por parte da equipe de enfermagem e de saúde e discutir essas observações com o grupo. A parceria ativa das enfermeiras no processo de discussão é de extrema importância, trazendo situações relevantes o aspecto do cuidado (Waldow, 2012).

Contudo, é fundamental a parceria das enfermeiras das instituições de saúde com os estudantes de enfermagem, pois, as experiências e situações trazidas pelas enfermeiras dão uma ideia mais real do cotidiano do cuidado, de maneira que os estudantes possam questionar, opinar, sugerir e refletir junto com docentes e enfermeiros (Waldow, 2012).

No entanto, a integração com as escolas de enfermagem pode contribuir para estimular e implementar essas atividades junto com as enfermeiras das instituições.

Seria aconselhável ter um vínculo mais estreito entre instituições de campo de estágio e universidades para, assim, as enfermeiras serem mais atuantes no processo de ensino e aprendizagem. Esta integração poderia favorecer para que estudantes de enfermagem contribuíssem realizando pesquisa de forma integrada e/ou oferecendo assessoria (Waldow, 2012).

Importante lembrar o cuidado com a área administrativa por meio de compromisso, empenho de liderança, fornecendo, conseqüentemente, um clima agradável em que o grupo possa trabalhar e cooperar, de forma participativa, na busca de soluções para os problemas (Waldow, 2012).

Portanto, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde, e a gestão participativa desponta como modelo eleito para a realização dessa política, sendo norteadora a Política Nacional de Humanização. Quando falamos em gestão participativa ou cogestão, estamos nos referindo ao modo de administrar que não se basta na linha superior de comando, mas inclui o pensar e o fazer coletivos (Rios, 2009).

No entanto, a pesquisa de campo sobre a prática da enfermagem que se refere à tecnologia do cuidado, o cuidado humano, assim como a testagem do modelo de cuidado ou assistência, incluindo, gerenciamento e administração do cuidado, estas além de serem insuficientes, não têm exercido nenhum impacto. Enfermeiras da prática, além de estarem sobrecarregadas com as atividades técnicas e administrativas, às vezes não dominam metodologia da pesquisa e nem contam com o apoio da administração (Waldow, 2012).

Portanto, no processo de educar para o cuidado, se faz necessário a conscientização dele como um valor e imperativo moral, sua sensibilização e conseqüente exercício. Sendo assim, o cuidado humano constitui um processo de empoderamento, de crescimento e de realização de nossa humanidade (Waldow, 2012).

A enfermagem é a profissão do cuidado ao ser humano e utiliza vários instrumentos para viabilizar este processo. Assim, as políticas públicas são norteadoras nesse processo de formação para o cuidado. As Diretrizes Curriculares do curso de Graduação de Enfermagem são norteadora do projeto pedagógico para construção do ensino e a importância da Política Nacional de Humanização na formação do enfermeiro, sendo uma política transversal ela produz mudanças no

modo de gerir cuidados e estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores, pacientes e comunidade, sendo no individual e coletivo, para construir processos de enfrentamento nas relações de trabalho, com o objetivo de trabalhar o processo de humanização em todos ambientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados no presente trabalho, foi possível identificar a importância da formação do enfermeiro voltada para o atendimento humanizado, compreendendo o contexto das políticas públicas de ensino superior como orientadoras no processo de formação. No entanto, observa-se que houve tantos avanços quanto retrocessos em cada período histórico, desde 1543, com a criação das Santas Casas de Misericórdia, passando pela década de 1980, quando se iniciou o ensino de enfermagem no Brasil, até 2024, com as tentativas na atualização das DCN/ENF.

Observa-se o início do Ensino Superior com a promulgação da Lei nº 775/49, a grande revolução com a Criação do SUS em 1988 e, assim, em 2001, a criação das Diretrizes Curriculares para o Curso de graduação em Enfermagem, apesar das diversas políticas e os avanços proporcionados pelas DCN/ENF, as estratégias de Gestão da Educação na Saúde estabelecidas nas últimas décadas, a formação do enfermeiro ainda é um grande desafio, a qual vivencia problemas e dificuldades históricas e contemporâneas tais como a fragilidade estrutural dos currículos.

Apesar dos significativos avanços na área de formação do enfermeiro, ainda estão presentes muitos desafios, a necessidade de atualização das DCN/ENF que está em processo desde 2012, pois ainda estão vigentes a DCN/ENF de 2001. O anseio por parte dos gestores da educação do ensino em enfermagem para esta atualização, sugerida pela resolução de 2018 ser atualizada a cada 5 anos e até o momento ainda não foi concretizada.

A formação do enfermeiro deve ser direcionada para que, no momento em que este profissional desenvolver suas atividades na prática, esteja habilitado e embasado em conhecimentos teóricos para atender o ser humano de forma universal e integral, respeitando seus limites e culturas. Este atendimento refere-se não apenas ao paciente, mas também, a família/acompanhante merece ter atenção e acesso às informações, pois na maioria das situações a família adoece junto com o paciente. É de extrema importância considerar que a assistência prestada para esta pessoa seja de boa qualidade e, conseqüentemente, esta pessoa possa ter 'qualidade de vida' e/ou conforto humanizado mesmo na sua finitude.

Portanto, pode-se não amar e não gostar de alguém, no sentido de sentimentos, mas é possível comportar-se de maneira amorosa com essa pessoa, sendo respeitoso, gentil e honesto. Dessa forma, todos os atributos do cuidado são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, uma vez que o cuidado constitui a condição da nossa humanidade (Waldow, 2012).

A análise das DCN e PNH é muito mais do que foi apresentado nesta dissertação, necessitando de mais estudos, mais pesquisas e busca do fortalecimento da qualidade do processo de formação humanística do enfermeiro em nosso país. Oferecer um atendimento humanizado é tão essencial quanto investir em tecnologia e sistemas de gestão de atendimento. Por meio dele é possível proporcionar uma melhor forma de cuidado e alcançar mais resultados nos tratamentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. [online]. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/>. Acesso em: 26 out. 2023.
- BACKES, Vânia. O Legado Histórico do Modelo Nightingale: Seu Estilo de Pensamento e sua Práxis. In: **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 52, n. 2, p. 251-264. abr./jun. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000200012>. Acesso em: 4 jun. 2024.
- BATISTA, C. B. **Movimentos de Reorientação da Formação em Saúde e as Iniciativas Ministeriais para as Universidades**. PUC. Minas Gerais. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007. Acesso em: 20 jan. 2025.
- BRASIL. M. S. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus_sus.pdf. Acesso em: 19 set. 2023.
- BRASIL. **Decreto 19.402, de 14 de novembro de 1930**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. **Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20109.htm. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. **Lei nº 2.367, de 7 de dezembro de 1954**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem em cursos volantes. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l2367.htm. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5540.htm. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados de 12 de setembro de 1978**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, março de 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns>. Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987**. Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, artigo 2º, §1º, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=733830. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. M. S. **11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Brasília – DF. 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior**. 2001. Brasília – DF. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília – DF 2010. Biblioteca Virtual. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

BORTOLAZ NETO, J. **Políticas Públicas e Formação do Médico: Bioética e Humanização da Medicina**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná.

CASATE, J. C. **A Humanização do Cuidado na formação dos Profissionais de Saúde nos Cursos de Graduação**. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17052011-084715/pt-br.php>. Acesso em: 28 ago. 2023.

CARREGAL, F. A. S. Historicidade da Pós-graduação em Enfermagem no Brasil: Uma Análise da Sociologia das Profissões. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0827>. Acesso em: 20 out. 2022.

COREN, **Legislação da Enfermagem**. 2. ed., 2022. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2024.

COREN. **Leis-e-decretos**. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2024.

COFEN. **Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html. Acesso em: 10 out. 2022.

COREN. **A Quem Interessa Sucatear a Enfermagem? É enganosa a tese de que novo piso provocará fechamento de leitos e onda de demissões.** 31 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2024.

COSTA, R. *et al.* O Legado de Florence Nightingale: Uma Viagem no Tempo. In: **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2009, v. 18, n. 4, p. 2. Florianópolis 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>>. Acesso em: 4 out. 2022.

DIAS, *et al.* A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. In **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. Jun 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FRANÇA, M. S.; RIBEIRO, M. L. A Formação Docente de Enfermeiros(as)-Professores(as) na Educação Superior: Diálogos e Práticas. **Ver. Int. de Form. de Professores**. Itapetininga, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.itp.ifsp.edu.br/index.php/rifp/article/view/544>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MEC. **Parecer CNE/CES 1133/2001 – Homologado.** Diretrizes Curriculares Nacionais. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

DUARTE, A. P. *et al.* A Trajetória Curricular da Graduação em Enfermagem no Brasil. In **Rev. Eletrônica de Investigação e Desenvolvimento**, p 46-2016. Beira - Moçambique. Disponível em: <http://reid.ucm.ac.mz/index.php/reid/article/view/120>. Acesso em: 2 out. 2022.

ERDMAN, A. L. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: Avanços e perspectivas. In **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. p 2. Florianópolis 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000800021>. Acesso em: 1 nov. 2022.

ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA. **A Importância da Graduação em Enfermagem.** 2021. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/blog/93/a-importancia-da-graduacao-em-enfermagem>. Acesso em: 2 out. 2022.

FROTA, M. A. *et al.* Mapeando a Formação do Enfermeiro no Brasil: Desafios para Atuação em Cenários Complexos e Globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>. Acesso em: 2 out. 2022.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A Gênese e o Desenvolvimento Histórico do Ensino de Enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RRB45WdzWyTHRJjNGkN8scs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem – Versões e Interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter Publicações, 2012. P. 33-35.

HECKERT; A. L. C. *et al.* **Um Seminário Dispositivo: A Humanização do Sistema Único de Saúde em Debate**. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500002>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ITO, E. E. *et al.* O Ensino de Enfermagem e as Diretrizes Curriculares Nacionais: Utopia x Realidade. **Ver. Esc. Enferm USP**, São Paulo, 2006, p.2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400017>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GERMANO, R. M. O Ensino de Enfermagem em Tempos de Mudança. **Rev. Bras. Enferm.** 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CgygD7jBb9rbMd7BJrPBcrK/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GERMANO, R. M. Percurso Revisitado: O Ensino de Enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** 2003. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643901/11369>. Acesso em: 20 jan. 2025.

JANKEVIVIUS, J. V. *et al.* **Conceitos Básicos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação da Área de Saúde**. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. P1. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conceitos-basicos-das-diretrizes-curriculares-nacionais-dcns-dos-cursosd-graduacao-da-area-de-saude_36239.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

KLETEMBERG, D. F. *et al.* O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev. Bras. Enferm.** 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100005>. Acesso em: 17 jan. 2025.

LOENELLO, V. M. *et al.* A Formação Superior de Enfermagem no Brasil: Uma Visão Histórica. In. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800024>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LIMA, M. M. *et al.* Integralidade na formação do Enfermeiro: possibilidades de aproximação com os pensamentos de Freire. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v.4, n.4, out. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400003. Acesso em: 23 maio 2023.

MATTIA, B. J. *et al.* Formação em Enfermagem e a Prática Profissional: Uma visão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2017, v. 71, n. 4. p. 1. Chapecó- SC 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504>. Acesso em: 25 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MOREIRA, A. A origem da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2019.

NUNES, Lucília - **Bibliografia dos estudos de História da Enfermagem em Portugal**: anotações e análise. 1 ed. Setúbal: Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2019. ISBN 978-989-98206-7-8.

PAVA, Andrea Macedo. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev. Bras. Enferm.** 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100021>. Acesso em: 13 jan. 2025.

PAIVA, Wilson Alves. O legado dos Jesuítas na Educação Brasileira. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, p.2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698136933>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PEREIRA, M.S. Lei do exercício profissional de enfermagem e a autonomia profissional do enfermeiro. **Rev. Enfer. Foco.** 2014. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/543>. Acesso em: 20 jan. 2025.

PRADO, M. L. *et al.* Políticas Públicas na Formação em Saúde: Contribuição da Enfermagem para Superação das Desigualdades Regionais Brasileiras. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v. 16, n. 3., p. 3, 2007. Santa Catarina. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300020>. Acesso em: 13 out. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>. Acesso em: 5 nov. 2022.

RIOS, C. R. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>. Acesso em: 13 jan. 2025.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de Formação da(o) Enfermeira(o) na Contemporaneidade: Desafios e Perspectivas. **Texto - enferm.** 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100021>. Acesso em: 15 dez. 2024.

SILVA, S. E. V.; CAVALCANTI, F. M. S. **O Processo de Formação do Enfermeiro Brasileiro Face às Imposições do Modelo Neoliberal**. Maceió: EDUFAL, 2013.

SAVIANI, D. **Da Nova LDB ao Novo Plano Nacional de Educação**: Por Uma Outra Política Educacional. 5 ed. Campinas, SP. Autores Associados, 2004. P.126-127.

SAVIANI, D. **Políticas Educacionais em Tempos de Golpe**: Retrocessos e Formas de Resistência. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Departamento

de Filosofia e História da Educação, Disponível em:
<https://doi.org/10.18593/r.v45i0.21512>. Acesso em: 28 set. 2023.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 32 ed. Campinas-SP: Editora Autores Associados, 1999.

SAMPAIO, M. Z. F. B. **Cofen 40 anos**: lutando pela autonomia da enfermagem. COFEN 2014. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/COFEN_Livro_40_anos.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

SHIGUNOV, A.; MACIEL, L. S. B. O Ensino Jesuítico no Período Colonial Brasileiro: Algumas Discussões. **Rev. Educ.** 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602008000100011>.

WALDOW, V. R. **Estratégia de Ensino na Enfermagem**: Enfoque no Cuidado e no Pensamento Crítico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

WALDOW, V. R. **Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

XIMENES, F. R. G. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a Partir da Regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>. Acesso em: 14 jan. 2025.