

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM:  
PARA QUÊ?**

**MARIA HELENA SALGADO BAGNATO** *72/146*

**CAMPINAS - SP  
1994**

574574

**Tese apresentada como exigência parcial para  
obtenção do Título de Doutorado em Educação  
na Área de Concentração: Metodologia de  
Ensino à Comissão Julgadora da Faculdade de  
Educação da Universidade Estadual de  
Campinas, sob a orientação da Profa. Dra.**

**Gilberta Sampaio De Martino** [Jannuzzi, Gilberta Sampaio De Martino]

**Este exemplar corresponde á redação final  
da Tese defendida por Maria Helena  
Salgado Bagnato e aprovada pela  
Comissão Julgadora em 11-10-94**

**Data:** 11-10-1994

**Assinatura**  \_\_\_\_\_

**COMISSÃO JULGADORA:**

*D. Noronha*  
*R. Almeida*  
*...*  
*...*  
*...*

**Ao Osmar pela  
compreensão, incentivo, ajuda  
e carinho constantes.**

**A Vinye e  
Gustavo pelas chamadas 'a  
viver' meu papel de mãe.**

**Aos meus pais pela  
sensibilidade e 'orgulho' que  
tem do meu crescimento.**

## **Meus Agradecimentos**

*À Profa. Dra. Gilberta, “mestra maior”, com carinho e respeito, a quem sem dúvida devo a possibilidade de evolução acadêmica.*

*Aos professores que participaram do Exame de Qualificação pela colaboração que prestaram para ampliar nossas análises.*

*Ao amigo Prof. Dr. Augusto Novaski, pela paciência e atenção impar a que se dedicou a revisão da linguagem dos meus textos.*

*Aos colegas da Faculdade de Educação, dos Departamentos de Metodologia de Ensino e de Enfermagem pelo incentivo, apoio e acompanhamento.*

*Aos colegas professores de Enfermagem que nos concederam as entrevistas, possibilitando uma maior compreensão do nosso objeto de estudo.*

*Ao Carlos Alberto Fidelis de Araújo pelo trabalho de digitação.*

*Aos funcionários da Pós-Graduação em Educação pela atenção e atendimentos prestados*

*A todos aqueles que possibilitaram o desenvolvimento deste trabalho.*

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o porquê da criação da Licenciatura em Enfermagem (L.E.) no Brasil.

Para tanto tivemos uma preocupação constante de situar nossas análises nos contextos histórico, políticos e econômicos das décadas de 60 e 70, períodos que antecederam e sucederam a L.E.

Fizemos opção por buscar nas políticas sociais, em especial as de educação e de saúde, no emprego da força de trabalho em Enfermagem nas instituições, na evolução dos cursos de Licenciatura e do saber de Enfermagem, elementos que trouxessem contribuições para a compreensão e apreensão da nossa temática.

Assim no primeiro capítulo mostramos as influências de acontecimentos no contexto histórico-social, no ensino de Enfermagem, através das mudanças legais e curriculares que se deram até o período analisado.

O segundo capítulo analisa a dinâmica dos fatos da área da saúde, do ponto de vista da saúde pública e da previdência social e as relações que estas políticas estabeleceram com o mercado de trabalho em Enfermagem e com a L.E.

O terceiro capítulo traz a evolução dos cursos de Licenciatura no país, o surgimento da L.E. e o saber de Enfermagem difundido através dos currículos dos cursos.

Como síntese, tentamos ressaltar que as vicissitudes pelas quais passou o país naquele período (décadas de 60 e 70) interferiram, direta ou indiretamente, de maneira incisiva nos rumos tomados pelo ensino de Enfermagem e na criação da L.E., trazendo em seu cerne conseqüências de difícil enfrentamento.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
A Relevância do Tema.....	10
CAPÍTULO I - CONTEXTO SOCIAL DAS DÉCADAS DE 60 E 70 E SUA INFLUÊNCIA SOBRE AS MUDANÇAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DE ENFERMAGEM.....	13
1.1. Introdução.....	13
1.2 - Condições Societárias e a Educação em Enfermagem...	15
CAPÍTULO II - POLÍTICAS DE SAÚDE E FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NAS DÉCADAS DE 60 E 70.....	65
2.1. Introdução.....	65
2.2. A Saúde Pública.....	68
2.3. A Previdência Social.....	75
2.4. Força de Trabalho em Enfermagem nas Décadas de 60 e 70.....	86
2.4.1. A Dinâmica do Mercado de Trabalho em Enfer- magem no Brasil.....	97
CAPÍTULO III - OS CURSOS DE LICENCIATURA E A LICENCIA- TURA EM ENFERMAGEM.....	123
3.1. Introdução.....	123
3.2. A Evolução dos Cursos de Licenciatura no Brasil....	124
3.3. A Criação da Licenciatura em Enfermagem.....	138
3.4. O Currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem.	148
3.4.1. Origens e Mudanças Curriculares.....	150
3.4.2. O Saber de Enfermagem.....	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
BIBLIOGRAFIA.....	184

ANEXO - 1..... 199  
ANEXO - 2..... 208  
ANEXO - 3..... 212  
ANEXO - 4..... 216  
ANEXO - 5..... 218  
ANEXO - 6..... 221  
ANEXO - 7..... 222

**“... Quem comanda a narração não é  
a voz: é o ouvido.”**

*(Ítalo Calvino)*

## INTRODUÇÃO

O exercício profissional que desenvolvemos ao longo dos anos propiciou-nos experiências diversificadas na área de Enfermagem. Convivemos com atividades de assistência nas instituições hospitalares privadas e públicas, no ambulatório pediátrico da Previdência Social, nas creches municipais e na área de ensino dos cursos profissionalizantes.

Em determinados momentos desta vivência, ainda não nos era possível apreender e compreender todos os conflitos internos e externos que iam surgindo, por conta de presenciarmos uma distribuição e um acesso desigual da saúde, das formas diferenciadas de atendimento médico e de Enfermagem à população, gerando problemas graves nos serviços e na assistência à saúde. Estas questões sempre estiveram presentes nos causando inconformismo, desencanto, intranqüilidade e às vezes enfrentamentos e avanços.

Tentávamos entender as relações de saber e poder diferenciadas e discriminadas entre os profissionais de saúde. Buscávamos uma identidade, um papel para o enfermeiro, já esperando que ele tivesse atributos diferentes daqueles que, de maneira geral, presenciávamos. Conscientes ou não, os profissionais da área da saúde têm desempenhado um papel normativo na sociedade. Esta normatividade é entendida aqui como estabelecimento de normas, rotinas (de higiene, alimentação, etc) que julgamos necessárias, mas não acima ou minimizando o desejo, a vontade do indivíduo.

Devemos ressaltar termos sentido, por parte de muitos profissionais, preocupação e cuidado com o ser humano (que está à sua frente), com suas idéias, suas vontades, suas decisões. Esta prática, porém, ainda não está presente em todos e

suas implicações entram em conflito com a formação que pretende ver o ser humano como um todo.

Todos estes problemas, que fazem parte da formação e da prática profissional da área, têm, por sua vez, relação direta com as políticas sociais, de saúde e de educação neste país. De maneira geral ou específica, eles vêm sendo objeto de conflitos e questionamentos durante quase toda a história do exercício da Enfermagem. E, particularmente nas últimas décadas, têm sido mais intensamente explorados em forma de estudos que têm trazido grandes contribuições para elucidar a prática profissional e propostas para um sistema de saúde mais justo, onde os indivíduos tenham acesso à assistência.

Buscando uma compreensão de como se organizava e se distribuía a saúde, neste país, aproximamo-nos de áreas onde pudéssemos aclarar e avançar estas questões. Uma delas foi a Educação; nela vemos a possibilidade de ampliar horizontes, de discutir e analisar essa problemática com profissionais inseridos na assistência e no ensino, e de propor formas de enfrentamento da mesma.

De início, com os cursos profissionalizantes, empenhamo-nos em formar profissionais que estivessem comprometidos com uma prática de saúde de qualidade, mas que tivessem uma postura crítica em relação à sua prática: por que ela acontece assim? Poderia ser diferente? A quem ela serve ou deveria servir? Qual o espaço que ela ocupa no sistema de saúde? Qual(is) o(s) efeito(s) que tem na população? Nesse caminhar, algumas destas questões foram se esclarecendo, outras não. Outras continuaram permeando nossas buscas.

Quando tivemos oportunidade de trabalhar no curso de Licenciatura em Enfermagem, ministrando disciplinas de conteúdos pedagógicos, vimos a possibilidade de ampliar este espaço de discussões. Nele tínhamos oportunidade de

formar professores que iriam atuar nos cursos profissionalizantes e no ensino da saúde nos 1º e 2º Graus. Desta atuação, veio-nos a preocupação com a temática deste estudo.

A operacionalização teórico-prática (textos, discussões) dada às disciplinas que desenvolvemos, trouxe-nos novas questões, reflexões, conflitos que se somaram a outros antigos. Entender como se dá a formação educativa do enfermeiro, de onde veio a preocupação com esta função, quais as formas que essas práticas educativas assumem para o enfermeiro. Entendendo esta prática como toda possibilidade de ele atuar como educador, quais as influências que ela tem na população? Por que surgiu? Com que objetivos e finalidades? Para servir a quem? Isto se tornou um desafio.

Durante alguns anos, trabalhando com as disciplinas "Didática Aplicada à Enfermagem", "Planejamento e Avaliação de Ensino" e colaborando com a supervisão de estágios na "Prática de Ensino", começamos a indagar o porquê de o aluno do curso de Graduação em Enfermagem procurar a Licenciatura. Que finalidade ele vê nisso? Que uso ele fará deste diploma?

A partir de conversas e alguns questionários aplicados neste período, foi possível saber que os alunos vêem o curso de Licenciatura como mais um diploma universitário que poderá diferenciá-los no mercado de trabalho. Foi possível, também, saber que acabam distinguindo duas finalidades do curso de Licenciatura em Enfermagem: o direito de dar aulas de Enfermagem, Higiene e Programas de Saúde nos 1º e 2º Graus; e a contribuição que o curso traz para o

desempenho do papel de educador\* que o enfermeiro realiza em quaisquer locais de trabalho (hospitais, centros e postos de saúde, clínicas, indústrias, etc...)

Entendemos o conceito de educador como WANDERLEY (in CATANI, 1987: 196-197) *"o educador é um especialista, antes de tudo. Deve ser um homem competente, portanto precisa conhecer a realidade e as teorias que existem sobre a realidade e sobre a Educação, precisa conhecer o papel da Universidade e o do professor, precisa ser enfim um sujeito crítico e responsável (...) O professor é também um ser político (...) ele tem que discutir as relações de poder, intervir no processo de desenvolvimento nacional e assumir um compromisso com a sociedade"*.

Principalmente essa última possibilidade (educador) faz com que o aluno de Graduação em Enfermagem procure o curso de Licenciatura. Todavia, poucos se dirigem para o ensino nos cursos profissionalizantes e um número menor ainda assume a disciplina de Programas de Saúde no 2º Grau.

Na verdade, abriu-se um espaço nas escolas, principalmente nas de 2º Grau, para que o enfermeiro trabalhe com a educação em saúde, mas tal espaço quase não está sendo ocupado.

Existe aí uma série de problemas que se estende a toda a área de Educação no país, como BALZAN (1987: 147) comenta: *... "ao se falar das Licenciaturas enquanto formação de profissionais da educação, é necessário tocar, mesmo que brevemente nas condições materiais em que o ensino se realiza no Brasil, principalmente no processo gradativo de arrasamento salarial do*

---

\* O papel de educador revela-se no exercício das funções de orientação e educação junto ao paciente, família e grupos e/ou proporcionando treinamentos e atualização para a equipe de enfermagem em serviço; transcende, portanto, o papel do professor, que, na maioria das vezes limita-se ao ensino e aprendizagem de um determinada disciplina.

*professor, e, conseqüentemente, no significado disto em termos de sua sobrevivência física, psicológica, social e profissional".*

Por mais atraente que possa parecer a alguns a docência nos 1º e 2º Graus, o salário exerce o caráter decisório na escolha do enfermeiro. O setor hospitalar, por oferecer uma remuneração um pouco melhor, acaba atraindo-o.

No mesmo artigo citado anteriormente, Balzan comenta uma pesquisa realizada em São Paulo, pela revista *Veja*, que revela a proximidade da remuneração de enfermeiros e professores. Entre 23 profissões analisadas, considerando o salário inicial, as categorias Magistério e Enfermagem encontram-se em último e penúltimo lugar respectivamente. Isto revela não só a pouca atenção dada à educação e à saúde, mas também mostra como o discurso do governo é incoerente em relação à realidade dessas profissões.

Queremos questionar essas incoerências, pois elas interferem (estão presentes) na formação do licenciado em Enfermagem, profissional que assume o papel de formar recursos humanos na área e, ao mesmo tempo, desempenha também a função de educador da Saúde.

Entender melhor a função educativa do enfermeiro implica, entre outras questões, investigar a origem dos cursos de Licenciatura em Enfermagem que têm o respaldo legal para formar o professor na área.

Este curso surge no final da década de 60, período considerado desenvolvimentista. Nesta época, a instalação de multinacionais no país requeria uma mão-de-obra capaz de desenvolver trabalhos de acordo com o modelo de produção norte-americano.

O sistema escolar apresentava baixa demanda em relação ao total da população e grandes índices de evasão e repetência, sendo responsabilizado, principalmente nas análises realizadas pelos técnicos da USAID, pela baixa qualificação da mão-de-obra e, conseqüentemente, pela distribuição desigual de renda e pelo despreparo das massas para participar no processo político do país.

Na tentativa de resolver essa questão, o Estado, junto com alguns intelectuais representantes dos interesses oficiais, privilegiou a tecnologia educacional para combater a referida ineficiência do sistema escolar. Para o ensino superior, estas reformulações concretizaram-se na Lei 5540, de 1968 e, para o 1º e 2º Graus, na Lei 5692, de 1971. Estas reformas buscavam a racionalização dos aspectos administrativos e pedagógicos para atingir os requisitos dos modelos político e econômico vigentes.

Entender a prática da Enfermagem, também no aspecto educativo (no caso a Licenciatura), implica considerar e analisar os elementos que a determinam e caracterizam. Faz-se necessário um estudo contextualizado do curso de Licenciatura desde sua origem até a década de 70, situando-o numa visão a mais abrangente possível, considerando as relações políticas, sociais, econômicas e ideológicas e sua influência sobre o exercício profissional.

Desde sua organização, o processo de trabalho na Enfermagem é configurado pela divisão técnica das tarefas. A prática é parcelada em atividades, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo sua execução a diferentes agentes, daí a existência de diversas categorias na área: o auxiliar, o técnico e o enfermeiro. De maneira geral, os enfermeiros ocupam cargos de "mais prestígio", desempenhando funções administrativas, de ensino, pesquisa, além das tradicionais

funções assistenciais\* enquanto as outras categorias são mais utilizadas para prestarem cuidados diretos à população.

Procuramos, assim como o próprio título sugere, dar resposta a uma pergunta: por que foi criada a Licenciatura em Enfermagem? Configura-se assim o nosso objeto de estudo.

Nossa suposição é de que existem múltiplos intervenientes nesta questão, de que tanto as políticas educacionais como as de saúde propiciaram a criação deste curso. Porém, por outro lado, havia também uma movimentação da área para a formação de profissionais em outros níveis de escolaridade (como o técnico, por exemplo) e, portanto, poderia haver a necessidade de enfermeiros com uma formação pedagógica para atuar nestes cursos.

Como a Licenciatura em Enfermagem foi criada em 1968, pretendemos limitar o estudo do contexto histórico às décadas de 60 e 70, embora em algumas situações se recue ou se avance deste período, caso existam dados que tragam contribuições ao estudo. Buscamos entender o contexto que antecede e sucede à criação deste curso visando detectar elementos e relações que direta ou indiretamente influenciaram este processo. As décadas analisadas estão carregadas de acontecimentos que deram rumo aos setores educação e saúde no país. Contudo, essas "*mudanças*" já estavam sendo pensadas e cogitadas antes mesmo deste período, mas se deflagraram nele.

Ao abordar os acontecimentos políticos e sociais procuraremos entender o papel do Estado, o regime político, as principais medidas adotadas, as condições de saúde e de vida das pessoas, o modelo e a organização econômica

---

\* Assistencial está sendo empregado como: prestação de cuidados e serviços de saúde à população.

vigentes. Particularmente, algumas questões estarão sendo perseguidas nestas análises:

— As políticas sociais elaboradas neste período voltaram-se para as necessidades reais da população?

— De que maneira o Estado bem como os regimes políticos e econômicos presentes levaram em conta essas necessidades?

— Havia uma preocupação em melhorar a qualidade de assistência de Enfermagem e de saúde?

— Formar professores para os cursos profissionalizantes de Enfermagem fazia parte destas políticas? Era uma necessidade social?

Para dar respostas a estas questões, é necessária portanto a análise da conjuntura sócio-político-econômica que poderá fornecer dados possibilitando perceber o porquê de ter sido criada a Licenciatura em Enfermagem.

Entendemos, como **VIEIRA (1983: 10)**, que, neste período, a política social consistiu numa estratégia política usada pelo Estado brasileiro voltada para o que chamaram de desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, para atuar na correlação de forças sociais, seguindo as determinações daquele desenvolvimento. De certa maneira, as políticas sociais adotadas pelo governo representaram as relações entre o Estado e a economia durante o período em estudo.

A política econômica e a social refletiram historicamente as modificações na apropriação econômica e no exercício da dominação política. Expressaram, também, transformações na relação entre as classes sociais ou entre os diferentes grupos presentes dentro de uma só classe. Evidenciaram, ainda, a atuação

do Estado no sentido de incentivar e ampliar o capitalismo monopolista na sociedade brasileira.

Para realizar, de forma satisfatória, um estudo da política social do país, será imprescindível revelar a composição e os compromissos políticos do Estado em cada período analisado, bem como examinar a congruência com a dinâmica da economia.

A revisão bibliográfica realizada sobre o tema, mostrou que existem poucas publicações sobre o curso de Licenciatura em Enfermagem (L.E.); entre elas gostaríamos de citar os trabalhos: **ARRUDA (1969 e 1972), COSTA (1977), OGUISSO (1977), DUARTE (1983) e SECAF (1987)** que tivemos oportunidade de conhecer e que nos trouxeram importantes contribuições sobre a temática, fazendo-nos avançar no nosso estudo.

Distingue-se este trabalho destes produzidos na área pela preocupação em situar, caracterizar, inserir, acompanhar e analisar a criação da Licenciatura em Enfermagem, dentro de um quadro contextualizado das décadas de 60 e 70, recuperando, portanto, as políticas econômicas, sociais, educacionais e de saúde. Entendendo, ainda, que ela não poderá ser discutida ou analisada adequadamente se isolada, tomada somente em termos de suas especificidades ou estratificações internas.

A história da criação e do desenvolvimento desta Licenciatura é parte de uma história mais global ou, ainda, é parte da história da sociedade em um determinado período. E é deste modo, sob esta perspectiva, que vai se delinear este trabalho.

## **A Relevância do Tema**

A escolha deste tema deve-se à importância que ele assume na formação e no exercício da Enfermagem. Escolhemos este objeto de estudo por ser um espaço que trouxe questionamentos que não conseguimos responder, levando-nos a buscar respostas. E mais, por ser um desafio, por ser uma oportunidade de aprofundar relações entre educação, saúde, enfermagem, economia e política - universos pouco explorados de maneira relacional - e ainda porque sabemos que este estudo poderá redimensionar nossa prática, tornando-a mais esclarecida e esclarecedora.

Do nosso ponto de vista, o curso de L.E. assume uma importância muito grande na formação de profissionais que irão lidar com a qualificação de outros trabalhadores, no caso, o auxiliar e o técnico de enfermagem, que se inserem num mercado de trabalho para prestar assistência à saúde, quer seja nos hospitais, clínicas, ambulatórios, quer seja nos postos e centros de saúde. A qualidade desta assistência vai depender, em muito, da formação que estes profissionais estão recebendo, isto é, da maneira que os professores (enfermeiros licenciados?) os estão formando.

No momento atual, em que os órgãos representativos da categoria vêm discutindo, em nível nacional, a formação do enfermeiro, os currículos vigentes, etc., a Licenciatura está tendo um espaço especial. Acreditamos que um estudo como este poderá trazer contribuições a tal movimento, mas ele colaborará, sobretudo, na compreensão do exercício e da formação de professores na área de Enfermagem no país.

As aproximações com esta temática foram se evidenciando no caminho percorrido até aqui. Ele foi composto por várias incursões e reflexões sobre o tema em eventos científicos e na produção de textos que apresentaram análises possíveis naqueles momentos\*

Este trabalho será desenvolvido em três capítulos acrescidos de uma introdução geral e das conclusões finais.

O primeiro capítulo privilegiará o contexto político-econômico e social, fornecendo subsídios para as análises realizadas. Nele, interessa captar os meandros em que estas políticas foram elaboradas e operacionalizadas ao longo do período em estudo e suas relações com a criação da Licenciatura em Enfermagem. Importa, ainda, considerar os processos de elaboração da política educacional, recuperando os principais fatos e mudanças ocorridos, dando destaque à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, à Reforma Universitária de 1968, à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1971 e à repercussão que elas tiveram no ensino de Enfermagem.

O segundo capítulo trata das políticas de saúde e do emprego da força de trabalho em Enfermagem, mostrando como elas se dão a nível da medicina previdenciária e da saúde pública e a configuração das categorias de Enfermagem nos serviços. Isto se tornou necessário para esclarecer se a Licenciatura na área correspondeu a uma demanda de mercado.

---

\* Entre outros, estão os seguintes textos:

TOBAR, L.R.M.T. & BAGNATO, M.H.S.. A Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1988 (mimeo.).

BAGNATO, M.H.S.. A Licenciatura em Enfermagem da UNICAMP na atualidade. Campinas, 1991. (inédito).

BAGANTO, M.H.S.. Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1991. (inédito).

BAGNATO, M.H.S.. Mercado de trabalho para o licenciado em Enfermagem. Campinas, 1991 (inédito).

BAGNATO, M.H.S.. Falando sobre Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1992 (inédito).

BAGNATO, M.H.S. & CANGIANI, M.R.F. Práticas Educativas em Saúde com Crianças de 1º Grau: uma proposta participativa. Campinas, Anais da I Jornada de Enfermagem Pediátrica da UNICAMP, set., 1992.

O terceiro capítulo aborda o desenvolvimento dos cursos de Licenciatura no país, a criação da Licenciatura em Enfermagem, em termos legais e do ponto de vista dos profissionais da área, as mudanças nos currículos e as formas de expressão do “saber de Enfermagem” neste período.

Finalmente, o texto conclusivo, onde se procura sintetizar todas as preocupações deste estudo, bem como encaminhar respostas à questão principal que formulamos e perseguimos em todo o trabalho.

**“... toda proposição explicativa do mundo recorta-o analiticamente, simplifica-o pelo isolamento de processos que em sua existência empírica, desenrolam-se simultânea e implicitamente num número finito, embora extraordinariamente grande, de outros processos.”**

*(Wanderley Guilherme dos Santos)*

**DAS DIFICULDADES DE SITUAR E COMPREENDER NOSSO  
OBJETO NA DINÂMICA HISTÓRICA**

## CAPÍTULO I

# CONTEXTO SOCIAL DAS DÉCADAS DE 60 E 70 E SUA INFLUÊNCIA SOBRE AS MUDANÇAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DE ENFERMAGEM

### 1.1. Introdução

Neste capítulo pretendemos evidenciar as relações entre as principais mudanças educacionais que ocorreram nas décadas de 60 e 70 e as influências que elas tiveram sobre o ensino de Enfermagem, no conjunto das transformações da sociedade brasileira.

A organização do ensino, nos diversos níveis de escolaridade, contou, em determinados momentos, com alguma participação popular e em outros não. Isto porque o Estado exercia uma ação centralizadora e, assim sendo, coube ao Conselho Federal de Educação um papel praticamente burocrático nas metas dirigidas para a Educação, estando toda a política educacional controlada pelo Estado.

---

\* Coutinho (1981:91,92) traz uma discussão sobre a teoria ampliada de Estado em Gramsci, que entende este conceito como "equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc)". Dessa forma o Estado assume um sentido amplo, abrangendo a esfera da sociedade política, formada por um conjunto de mecanismos, através dos quais a classe dominante detém as ações legais de repressão e de violência, geralmente sob o controle das burocracias executivas e militar, e a esfera da sociedade civil, composta pelas organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, como o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais, os sindicatos, etc. Assim, o conceito de Estado é definido como sociedade política mais sociedade civil organizada. Entretanto, neste trabalho, o termo Estado assumirá o significado de governo, de sociedade política que está no poder, naquele momento.

Entender e explicitar estas participações e as mudanças ocorridas no contexto geral da educação bem como as influências que elas tiveram sobre o ensino da Enfermagem é fundamental para a compreensão do exercício desta profissão em todos os níveis. Foram tais mudanças que passaram a regulamentar as distintas categorias existentes na área, propondo currículos diferentes (em termos de objetivos, disciplinas e duração do curso), com exigências de níveis de escolaridade diferenciados para ingresso nos cursos.

Entendemos, como refere CUNHA (1983: 439), que política educacional do Estado é um *"conjunto de medidas tomadas (ou apenas formuladas) pela sociedade política que dizem respeito ao aparelho de ensino (propriamente escolar ou não) visando a reprodução da força de trabalho e dos intelectuais (em sentido amplo), a regulação dos requisitos educacionais e a inculcação da ideologia dominante"*.

Percebemos, todavia, a política educacional como um processo em constante mudança, uma vez que é decorrente da correlação de forças que se debatem nas diferentes conjunturas. A educação é uma atividade humana partícipe da totalidade da organização social.

Desta correlação emergem contradições entre a classe que está no poder e as outras classes sociais onde estas relações se dão, num processo dialético de oposição e subordinação.

Assim sendo, a educação que faz parte deste contexto histórico manifesta estas duas faces.

A época analisada apresentou mudanças significativas nos planos político, econômico e social que influenciaram as medidas adotadas nas instituições

escolares e nas de saúde. Tais mudanças, no entanto, já vinham se delineando nos anos anteriores. Por isso se faz necessário, em muitas situações, um recuo na história para buscar acontecimentos que possam lançar luz sobre o problema aqui discutido e sobre os elementos da dialética acima referida.

## **1.2 - Condições Societárias e a Educação em Enfermagem**

Para a compreensão do desenvolvimento do ensino de Enfermagem no país, o ano de 1923 foi um marco significativo pois nele deu-se a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no Rio de Janeiro, sendo o primeiro curso sistematizado de Enfermagem a cargo de enfermeiras. Com o Decreto nº 17268 de 31 de março de 1926, passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Ana Neri, tendo sido elevada, em 1931, à categoria de escola oficial padrão para todo o país (Decreto nº 20109/31). Isto significava que outras escolas que viessem a ser criadas, deveriam funcionar dentro dos mesmos moldes e serem a ela equiparadas para obterem o registro dos diplomas no Departamento Nacional de Saúde\*.

É interessante observar que, no currículo deste curso, destacavam-se as disciplinas de caráter preventivo, o que era compatível com o objetivo da escola na formação de enfermeiros de saúde pública. Contudo, eram exigidas das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do DNSP, o que mostrava uma ambivalência na formação destes profissionais porquanto a carga horária maior de prática estava no exercício das atividades hospitalares e não nas práticas preventivas conforme prescreviam as disciplinas curriculares. (ver anexo 1).

---

\* Para maiores informações consultar CARVALHO, 1976 :232

Os primeiros cursos da Escola Ana Neri tinham regime intensivo, com duração de vinte e oito meses, sendo os últimos quatro meses dedicados à especialização em Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Clínica ou Administração Hospitalar. Exigia-se dos candidatos a conclusão do curso normal ou equivalente, divergindo de outras escolas que exigiam somente o saber ler e escrever. Em 1926, ele passou para dois anos e oito meses e, em 1928, para quatro anos de duração. **(CARVALHO - Documentário, 1976: 10).**

Sendo assim, o ensino em Enfermagem no Brasil voltou-se, de início, para o preparo de enfermeiros que atuariam principalmente na área da saúde pública (mercado predominante), num processo de adaptação do modelo americano para a América Latina. Tal fato vinha atender aos interesses explícitos da Fundação Rockefeller\* que tinha objetivos precisos em relação à América Latina: criar condições sanitárias favoráveis ao desenvolvimento capitalista nos países subdesenvolvidos. **(BRAGA; PAULA, 1981: 45).**

Os profissionais formados pela Escola Ana Neri assumiam as chefias dos serviços de saúde pública ou atividades de ensino. Começaram a preparar auxiliares e visitadoras sanitárias, que iriam executar os serviços nestas áreas, no setor público. Todavia a maioria do pessoal no exercício da prática de Enfermagem era constituída de religiosas e serviçais que não contavam com um treinamento sistematizado e atuavam na área hospitalar.

---

\* Neste período, enfermeiras norte-americanas, enviadas pela Fundação Rockefeller, chegaram para organizar os serviços de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública e da Escola de Enfermagem deste Departamento. Foi a Fundação Rockefeller quem financiou a criação da Escola Ana Neri.

Provavelmente havia outros interesses da Fundação Rockefeller; porém, como não constituem objeto de nosso trabalho, não nos aprofundaremos neste sentido. Para maiores informações consultar: **CAMARGO (1984).**

A formação destes profissionais voltados para a saúde pública vinculou-se ao modelo econômico agrário exportador do país. Eles atuavam sobretudo no combate às epidemias que assolavam o país neste período, atingindo a mão-de-obra empregada nos setores de extração e produção agrícola, comprometendo as exportações e a vinda de imigrantes estrangeiros para o país, necessários à produção. Os portos por onde saíam estes produtos para o restante do mundo mereceram constante vigilância e atuação destes profissionais, principalmente visando cumprir exigências das autoridades sanitárias internacionais. Todas essas medidas faziam parte de uma política sanitária que buscava o controle das epidemias que prejudicavam as exportações e o crescimento econômico.

A partir de 1930, o governo exerceu um forte domínio no âmbito da política econômica e social, aumentando cada vez mais seus recursos para operar nestas áreas.

A política social concebida na época colocou em ação um conjunto de instrumentos legais, como por exemplo as leis trabalhistas, que possibilitava às camadas populares reclamarem perante o Estado o atendimento dos seus direitos.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e o governo federal deu apoio ao preparo de pessoal auxiliar para atuar na saúde pública, como, por exemplo, as visitadoras sanitárias, dando continuidade ao que já vinha sendo realizado.

De 1932 em diante, vários decretos-lei surgiram para dar amparo legal às categorias auxiliares já existentes. O decreto nº 22.257 proporcionou às religiosas com mais de seis anos de exercício da profissão, direitos iguais aos enfermeiros de saúde pública que trabalhavam nos hospitais das congregações religiosas. Outro decreto, nº 23.774 de 1934, amparou os laicos da Enfermagem e regulamentou os

exames de habilitação necessários para os que possuíam menos de cinco anos de prática na Enfermagem (ABEn, 1980: 199).

A partir de 1935, a prática sanitária entrou em declínio e com ela o Departamento Nacional de Saúde Pública. Com o desenvolvimento do processo de industrialização, o setor saúde voltou-se para o cuidado individual, com ênfase na atenção médica, o que veio atender à nova política econômica. Porém, até o final desta década, as enfermeiras continuavam atuando nas áreas de ensino e saúde pública.

No ano de 1937, foi implantado um regime político autoritário, denominado Estado Novo, com o apoio das diversas classes sociais. O Estado favoreceu a acumulação de capital através de um projeto de industrialização para o desenvolvimento e, a partir daí, procurou conciliar capital e trabalho. Assim, o denominado "modelo de substituição de importações" foi se instalando, possibilitando a emergência do setor industrial como hegemônico na década de 60. Este modelo também possibilitou, como veremos mais adiante, um crescimento na área hospitalar, na aquisição de aparelhos sofisticados para prestação de assistência médica, gerando uma tendência predominante de formação de profissionais para o setor hospitalar, nos currículos das áreas médicas.

Na constituição de 1937 foi introduzido o ensino profissionalizante, previsto principalmente para as classes "menos privilegiadas", sendo implantadas várias escolas técnicas profissionalizantes em diferentes locais do país. (FREITAG, 1980: 51).

Esta medida tomada pelo governo Vargas deu-se pela importância estratégica do sistema educacional para assegurar e consolidar as mudanças

estruturais ocorridas na conjuntura econômica, passando o Estado a regulamentar a organização daquele sistema.

Entretanto, o ensino profissionalizante em Enfermagem, em nível de 1º Grau, mesmo sendo um assunto discutido pela categoria nesta época, só vem a ser regulamentado na década de 40. Vejamos.

Nesta época, ocorreu uma nova expansão na área de saúde pública, sendo criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este acontecimento foi decorrente de um acordo realizado entre os governos dos Estados Unidos e do Brasil com a finalidade de ter profissionais para prestarem assistência aos trabalhadores que atuavam na extração da borracha para fins militares. Os trabalhadores começaram a pressionar, lutando por um atendimento curativo e hospitalar. Somou-se a isto a necessidade de atender a expansão econômica. Começou, então, a se desenvolver a indústria hospitalar incorporando uma tecnologia que exigia um preparo mais qualificado do pessoal ligado aos serviços de Enfermagem. O hospital passou a ser o "locus" da atenção médica, ficando a saúde pública em segundo plano.

Houve um aumento do número de cursos de Enfermagem ligados aos hospitais bem como a absorção de uma mão de obra mais barata. A partir de então, exigia-se dos enfermeiros a prática da administração, supervisão e ensino de pessoal auxiliar. (BARROS, 1985: 17).

Neste contexto aconteceu, em 1949, a primeira reformulação no currículo de Enfermagem. O ensino passou a ser regido pela Lei nº 775/49\* do

---

\* As leis, portarias, pareceres, decretos e resoluções citados neste trabalho são provenientes das seguintes fontes:

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem - Legislação e assuntos correlatos. 3ª ed., Rio de Janeiro, 1974, v.1 - 3.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO de 12/08/1971 (retificado no D.O.U. de 18/08/1971).

Governo Federal, regulamentada pelo Decreto nº 27.426/49, que estabeleceu o currículo dos cursos e as condições de preparação de enfermeiros e auxiliares. Neste currículo, além das disciplinas biológicas e profissionalizantes, foram incluídas a Sociologia e a Psicologia. (ver anexo 2).

O elenco das disciplinas oferecidas mostrou uma certa ênfase em relação à Enfermagem de Saúde Pública e uma preocupação em oferecer uma cultura mais geral ao enfermeiro. Esta lei, porém, não evidenciou alterações concretas em relação ao currículo anterior, de 1923, da Escola de Enfermagem Ana Neri. Os dois currículos privilegiaram as disciplinas de caráter preventivo, mesmo com o mercado apontando tendências para o campo hospitalar, como se verá mais à frente.

Estava presente, nesta reformulação do ensino da Enfermagem, o espírito político supostamente liberal do período, com um capitalismo que ainda não havia instituído a privatização da saúde de maneira empresarial, privilegiando, ainda, as doenças de massa da área preventiva (GERMANO, 1985).

Há, no entanto, como afirmamos, mudanças no campo de trabalho. Se, em 1943, de 334 enfermeiras em serviço ativo, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, em 1950, 49,4% delas estavam no campo hospitalar e 17,2%, na área da saúde pública. (ALMEIDA et alii, s.d. :33).

Esta Lei (775/49) regulamentou o ensino de Enfermagem e o integrou ao sistema educacional do país, cabendo ao Ministério da Educação e Saúde\* o reconhecimento de suas escolas, passando a exigir dos

---

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO de 20/01/1969.

Revista DOCUMENTA nº 95, dezembro, 1968.

Revista DOCUMENTA nº 97, Janeiro/Fevereiro, 1969.

Demais bibliografias pertinentes citadas no final.

\* Antes deste período, na década 20 o Decreto nº 16.300 (31/12/23) aprovava o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. O artigo 221 enumera as categorias profissionais sobre as quais será exercida a fiscalização: médicos, farmacêuticos, dentistas, massagistas, parteiras, enfermeiros e

candidatos ao curso de graduação o 2º Grau completo. Todavia, protelou-se por mais doze anos esta exigência, justificando-se tal medida pela baixa demanda dos cursos, e aceitando-se, como requisito para ingresso, o certificado de conclusão ginásial.

A Lei 775/49 e o decreto 27.426/49 também deram amparo legal ao ensino de Enfermagem em nível de 1º Grau já existente desde 1941, determinando os requisitos mínimos para a organização e o funcionamento dos cursos de Auxiliar de Enfermagem (CAE)\*\* Tratava-se, inicialmente, de um curso isolado, de dezoito meses de duração, de cunho exclusivamente profissionalizante, tendo como exigência ao candidato a idade mínima de 16 anos e a conclusão do primário ou equivalente. O surgimento desta categoria deveu-se à grande deficiência numérica de enfermeiras no país para prestarem assistência aos doentes. Além disso, seu preparo era demorado e dispendioso e havia necessidade de divisão do trabalho na área. (ALMEIDA & ROCHA, 1986: 83).

Nos hospitais, as enfermeiras passaram a exercer as tarefas administrativas do serviço, como faziam na saúde pública, proporcionando treinamentos e supervisionando o pessoal auxiliar. Os cuidados de Enfermagem nos hospitais eram executados, principalmente, pelos atendentes, e na saúde pública, pelos visitantes sanitários.

---

optometristas. Este decreto estipulava penalidades, suspensões do exercício profissional, além das penalidades previstas no Código Penal àqueles que cometessem repetidos erros do ofício. O Departamento Nacional de Saúde Pública estava subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1941, o Decreto Lei nº 3.171 (02/04/41), regulamentado pelo Decreto 9.810 (01/07/42), reorganizou o Departamento Nacional da Saúde Pública do Ministério da Educação e Saúde, que passou a constituir-se de outros órgãos, além do Serviço Nacional da Fiscalização. Ficou para este serviço a fiscalização do exercício das profissões médicas (dentistas, veterinários, médicos, enfermeiros, etc.). (JORGE, D. R., 1975: 30 a 37).

\*\* Para maiores informações ver Oguisso, Taka - A enfermagem e as habilitações a nível de 2º Grau. Anais do XXIX COBEn, Camboriú, 1977, p. 65-77.

A organização das instituições de saúde, com a divisão do trabalho em decorrência de uma maior complexidade técnica, a hegemonia da atenção médica, o desenvolvimento da assistência hospitalar e a instituição do seguro social para os trabalhadores deram respostas às exigências econômicas e políticas do capital neste período.

A expansão da atenção médica individual dava-se através dos serviços da área hospitalar. Mas havia uma grande falta de pessoal qualificado nos hospitais, cabendo aos atendentes a maior parte das tarefas relacionadas aos cuidados diretos com os pacientes, mesmo não estando adequadamente preparados para isto.

Na década seguinte (50) - gestão de Getúlio Vargas - buscou-se solução para os problemas do ensino primário, em especial na zona rural, através de convênios com os estados para ampliar a rede escolar. Propunha-se a promoção de cursos de atualização e aperfeiçoamento de professores primários e sugeria-se que o curso normal tivesse maior influência na formação de novos professores. O presidente entendia que o acesso gratuito da população ao ensino secundário deveria ser um dever do Estado. Propagava-se a melhoria do ensino técnico-profissional de nível médio e de nível superior.

Para o ensino superior, a política educacional do presidente valorizou o trabalho universitário e a elevada especialização. Tomou medidas como a instalação da Comissão de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior, estabeleceu o Sistema Federal do Ensino Superior, etc.

*"Sem transformar substancialmente a Educação no Brasil, e até mesmo mantendo determinados logros, parece ter restado ao governo de Vargas o mérito de incrementar as despesas públicas globais com o ensino. Ainda que as despesas públicas gerais com o ensino se tenham concentrado particularmente no*

*ensino superior e no ensino médio, em detrimento do ensino primário, é necessário destacar tal fato significativo". (VIEIRA, 1983 :47).*

Para Vargas, o aprimoramento educacional da população poderia servir à paz social, à ordem pública, numa perspectiva que tinha de evitar conflitos.

Nesta década, aconteceu uma série de movimentos das escolas de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) com o objetivo de promover mudança curricular, de definir o Código de Ética Profissional, de conhecer a realidade do trabalho em Enfermagem e de regulamentar o exercício profissional. Isto se expressou através da realização do Congresso Brasileiro de Enfermagem (VI), de documentos produzidos pela ABEn\* e da Lei 2.604 de 17/05/55, respectivamente.

Em 1956, assumiu o governo Juscelino Kubitschek. A sua gestão, revelou uma extrema valorização da política econômica em detrimento da política social. As diretrizes econômicas deste governo conviveram com precárias condições de vida da maioria do povo, ocultando estas condições através do discurso desenvolvimentista.

Neste governo, os órgãos relacionados com a execução da política social foram muito pouco alterados; o espaço reservado para tratar a política social deu-se ao nível das mensagens encaminhadas ao Congresso Nacional.

No caso da Educação, ele propunha *"assistir a todos os tipos de escolas necessárias à formação do homem e indicava os dois princípios norteadores da ação transformadora do seu governo: a descentralização administrativa e a flexibilidade dos currículos."* (VIEIRA, 1983: 99).

---

\* Para maiores informações consultar o estudo realizado pela ABEn "Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil - 1956/1958" - Brasília, 1980.

Existia sempre uma alusão à educação tecno-profissional nos projetos presidenciais para os diversos níveis de ensino. Considerava-se importante o preparo de técnicos de nível médio para trabalhar nas indústrias, comércio, agricultura e no magistério primário, deixando os estudos superiores para quem tivesse "*tal vocação*". Com isto, os recursos financeiros aplicados no ensino industrial de nível médio multiplicaram-se. No entanto, isto não se refletiu no ensino técnico de Enfermagem, uma vez que só em 1966 deu-se a criação deste curso.

O ensino primário seguia quase a mesma orientação do secundário, com pretensão de tornar as escolas públicas primárias acessíveis a toda a população e melhorar as condições de ensino ministrado.

A luta contra o analfabetismo não assumiu um papel prioritário neste governo, e o ensino superior não seguiu totalmente em direção aos objetivos fixados. Juscelino o via através da separação entre escolas voltadas para a ciência pura e escolas interessadas na ciência aplicada, dando preferência a estas últimas.

O governo de Kubitschek reivindicava auxílio da iniciativa privada para desenvolver as atividades educacionais e, ao mesmo tempo, expandia a rede de escolas públicas em lugares pouco atraentes ao investimento privado.

*"De maneira geral, este governo não transformou a essência da Educação no País, mantendo inclusive determinadas deformações e enganos no domínio do ensino. O que restou foi o empenho em incrementar um pouco os gastos federais com as atividades de educação e pesquisa". (VIEIRA, 1983: 106).*

Cabe salientar também que Juscelino encaminhou ao Congresso Nacional o projeto de reforma do ensino médico, o projeto de reforma do ensino de

Enfermagem\*: o projeto de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que continuou a ser discutido no Congresso. Este último tramitou no Congresso Nacional durante 13 anos, desde sua apresentação, em 1948, por Clemente Mariani, até sua transformação em lei, em 1961, depois de travados vários embates por parte dos educadores e legisladores.

Em relação à saúde, não houve profundas transformações. O presidente proclamava a falta de médicos e a ausência de serviços de saúde em diversos locais. Os planos relacionados à saúde em geral visavam à promoção de campanhas e de serviços permanentes. Presenciou-se, porém, neste período, uma redução de gastos federais com a saúde pública. As medidas adotadas eram localizadas diante das questões penosas que iam surgindo, por exemplo, as epidemias, os problemas de saneamento, etc.

No âmbito das condições habitacionais, pouco foi realizado pelo governo. Neste período, presenciou-se um aumento do número de favelas e a quantidade de pessoas vivendo sob o mesmo teto. As mortalidades geral e infantil continuaram elevadas, com índices diferenciados para as diversas regiões do país.

Enfim, as metas econômicas do governo conviveram com as precárias condições de vida da maioria da população do país, embora já começasse a penetração de uma tecnologia mais avançada influenciada pelo Estados Unidos.

Em relação à Enfermagem, nas décadas de 40 e 50, mesmo existindo o reconhecimento de outras atividades, como a qualificação de profissionais do setor para prestar serviços integrais de saúde à comunidade, a maioria da sua força de trabalho (em torno de 80%) concentrava-se na área hospitalar. Isto é confirmado por um estudo do Conselho Federal de Enfermagem e da Associação Brasileira de

---

\* Este projeto de reforma deu origem ao Decreto nº 50.387/61.

Enfermagem através da qual se percebe que, em 1956, 83,4% do pessoal de Enfermagem trabalhava na área hospitalar, 15%, na saúde pública e 1,6%, no ensino (COFEn/ABEn, 1985, v. 1).

De maneira geral, a década de 50 foi marcada por movimentos das escolas de Enfermagem e da Associação de Classe com objetivos de realizar mudança curricular, de definir o Código de Ética Profissional, de conhecer a força de trabalho na área e de regulamentar o exercício profissional.

A década seguinte (60) teve início, em se tratando do governo, com a posse de Jânio Quadros de 31/1/1961 a 25/8/1961 na presidência do país e do vice João Goulart.

O conjunto da política de Jânio foi contestado rapidamente com contundência e sua imagem de líder político, consagrado nacionalmente, foi desgastada. Como resposta, o presidente renunciou em agosto de 1961.

Com a saída de Jânio, assumiu a presidência o vice Goulart, que governou num clima de mobilização dos movimentos sociais e de constante ameaça de golpe.

Mesmo tendo uma sustentação política precária e sofrendo muitas pressões, principalmente dos setores agrário-exportadores e setores multinacionais e associados, o governo efetivou algumas medidas, como, por exemplo, o controle de importação de matérias primas para a indústria farmacêutica e a Lei de Remessas de Lucros que obrigava as multinacionais a reinvestirem no país.

Esta década se caracterizou por um ritmo acelerado de crescimento econômico e desenvolvimento tecnológico no mundo todo.

Os investimentos na área industrial beneficiaram-se da disponibilidade de energia barata e do avanço das invenções, principalmente nos setores eletroeletrônicos. Os principais motores desse processo foram a indústria automobilística e os produtos eletrônicos, que estiveram, geralmente, sob os "cuidados" das multinacionais.

Atraídas por uma mão-de-obra barata e farta, por mercados potenciais e por garantias políticas, empresas multinacionais, principalmente americanas, atravessaram as fronteiras nacionais dominando a economia mundial. Aumentou ainda mais a distância entre os países pobres do terceiro mundo e os países ricos do primeiro. O Brasil enfrentava sérios problemas ao entrar nos anos 60. A tentativa de desenvolvimento nacionalista e a "*política de compromissos*" entre as classes detentoras do poder, assumida anteriormente, já estava desfeita, e a mobilização tutelada das demais classes também apresentava abalos; os trabalhadores urbanos e rurais criaram entidades que iam contra a lei sindical ou inseriam-se no movimento nacionalista e reivindicatório.

A partir desta década, com o aprimoramento do aparelho industrial, prosseguiu o desenvolvimento de uma infra-estrutura tecnológica mais sofisticada que, em muitas situações, substituiu a mão-de-obra. Se a economia não requeria a totalidade da força de trabalho, não exigia, também, sua qualificação educativa. Na área da saúde, a maioria da força de trabalho em Enfermagem era formada pelos atendentes que não possuíam formação específica e não contavam com um amparo legal. Tal fato ocorria devido ao avanço do capitalismo neste setor, exigindo sempre um contingente de trabalhadores sem qualificação, e uma pequena parcela de indivíduos portadores de um saber profissional.

No nível social e econômico, neste período, a inflação estava alta, em torno de 39%, e o déficit do setor público era grande.

Entre 1961 e 1964, os gastos federais com saúde pública tinham sido da ordem de 2,4%, 3,9%, (62 e 63), 4,7% das despesas gerais, constituindo-se nas menores participações do Ministério da Saúde no orçamento global da União, até então registradas (VIEIRA, 1983).

A pouca atenção destinada ao setor agrário, aos problemas que ele vivenciava, repercutia na escassez e na alta dos produtos alimentícios. Aumentavam as tensões sociais e se intensificavam as migrações do campo para a cidade. A fim de minorar este quadro, foi criado o Estatuto do Trabalhador Rural, assegurando a este a previdência social, férias, salário mínimo, oito horas de trabalho e direito à sindicalização. Desta forma foram contempladas algumas reivindicações dos trabalhadores.

Estes acontecimentos se deram num momento em que, no cenário político, ressurgiram as idéias liberais (pós-45) que passaram a constituir um movimento de um nacionalismo crescente. Não havia ainda antagonismo dos interesses externos e nacionais no processo de industrialização do país. O liberalismo assume uma ideologia suficientemente elástica para aglutinar as diferentes forças empenhadas na industrialização através do modelo de substituição de importações.

Todavia, na fase final do processo de substituição de importações, no governo de Kubitscheck (1956-1961), o antagonismo se acentuou acirrando a contradição que se constituiu no centro da crise do início dos anos 60: o modelo econômico (substituição de importações) e a ideologia política vigente (nacional desenvolvimentista). Isto pode ser explicado em parte pelas principais forças

envolvidas no processo e por um esquema de representação partidária com interesses bastante diferenciados, embora o objetivo da industrialização assumisse um papel principal nos acontecimentos do período.

Com o alcance desta meta, as forças de esquerda mobilizaram-se pela nacionalização das empresas estrangeiras, pelo controle da remessa de lucros, de dividendos e pelas reformas de base como a tributária, a financeira, a agrária, a educacional, etc. Estes objetivos advinham da ideologia política do nacionalismo desenvolvimentista. Assim, a questão do desenvolvimento social foi incorporada tanto nos diagnósticos como nas propostas de solução para o atraso econômico do país.

Na área educacional surgiram a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (L.D.B.) de 1961 já mencionada, e projetos como a Mobilização Nacional contra o Analfabetismo (1962), os Movimentos de Cultura Popular (1963) e o Plano Nacional de Alfabetização (1964), que deveria adotar em todo o país o método de alfabetização de Paulo Freire.

A L.D.B. da Educação Nacional número 4024/61, foi sancionada por João Goulart, então presidente da República, legitimando as principais reivindicações dos grupos privatistas. Mesmo determinando a obrigatoriedade do ensino primário, impondo sanções legais aos pais que não matriculassem seus filhos nas escolas, deixava à família o direito de escolher o gênero de educação que queria dar aos filhos. O ensino primário continuou com quatro anos de duração no mínimo, podendo se estender a seis e sendo obrigatório a partir dos sete anos de idade. Para o ensino médio eram encaminhados alunos aprovados no exame de admissão, persistindo a estrutura dual, uma voltada para o 2º Grau e a outra para o ensino técnico, ambas segmentadas em dois ciclos; o primeiro, com quatro anos de duração

e o segundo com três ou quatro anos, com possibilidades de passagem de um curso para outro desde que se cumprissem cinco disciplinas obrigatórias comuns.

O término de qualquer destes dois cursos de nível médio daria, ao aluno, direito de se inscrever nos concursos vestibulares para cursos superiores. O ensino superior desenvolver-se-ia em escolas isoladas ou em universidades integradas por cinco ou mais escolas.

A L.D.B. trouxe alterações, tendo os estudantes universitários uma grande participação neste processo, ao questionarem a cátedra vitalícia, o vestibular, as verbas e a participação discente nos órgãos colegiados. A sua aplicação prática foi sendo adaptada às particularidades dos estados, contemplando, assim, seus princípios descentralizadores que beneficiavam os empresários do ensino. O grupo privatista teve contempladas algumas de suas posições nesta Lei, como o combate à "*hipertrofia*" da escola pública, em todos os graus e a defesa do pagamento do ensino, principalmente no nível superior. Vale lembrar que esta mesma Lei criou o Conselho Federal de Educação (C.F.E.), passando a ser de competência exclusiva deste órgão os assuntos ligados ao ensino superior.

A Lei 4024 de 61, embora pretendesse tratar da Educação Nacional, reduziu-se à organização escolar e a regular o funcionamento e o controle do que já estava implantado.

Os verdadeiros problemas educacionais continuaram intocados e a educação popular não foi considerada. A organização escolar, com esta estrutura e pressupostos, pôde manter suas características de aparelho reprodutor das relações sociais vigentes.

É importante assinalar que *"até a promulgação da L.D.B. da Educação Nacional, a Enfermagem era considerada uma profissão com características próprias que justificavam uma legislação à parte, por muito tempo incentivada e aceita pelos próprios enfermeiros. Acompanhando a evolução natural da sociedade e o rápido progresso do ensino de Enfermagem nos últimos anos, essa situação não mais satisfazia e a tendência dominante passou a ser a sua integração total, em todos os seus níveis, no sistema geral de ensino no país."* (CARVALHO, 1976: 155).

Assim sendo, nesta década, ocorreu o segundo momento de mudança no ensino de Enfermagem, com a Lei nº 2.604/55 regulamentada pelo decreto nº 50.387/61, que dispôs sobre o exercício da Enfermagem e suas funções auxiliares. Ocorreu, neste momento, a passagem definitiva deste curso para o nível superior, obedecendo ao dispositivo da Lei 2.995/56. O Conselho Federal de Educação aprovou, a seguir, o Parecer 271/62 que determinou o currículo mínimo e a duração de três anos para o curso de Enfermagem de nível superior, contrariando o pensamento da maioria das educadoras enfermeiras. Incluiu-se, neste currículo, a disciplina de Administração e foram excluídas as de Psicologia, Sociologia e Enfermagem em Saúde Pública (sendo que esta última passou para o nível de especialização), disciplinas estas que traziam uma possível discussão do contexto social. Esta última e a Enfermagem Obstétrica seriam introduzidas num quarto ano optativo. Percebe-se, portanto, que aquele currículo pautou-se por uma formação voltada para a assistência hospitalar (7 das 8 disciplinas do tronco profissional eram direcionadas para a área hospitalar), revelando uma consonância desta formação com o desenvolvimento técnico da área da saúde e a expansão da rede hospitalar, principalmente no setor privado, com hegemonia da assistência curativa no setor saúde. (vide anexo 3)

É interessante observar a resposta do relator do C.F.E. a um pedido de revisão do Parecer 271/62, feito pela Associação Brasileira de Enfermagem, no que diz respeito à inclusão da disciplina Ciências Sociais no currículo dos cursos de Enfermagem: "*Tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina, como exigí-la no de enfermagem? ... Como matéria complementar as escolas de enfermagem poderão adotá-la.*" (Brasil, *Enfermagem: legislação e assuntos correlatos*, v.II: 250, 1974).

O legislador entende que esta área de conhecimento não é necessária aos cursos de Enfermagem e Medicina. Porém acreditamos ser de fundamental importância aos dois profissionais que têm, como objeto de seu trabalho, o homem com manifestações diferenciadas do estado de saúde: este deve ser visto como um todo, um ser integral e social, situado historicamente. Assim sendo, a disciplina Ciências Sociais poderia contribuir neste sentido. Felizmente constatamos que os profissionais da área da saúde têm manifestado e trabalhado com esses pressupostos no exercício da profissão, valorizando as contribuições que outras ciências trazem para a compreensão destas questões.

O relator expressa uma visão de Medicina e Enfermagem curativa, voltada para as doenças, o que está em consonância com o modelo de atendimento cada vez mais consolidado: o atendimento hospitalar. Contrapondo-se a isto, a presidente da Comissão de Enfermagem da ABEn, nessa época, Profa. Dra. Maria Rosa Pinheiro, obteve, dos diretores das escolas de Enfermagem, o compromisso de incluírem a Saúde Pública como obrigatória nos currículos, (CARVALHO, 1976). Tal fato demonstra, a nosso ver, uma visão mais abrangente de educação na área.

Este momento foi coincidente com a tendência econômica presente no país, de concentração de renda que oferecia estímulo à privatização da assistência médica, no cuidado individual e curativo, e à especialização.

No plano político, aconteceu, no ano de 1964, o golpe de Estado, desferido por uma coalizão civil e militar, pondo fim à democracia populista de João Goulart, que esteve presente no país desde 1946.

Neste período, os militares editaram o Primeiro Ato Institucional com o fortalecimento do Executivo, concedendo amplos poderes ao presidente que poderia, por exemplo, cassar mandatos políticos, retirar poder do Legislativo, ficando o Congresso e os partidos praticamente sem função.

A 11 de abril, o general Castelo Branco, ex-chefe do estado maior do movimento que derrubou Goulart, foi escolhido presidente da República (1964-1967). O grupo IPES-ESG (Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais - Escola Superior de Guerra) não conseguiu a hegemonia no governo que se formava, tendo que compor com outra facção militar - a chamada "*linha dura*", representada pelo general Costa e Silva, ministro do Exército.

O novo Estado ficou em mãos dos segmentos multinacionais, da grande indústria nacional associada ao capital estrangeiro e dos militares, tendo como ponto de aglutinação e fonte inspiradora para as novas diretrizes a Doutrina da Segurança Nacional (DSN), a partir da qual se definiriam os "*objetivos nacionais: a predominância do grande capital e a contenção dos trabalhadores, o que significava disciplinar o trabalho às necessidades do capital*". (PAES, 1992: 46).

Mesmo que o golpe tenha sido fruto de uma coalizão, coube às Forças Armadas a intervenção executiva do mesmo e o exercício do comando do Estado brasileiro de 1964 a 1985.

Através das reformas financeiras, fiscal e administrativa do Plano de Ação Econômica do Governo, foram lançadas as bases para o modelo capitalista almejado, com a economia sustentada pelo tripé: capital multinacional, grande capital nacional e capital estatal. (PAES, 1992: 47).

A reforma administrativa não atingiu o serviço público direto, que atendia às necessidades básicas da população, em saúde, educação. Porém, em contrapartida, modernizou a administração indireta - empresas públicas, mistas e autarquias, criando as modernas burocracias estatais bem remuneradas que ficavam fora do controle social ou parlamentar.

*"... o percurso do Movimento de 1964 foi pontilhado por Atos Institucionais, por Atos Complementares, por Leis de Segurança Nacional e por Decretos Secretos, satisfazendo as exigências dos influentes do momento. Tudo sugeriu que o processo sócio-histórico do Brasil já estava traçado por alguns, exigindo para tanto correções de ocasião, através de providências autoritárias, impingidas à população. As correções se refizeram a cada passo da política brasileira, mostrando as contradições da atual fase da sociedade capitalista aqui implantada". (VIEIRA, 1983:191).*

O movimento de 1964 passou a glorificar a modernização, a taxa de crescimento, o tecnicismo e a eficiência.

O regime militar é expressão de uma fase do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, que ocorreu *"sob a égide dos monopólios e que expressou,*

*sobretudo, os interesses dos conglomerados internacionais de grandes grupos econômicos nacionais e das empresas estatais, formando um bloco cuja direção foi recrutada nas Forças Armadas e que contou com decidido apoio dos setores tecnocráticos. Por outro lado, o referido bloco não pode ser visto simplesmente de forma estática e monolítica. Tratou-se, por conseguinte, de reconhecer a existência de facções divergentes, porém não contraditórias, no seu interior". (GERMANO, 1990: 6).*

O Estado brasileiro, durante o regime militar, investiu mais na esfera econômica, (como, por exemplo nas empresas estatais que se expandiram, nos incentivos ao capital privado, etc) e, ao mesmo tempo, nas ações repressivas visando silenciar os opositores ao regime, subestimando a política social. E, quando se voltava para o social, era no sentido de diminuir as tensões e em disfarçar ou compensar as desigualdades e injustiças. (FREITAG, 1980:29).

A exemplo disto, o salário real dos trabalhadores diminuiu, principalmente entre 1965 e 1968, e de 1972 em diante. A participação na renda dos 50% mais pobres da população economicamente ativa (P.E.A.) caiu de 17,71% no ano de 1960 para 14,91% em 1970 e em 1976 estava em 11,8%, enquanto a participação dos 5% mais ricos da P.E.A. ia no sentido inverso: aumentou de 27,69% em 1960 para 34,86% em 1970, chegando, em 1976, a 39% da renda. (VIEIRA, 1983: 208).

O governo de Castelo Branco adotou, também, outras medidas tais como: intervenção nos sindicatos e nas entidades estudantis, proibição das greves, instauração da censura, criação do Serviço Nacional de Informações (S.N.I.), cassação de mandatos e suspensão por dez anos dos direitos políticos de parlamentares opositoristas, arrocho salarial, garantia da livre entrada de capitais

estrangeiros e remessas de lucros. Criou, ainda, instituições financeiras que favoreceram as grandes empresas nacionais e internacionais, e centralizou todo poder e decisões no Executivo, governando na base de atos institucionais, decretos-lei e constituição outorgada.

Todo esse período foi marcado por uma série de fatos que foram mostrando as contradições de classes e desencadeando pressões sociais dentro de um quadro de crise, de manifestações e descontentamento de vários setores da sociedade, de eclosão de movimentos sociais e redefinições nas correntes políticas de esquerda.

As classes médias urbanas, sendo atingidas no seu padrão de vida, com a queda dos salários, do poder aquisitivo e ameaça de desemprego, foram apoiando ou se engajando nos movimentos que aconteceram a partir da segunda metade da década de 70, reivindicando liberdade democrática, direitos humanos e anistia. Com isso, amplia-se o espaço de discussão, de participação e de oposição ao regime, inclusive da classe trabalhadora que sofreu ainda mais com as medidas adotadas neste período.

O desenvolvimento econômico em vigência, coordenado por militares e tecnocratas, produziu uma agressiva deterioração das condições de vida no país e, em decorrência, das condições de saúde das classes trabalhadoras e dos grupos sociais excluídos do processo produtivo. Alguns indicadores, como o investimento do governo na área social, os índices de mortalidade infantil, de doenças transmissíveis, etc, podem mostrar como se configurava a política social neste período, lembrando-se que determinados acontecimentos como óbitos e doenças poderiam ser evitáveis à luz de uma melhor prática médica e distribuição de renda.

Se, no período que antecedeu o golpe militar, já se caracterizavam um esvaziamento das ações de saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária, no pós-64 tal processo foi patrocinado pelo governo.

Em 1968, os gastos do orçamento global da União com o Ministério da Saúde, correspondiam a 2,21%; em 1972, a 1,40%; em 1973 eram de 0,91%; e, em 1974, eram de 0,90%. (BRAGA & PAULA, 1981: 91, 96). De maneira geral, presenciou-se uma queda de investimento do governo na área da saúde.

A tabela-1 abaixo mostra um indicador das condições sociais do país - a mortalidade infantil em diferentes capitais, contemplando alguns anos do período em estudo:

**TABELA 1** - Evolução da mortalidade infantil por mil nascidos vivos, nas regiões do país (1968-1980).

ANOS	MORTALIDADE INFANTIL					
	BRASIL	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
1968	87.4	55.3	111.7	85.6	70.1	69.0
1969	91.4	65.5	115.5	86.7	66.3	90.9
1970	92.0	60.0	125.1	83.5	77.1	80.3
1971	98.5	59.8	132.1	91.4	84.5	83.7
1972	91.0	61.5	114.9	87.8	69.6	81.6
1973	103.5	59.5	145.9	97.7	70.7	77.6
1974	93.5	68.8	117.0	93.4	63.7	62.8
1975	102.4	70.5	137.0	101.9	64.4	55.3
1976	99.9	74.6	130.0	94.6	62.2	-
1977	85.2	76.9	99.0	92.5	68.6	85.2
1978	80.9	104.7	125.9	68.4	54.8	60.1
1979	73.9	95.9	114.8	63.4	49.2	51.1
1980	76.8	89.1	107.2	56.9	46.1	45.2

**FONTE:** BRASIL - Relatório sobre a situação social do país. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP, 1985.

Como se pode ver, a mortalidade infantil, neste período, apresentou uma tendência a aumentar, especialmente em alguns anos como em 1973 e 1975.

Mesmo a partir de 1976, quando há um declínio, os índices ainda são bastante elevados, principalmente nas regiões norte e nordeste.

Estas taxas de mortalidade infantil são mais um indicador das condições de vida do que de cuidados médicos, pois a sobrevivência de crianças menores de um ano depende principalmente das condições gerais de higiene, nutrição, moradia, saneamento básico, etc. Assim, refletiu a queda do padrão de vida da população, especialmente a de grandes centros urbanos. Isto se deve às mudanças na remuneração do trabalho, ocorridas após 64, e à recessão provocada pelas transformações no contexto político e econômico do país.

Estudos da época indicam que as principais causas de óbito de crianças ocorridas no período de 1968-1977 foram as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório que seriam evitáveis através de medidas como imunizações, tratamento preventivo, saneamento ambiental, diagnósticos e tratamentos precoces. Não houve, entretanto, uma priorização orçamentária do Ministério da Saúde para as ações preventivas neste setor.

As doenças transmissíveis também são indicadores das condições sociais da população e a **tabela-2** abaixo mostra os índices destas doenças em alguns anos deste período:

**TABELA 2 - Algumas Doenças Transmissíveis Notificadas de 1969 a 1975 no Brasil.**

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Febre Amarela	4	2	11	9	70	13	1
Peste	293	101	146	169	152	290	496
Hanseníase	5618	5470	5950	6411	6831	8199	9300
Tuberculose	39198	36510	35871	36312	45665	46987	53419
Difteria	4355	6215	4872	5002	5380	3636	4004
Febre Tifóide	3372	3722	3672	4292	3895	3395	3385
Sarampo	34919	35512	46600	39467	51339	20061	19764
Poliomielite	1171	2391	2400	1565	1620	1191	3596
Tétano	2547	2501	1962	2051	2524	1819	1957
Variola	7407	1771	19	-	-	-	-
Doença Meningocócica	-	208	629	1720	5067	31486	9652
Malária	53887	52469	76752	82421	76112	64320	88630

( - ) ausência de casos

**FONTE:** BRASIL. Relatório sobre a situação social do país. Núcleo de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP, 1985.

A tabela 2 mostra uma sensível elevação do número de casos de doenças transmissíveis notificadas no período. Estas doenças geralmente podem ser prevenidas através de medidas de saneamento básico, de elevação da renda e do padrão alimentar da população, o que não aconteceu. Comprova-se assim a relação entre o manifestar destas doenças e a deterioração das condições de vida, embora pesem, também na estatística, os movimentos migratórios da população\* .

Em relação aos trabalhadores tal deteriorização das condições de vida nesta época, produziu elevada frequência de acidentes de trabalho ocasionados principalmente pela fadiga produzida pelo intenso ritmo e extensa jornada de trabalho, falta de medidas preventivas, etc. (HABERT, 1992).

\* Vale a pena lembrar que as coletas e registros de dados estatísticos no Brasil, principalmente no período deste estudo, décadas de 60 e 70, são bastante precários, sendo possível a existência de uma situação ainda mais penosa nestes setores.

Mesmo com este panorama da saúde da população, não houve uma atuação efetiva do Estado no sentido de resolver os problemas sociais gerados pelo modelo de desenvolvimento econômico adotado. Somente os setores com possibilidade de investimento econômico, para aumento do lucro de uma minoria, mereceram alguma atenção. A crise nas condições de saúde da população foi entendida pelos tecnocratas como uma crise da organização dos serviços de saúde e da medicina no país, ou seja, a saúde foi tomada isoladamente e não como um produto das condições de vida e das relações econômicas vigentes na sociedade. Desta forma, o governo não tomou medidas efetivas no sentido de melhorar as condições de vida e de saúde da população. Apenas mereceram atenção as questões sociais necessárias ao desenvolvimento do capitalismo, sendo elementos para suporte do processo de acumulação. A lógica do capital preponderou sobre os interesses do conjunto da população.

Retomando a análise conjuntural, verificamos que em 1968, várias partes do mundo viviam movimentos de contestação social, política, cultural e de oposição à ditadura.

Estes movimentos sociais desencadearam no Brasil reações do governo Costa e Silva (1967 a 1969) que baixou o Ato Institucional nº 5 (AI-5), dando poderes ilimitados ao Executivo. Com esta medida, ele pôde fechar o Congresso Nacional por tempo indeterminado, continuar a cassar mandatos, suspender por dez anos os direitos políticos de qualquer cidadão, demitir ou aposentar funcionário público civil ou militar, fazer a censura prévia à imprensa e aos meios de comunicação, além de outras medidas. Essa transferência do poder político para o interior das Forças Armadas foi aumentando na razão direta da desmobilização da sociedade civil. Na prática, ficava eliminada a distinção entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Começaram a surgir, entre alguns dos antigos aliados, críticas tanto à política e economia recessiva quanto ao favorecimento ao capital estrangeiro. Alguns jornais começaram a denunciar as violências e as torturas. Facções da igreja católica e da Ordem dos Advogados do Brasil (O.A.B.) começaram a se posicionar contra a Lei de Segurança Nacional.

A educação foi abalada também em sua própria concepção. Na Constituição e no Plano Decenal de 1967, a educação era apresentada como instrumentalizadora para o trabalho e o ensino superior era encarado como "*um insumo econômico para o crescimento industrial*".

A influência dos Estados Unidos nesta área expandiu-se ainda sob o rótulo de "cooperação técnica". Entre 1964 e 1968, a princípio sigilosamente, foram realizados pelo MEC contatos com a USAID e a Aliança para o Progresso com o objetivo de reorientar as bases educacionais e obter quadros "técnicos". Resultaram, desses contatos, doze acordos envolvendo os ensinos primário, médio, superior, treinamento de técnicos rurais e a área de produção de livros didáticos.

Apesar do controle sobre os diretórios acadêmicos, das perseguições e prisões de estudantes, o movimento estudantil se reestruturou nesses anos, tendo um papel constante de oposição ao governo, denunciando os acordos MEC-USAID, reivindicando mais verbas e melhores condições de ensino, reestruturando suas entidades e realizando clandestinamente seus congressos. Mas todas as greves, ocupações e passeatas eram reprimidas pela polícia.

Nas escolas e nas universidades, junto ao recrudescimento da repressão sobre os estudantes, professores e funcionários, (com demissões, perseguições e prisões), foram implantados regulamentos autoritários, as aulas vigiadas, e os currículos, "peneirados". Desde 1969 surgiram decretos que

obrigavam a incluir a disciplina: Educação Moral e Cívica em todos os níveis de ensino. O conteúdo desta matéria era definido oficialmente, seguindo os preceitos da ideologia da Segurança Nacional . Influenciado por concepções integralistas, ocultava a existência de conflitos sociais no Brasil e exaltava o culto à Pátria, à religião, às Forças Armadas, às leis e instituições vigentes. (HABERT, 1992)

No geral, a política educacional aprofundou a seletividade, o analfabetismo, o controle ideológico e político sobre o ensino. A qualidade de ensino foi rebaixada, tirando o caráter universal e crítico, em benefício da formação de uma mão-de-obra mais adaptada aos interesses das empresas e do regime.

*"A efervescência e a contestação estudantil foram contidas e ficaram paralisados os debates sobre o ensino e a realidade brasileira que antes integravam a vida universitária. Discutir tais assuntos em sala de aula foi considerado "ato de subversão" a ser punido, seja pela direção da escola, seja pelas autoridades policiais e militares". (HABERT, 1992: 30).*

No que diz respeito à especificidade deste estudo, as principais mudanças educacionais havidas durante o regime militar foram a criação do curso Técnico de Enfermagem (Parecer 171/66), a Lei da Reforma Universitária nº 5.540 de 1968, a criação da Licenciatura em Enfermagem (Parecer 837/68 do C.E. Su e Proc. 607/68 do C.F.E., Portaria 13 de 1969) e a Lei de Diretrizes e Bases do ensino de 1º e 2º Graus, nº 5692, em 1971.

A área da Enfermagem, além das categorias auxiliar e enfermeiro, passou a contar, em 1966, com o técnico em Enfermagem. O curso Técnico de Enfermagem (C.T.E.) veio atender a reivindicações antigas de alguns enfermeiros que viam, como necessária, a existência de mais um elemento na categoria

profissional, em nível de 2º Grau, para o desempenho de tarefas com certo grau de complexidade.

O C.T.E. foi criado pelos Pareceres 171/66 sob a vigência da Lei 4024/61 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, como um curso de 2º Grau, com duração de três anos. A criação deste curso antecedeu a idéia de profissionalização no 2º Grau trazida pela Lei de 1971.

No contexto geral da educação, a modernização da economia com a abertura de várias firmas multi-nacionais, neste período, fazia supor que a escolarização seria a principal via de ascensão social, havendo por isso uma forte pressão das classes médias no sentido de democratização do ensino superior.

Porém, atender à demanda por maior número de vagas implicava um grande aumento da despesa do governo com a educação superior, o que poderia comprometer os esforços do Estado na concentração de capital e/ou acarretar uma diminuição do desempenho de outros serviços públicos como, por exemplo, o ensino primário e colegial. Implicaria, também, um aumento de profissionais à procura de emprego. O setor privado não absorveria todos esses profissionais, cabendo, por conseguinte, ao setor público o ônus de criar oportunidades *"artificiais de trabalho, o que comprometeria, também, o esforço do Estado na concentração de capital que tinha como objetivo principal garantir, facilitar e subsidiar a expansão das empresas industriais privadas, através da manutenção e elevação da taxa de lucro. Por essas razões, a expansão do ensino superior, a taxas mais elevadas, era incompatível com a política econômica adotada. A insistência dos tecnocratas na falta de profissionais de nível superior no país tinha, no entanto, a função de manter vivo o sonho, de dar um suporte às aspirações de ascensão social via escolarização-promoção burocrática"*. (CUNHA, 1973 in ARGUMENTO:49).

O governo apressou-se a fazer a reforma do ensino superior que resultou na Lei 5.540 de 1968, estabelecendo, assim, a ruptura política. Ela surgiu num momento de crise do país, após manifestações e protestos de estudantes e de um grande número de docentes, impulsionada pelo número de excedentes nas escolas superiores. Esta Lei foi imposta, tendo sido concebida por um grupo de peritos norte-americanos e brasileiros, sem que professores e alunos fossem consultados. Propunha-se a solução para a crise universitária, através de medidas disciplinares destinadas aos estudantes.

A comissão elaboradora desta Lei incorporou idéias básicas presentes no "*Plano orientador da Universidade de Brasília*". Estas idéias trouxeram diversas medidas tais como: cursos de curta duração (dois anos), a Licenciatura (quatro anos) e pós-graduação entre dois e quatro anos, implantação dos cursos básicos, sistema de créditos, integração de cursos, áreas, disciplinas; composição curricular que, teoricamente, atende a interesses individuais dos alunos pela presença de disciplinas obrigatórias e optativas e pela matrícula por disciplina, centralização da coordenação administrativa, didática e de pesquisa, cursos de vários níveis e de duração diferente, incentivo formal à pesquisa, extinção da cátedra, ampliação da representação nos órgãos de direção às várias categorias docentes, controle da expansão e orientação da escolha da demanda pelo planejamento da distribuição de vagas, dinamização da extensão universitária, etc. (ROMANELLI, 1989: 229-230).

Pode-se verificar que medidas como departamentalização, introdução do regime de créditos e institucionalização do ciclo básico possibilitaram, indiretamente, abrir mais vagas para alunos, mas tornaram mais escassos os recursos materiais e humanos.

Segundo CUNHA (1983: 152), a *"modernização do ensino superior foi acionada pelo Estado, atendendo aos imperativos da segurança e do desenvolvimento, embora esse binômio fosse entendido de diversas maneiras. A formação econômica, acelerada e abundante de profissionais, principalmente tecnologistas era vista como requisito de dependência que entravava o desenvolvimento do país, como condição para a sua mais perfeita integração econômica, diplomática e militar no conflito entre o mundo livre, liderado pelos Estados Unidos e a Cortina de Ferro, pela União Soviética"*.

As soluções dadas para a crise universitária foram a profissionalização do ensino no 2º Grau, com o objetivo de desviar os jovens, o mais cedo possível, para o mercado de trabalho, bem como o aumento de vagas e de facilidades para a entrada no curso superior.

Estas medidas, contudo, não puderam controlar a pressão sobre as universidades e a ampliação do número de vagas na rede pública. Para resolver estes problemas, o governo passou a permitir a existência de cursos superiores em estabelecimentos privados isolados, autorizando-os a conceder diplomas acadêmicos.

A multiplicação de diplomados em curso superior fez com que não se realizassem suas aspirações de ascensão social, pois o mercado de trabalho não tinha capacidade para absorver os contingentes egressos das universidades. Pela primeira vez, o Brasil apresentava uma quantidade cada vez maior de desempregados diplomados em nível superior.

Foram lançados projetos que prometiam melhorias sociais, tais como o MOBRAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização) e o Projeto Rondon, procurando envolver jovens estudantes na ideologia do "Brasil Grande". Mas os

resultados destes projetos mostraram uma realidade bem distante do que era propagada.

Nesta época, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) exercia um papel significativo na educação em Enfermagem e se mobilizava na coordenação de esforços internacionais e na propagação das ideologias dominantes na área da saúde. Baseando-se nas "Diretrizes do Plano Decenal de Saúde Pública da Carta de Punta del Este", aprovada na III Conferência Especial de Ministros da Saúde das Américas, a OPAS estabeleceu uma política que incentivava o estudo da força de trabalho em Enfermagem a fim de elaborar uma Política Nacional na área, mudando o enfoque de desenvolvimento educacional para o desenvolvimento de serviços de Enfermagem. (BARROS, 1985: 20). Esta mudança era condizente com a política econômica e de saúde. O propagado desenvolvimento, neste período, iria reconquistar uma força de trabalho nos serviços de saúde com uma mão-de-obra pouco qualificada.

Em contrapartida, a preocupação da ABEn voltava-se para a educação em Enfermagem, enfatizando a questão do status profissional, movimentando-se para que o curso de bacharelado fosse desenvolvido em quatro anos a fim de manter ou elevar o status do enfermeiro e assegurar uma formação mais sólida.

Em 1968, a Escola de Enfermagem da USP e a OPAS realizaram um Seminário Nacional sobre Currículo de Graduação em Enfermagem para analisar o reflexo da reforma Universitária (1968) na formação do enfermeiro. Neste Seminário, houve divergência de posições entre o órgão representativo da Enfermagem (ABEn) e a OPAS em relação a uma política educacional em Enfermagem. A ABEn tentou obter o compromisso das escolas com a inclusão obrigatória da disciplina de Saúde Pública no currículo. (CASTRO et alii, 1989:

108). A área de saúde pública vinha trabalhando questões como epidemiologia, educação sanitária, políticas de saúde, serviços de saúde pública (postos e centros de saúde), saneamento básico, saúde mental, enfermagem em saúde pública, etc\*.

O parecer 837, C.E.Su, aprovado em dezembro de 1968 (Proc. 995/68 do C.F.E.)\*\* criou o curso de Licenciatura em Enfermagem (L.E.), e, em 1969, regulamenta-o através da Portaria 13, de janeiro de 1969\*\*\*. A análise da legislação e do curso de L.E. será realizada no capítulo-3 deste trabalho.

A política econômica adotada no governo militar favoreceu a concentração de capitais, as fusões e associações de empresas, enfim, o predomínio da grande empresa nacional, estatal e especialmente multinacional, associadas ou não entre si, em todos os setores da economia. As multinacionais consolidaram seu predomínio nas indústrias de ponta, como a automobilística, química e farmacêutica, eletro-eletrônica, máquinas e equipamentos, além de reforçarem sua presença na mineração e na agroindústria. (HABERT, 1992). Isto interferiu no desenvolvimento técnico científico da área hospitalar que, na década de 70, teve um grande impulso.

O Estado de Segurança Nacional adotou a tortura, o assassinato e o desaparecimento de presos políticos como estratégias para eliminar toda e qualquer oposição, violando constantemente os direitos humanos.

A Junta Militar que sucedeu Costa e Silva baixou uma série de atos institucionais, agravando a situação da população.

---

\* Merhy (1992: 15 e 16) conceitua a saúde pública como um campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde que tem suas atividades qualificadas tomando o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho; ele entende que a "saúde pública tem se identificado como o campo das ações de saúde que tem em perspectiva a promoção e proteção da saúde individual e coletiva através da atuação nas dimensões coletivas."

\*\* Documenta nº 95, de dezembro de 1968

\*\*\* D.O. de 20/01/1969 e Documenta nº 97, de jan./fev. de 1969.

O Congresso foi reaberto, meses depois, para ratificar a escolha do nome de Garrastazu Médici, general de "*linha dura*" para a presidência da República de outubro de 1969 a março de 74.

A época em que Médici governou representou a consolidação da expansão capitalista em consonância com o que já vinha se delineando, contando com as bases econômicas e políticas anteriormente implantadas e com a recuperação da economia mundial de 1967-68.

A título de retomada ou de recapitulação do percurso desta tese, gostaríamos de ressaltar que a análise de condutas políticas, ou até mesmo de fatos políticos pontuais, aparentemente distantes da temática da tese, têm sua razão de ser na medida em que seus desdobramentos e conseqüências se fazem sentir não só na cotidianidade da vida dos cidadãos, mas também, e principalmente, no avanço ou retrocesso de instituições de leque mais amplo, como é o caso da Enfermagem. Daí, a nosso ver, a importância de ir "afunilando" as análises, que, a partir do macro, afluem para o micro.

Feitas estas considerações retomamos o início dos anos 70, período conhecido como "milagre econômico" do país (de 1967 a 1973), devido ao rápido crescimento da economia brasileira: com aumento do Produto Interno Bruto, atingindo em 1971 a taxa anual de 11,3% e em 1973-11,4% (HABERT, 1992: 12).

Este "milagre econômico" apoiou-se numa política fiscal de incentivos e isenções, que beneficiou especialmente o grande capital nacional e multinacional, centralizando na UNIÃO a receita fiscal, que a repassava aos estados e municípios. Ele foi possível também pelo aumento extraordinário de poder conferido pelo AI-5 (1968) ao Executivo. O Estado privatizado pôde, sem obstáculos, atender às demandas dos que tinham intimidade com o poder.

Podemos resumir que o crescimento econômico baseou-se nos seguintes elementos: "1) *uma demanda interna por bens duráveis de consumo em expansão, graças à concentração da renda e a mecanismos financeiros que permitiram a ampliação do crédito ao consumo*; 2) *uma demanda externa em expansão, graças à liberalização do comércio internacional e ao subsidiamento das exportações*; 3) *forte injeção de recursos do exterior, que complementam a poupança interna e permitem eliminar focos inflacionários, graças a uma capacidade de importar tornada superelástica*; 4) *e uma crescente taxa de inversões*." (SINGER, 1982: 116).

Habert explicitando tais colocações complementa: "a) *o aprofundamento da exploração da classe trabalhadora sujeita ao arrocho salarial, às duras condições de trabalho e à repressão política*; b) *a ação do Estado garantindo a expansão capitalista e a consolidação do grande capital nacional e internacional*" (HABERT, 1992: 14).

Acentuou-se a concentração de capital e o crescimento localizado em determinadas áreas do país com a expansão das cidades, do mercado interno, da construção civil, das operações das bolsas de valores.

Todavia "para a grande maioria dos poucos qualificados, que participa de uma riqueza crescente à qual praticamente não tem acesso o 'milagre' brasileiro oferece pouco mais que oportunidades mais numerosas de emprego igualmente pouco remuneradoras". (SINGER, 1982: 74).

Este modelo concentrador de renda propiciou e estimulou a privatização da assistência médica, a prestação de cuidados individuais e curativos, bem como incentivou a especialização. Esta visão já vinha sendo refletida nos

currículos de Enfermagem que deixavam à margem a questão da Saúde Pública na formação destes profissionais, como mostramos anteriormente.

Também entre 1969 e 1973, a dívida externa cresceu de 4 para 12 bilhões de dólares e continuou ascendente nos anos seguintes. (SINGER, 1982). E ainda mais: para grande maioria dos brasileiros, pouco qualificados, apenas ofereceu mais empregos com baixa remuneração.

Isto pode ser verificado no campo da Enfermagem, como mostraremos na p.73, que tal política incentivou a preparação de uma mão de obra pouco qualificada para o setor.

Sabemos que a “paz” deste governo contou com todo aparato do regime militar: Decretos-Leis, Conselho de Segurança Nacional, Atos Institucionais, censura, aparelho repressivo etc.

Diante desta política vigente que proporcionou uma queda no valor real dos salários, os trabalhadores foram obrigados a aumentar a jornada de trabalho para receberem horas extras, e ainda vários membros da família entraram no mercado de trabalho, como as mulheres e menores.

Sem condições financeiras, os trabalhadores procuravam moradias mais baratas localizadas em favelas e em cortiços espalhados pelas cidades e nas periferias, onde geralmente não havia água, esgoto, luz, calçamento, transporte, postos de saúde, creches e escolas.

Em se tratando de subnutrição, mortalidade infantil e acidentes de trabalho, o Brasil estava, neste período, entre os primeiros do mundo (VIEIRA, 1983).

Segundo dados de 1975, 72 milhões de brasileiros (67% da população) eram subnutridos. A taxa de mortalidade infantil aumentou nas regiões tradicionalmente atrasadas como também nas mais industrializadas. Em 1970, de cada 1.000 crianças nascidas vivas, 114 morriam em menos de um ano, tendência esta crescente nos anos seguintes (VIEIRA, 1983).

Nessa época, também na Enfermagem, houve um aumento da pressão por mais vagas em cursos superiores, vistos igualmente como um canal de ascensão social dos jovens das camadas médias da população. Importa salientar que os planos do governo previam para a área da saúde necessidades crescentes de pessoal habilitado, estimulando a procura por vagas e a abertura de novas escolas. De 1975 a 1977 foram criadas vinte e duas novas escolas de Enfermagem em nível superior, de 1978 a 1980 mais de dezesseis nos setores federal e privado (CNPq, 1983 : 167 in NAKAMAE, 1987: 101).

Embora as políticas de emprego e recursos humanos em saúde passaram a privilegiar, neste período (pós 76), a formação e capacitação de pessoal de nível auxiliar e técnico, para atender principalmente às necessidades da rede ambulatorial, o número de profissionais de nível superior na área apresentou um incremento de 142,9% nesta década. (MEDICI in COFEn/ABEn, 1985, v.1).

Em 1970, o Parecer do C.F.E. nº 75/70 autorizou o desenvolvimento de cursos intensivos, com conteúdo exclusivamente profissionalizante, para formar, em onze meses, auxiliares de Enfermagem, tendo como requisito o fato de os candidatos terem mais de 18 anos e possuírem certificado de conclusão ginásial.

Os currículos de Enfermagem foram acentuando uma formação voltada para a área hospitalar, nos três níveis (auxiliar, técnico e enfermeiro). O setor hospitalar (que teve, na década de 70, seu desenvolvimento ligado

principalmente ao setor privado) começou a demandar uma mão-de-obra diferenciada, o que justificou o aumento do número de escolas de auxiliar e de graduação em Enfermagem e a criação do nível técnico. Era necessário ter pessoal habilitado a prestar cuidados mais complexos, e operar aparelhagens mais sofisticadas. Entretanto, os profissionais da área não assistiram passivamente a estas mudanças, no que diz respeito ao ensino. Embora não tivessem o poder de decisão legal, movimentaram-se, discutiram, encaminharam pedidos de mudanças e resistiram à política oficial.

Como conseqüência da reforma universitária, que deu início a uma revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, baseando-se nas propostas de alterações recebidas das associações de classe de cada curso, o Conselho Federal de Educação fixou o novo currículo do curso de Enfermagem e Obstetrícia através do Parecer nº 163 de 1972. O ante-projeto, que deu origem ao Parecer, teve como subsídio um trabalho sobre o currículo mínimo, desenvolvido por um grupo de educadores da área de Enfermagem da USP, encaminhado ao C.F.E. a partir de solicitação do XXII Congresso Brasileiro da ABEn. (BARROS, 1985: 21).

Este Parecer permitiu que o aluno concluísse o curso, no mínimo, em três e, no máximo em cinco anos. Criou-se o tronco profissional comum e a possibilidade de habilitar-se em um dos três ramos da enfermagem: obstetrícia, saúde pública e/ou médico-cirúrgica ou Licenciatura em Enfermagem. Este currículo trouxe um cunho de especialização já na formação oferecida nos cursos de graduação em Enfermagem, com introdução de técnicas cada vez mais avançadas em saúde, em função da evolução científica e tecnológica do setor.

Este Parecer reintroduziu no currículo as disciplinas de Sociologia, Psicologia e Introdução à Saúde Pública, sem, contudo, apresentar uma preocupação

maior em formar enfermeiros para prestar assistência aos problemas básicos da população. Comprovamos isto uma vez que das oito disciplinas do tronco profissional comum, seis voltam-se para a área hospitalar. (vide anexos 4 e 5).

Vê-se, portanto, que a formação dos profissionais de Enfermagem se desenvolveu numa relação muito estreita com as políticas de saúde implantadas pelo Estado, detalhadas no próximo capítulo, bem como dentro do agravamento do panorama econômico já explicitado.

De outro lado, o Parecer 163/72, assim como outros que o antecederam, apresentava uma sintonia com as mudanças e os avanços da área, dando, desse modo, uma resposta aos interesses do mercado de especializações estabelecido pela política privatizante da saúde, (como, por exemplo, a criação de conglomerados médicos, farmacêuticos, equipamentos hospitalares, etc). Como consequência, verificou-se um ensino centrado na área hospitalar, nas questões técnicas, diluindo os aspectos sociais das questões de saúde, das formas de organização dos serviços e do exercício da Enfermagem. (BARROS, 1985: 21-22).

Sendo assim, a formação que o enfermeiro tem recebido serve muito bem à profissão médica e à organização da assistência à saúde em nível hospitalar, pois estas últimas necessitam de uma Enfermagem também especializada para atuar junto aos centros cirúrgicos, centros de terapias intensivas, clínicas médicas, cirurgias plásticas, etc., que requerem técnicas sofisticadas, manuseio de equipamentos complexos. Percebe-se, no currículo dos cursos de Enfermagem uma grande carga horária destinada às disciplinas altamente especializadas, voltadas para o campo da medicina curativa, como, por exemplo, Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, Enfermagem em Centro Cirúrgico, em Moléstia Infecto-Contagiosa, etc.

Estes cuidados, porém, restringem-se a uma pequena parcela da população, àqueles que geralmente possuem condições financeiras para pagar, e muito, por estas assistências. Em contrapartida, como diversos estudos apontam\*, os problemas da maioria da população centram-se no âmbito da saúde pública.

Resumindo, com a monopolização da economia, *"as práticas de saúde e o exercício da medicina e da enfermagem, em particular, sofreram um processo acentuado de privatização e de especialização excessivas. Essa privatização diz respeito à crescente organização empresarial de que se reveste a prestação da assistência médica, na atualidade. Em um tal complexo, os serviços de saúde são transformados em mercadorias que, pelo seu alto preço, só podem ser consumidos pelas classes dominantes."* (GERMANO, R. 1985: 41).

A partir dos anos 70, a crise financeira vivida pelo Estado, reflexo do modelo econômico vigente, resultou também em crises da Previdência Social, da área de Saúde Pública e de alimentação. Com isto, foram intensificadas as políticas de extensão de cobertura (vide II Plano Decenal de Saúde para as Américas em 1972, IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas em 1977, Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, a VII Conferência Nacional de Saúde, 1980, entre outros). Essa política de expansão de cobertura efetuou-se através de uma simplificação da assistência, estendendo-a também às populações ditas marginais, contando até mesmo com a cooperação dos atendidos. Essa foi a maneira encontrada para manter a imagem do Estado como defensor da sociedade e do interesse de todos, permitindo, dessa maneira, o alívio das tensões sociais presentes

---

\* A folha de S. Paulo, de 13/06/78, (p.2) publicou o artigo "Os médicos e o país", que faz referência aos problemas médicos fundamentais. São, geralmente, patologias comuns, muitas vezes relacionadas com as condições sociais, requerendo, portanto, pesquisas que se concentrassem nestas questões, levando a um conhecimento mais profundo destas patologias, havendo menor necessidade de estudos sobre enfermidades mais raras. Para uma discussão mais aprofundada da questão, confira Singer (1982), Vieira (1983), Guimarães (1984).

na época. Vale a pena observar que este modelo tem como base os programas de medicina comunitária dos Estados Unidos (BARROS, 1985).

Para atender estas medidas, a "OPAS passa a incentivar o preparo de pessoal de enfermagem (1972), treinamento em atenção direta (1974), sistema de informação de recursos de enfermagem, fortalecimento do sistema educacional (1974), definição das funções do enfermeiro na atenção primária, tecnologia educacional. Em 1973 a OPAS faz um acordo com o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, cria o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, que vigora até os dias atuais." (BARROS, 1985: 22).

Na década de 70, surgiram os cursos de pós-graduação em Enfermagem no país\* como consequência da reforma universitária. Estes cursos, além de preparar docentes e pesquisadores, o que se fazia necessário, tinham também como objetivo, "o de discriminação social, pelos restabelecimentos do valor econômico e simbólico do diploma do ensino superior degradado em virtude do grande crescimento do número de graduados. O ensino pós-graduado confere diplomas que trariam a marca de raridade, que é o que lhes confere um alto valor, tanto econômico quanto simbólico." (CUNHA, 1980:245).

A oferta desses cursos, no início, foi pequena, mas, de 1977 a 1980, multiplicaram-se as pós-graduações em Enfermagem voltadas para solucionar o problema de qualificação mínima para ingresso na carreira docente em nível universitário. (NAKAMAE, 1987).

---

\* O primeiro deles foi criado, em 1972, na escola Ana Neri no Rio de Janeiro. Nota-se que a partir deste período é que houve um incremento da pesquisa em Enfermagem no Brasil num âmbito mais abrangente. Anteriormente como pode ser verificado em algumas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem, geralmente os trabalhos desenvolvidos voltavam-se para as questões específicas e internas ao exercício da profissão.

No âmbito da análise da legislação educacional geral, foi criada, em 1971, a Lei de Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º Graus nº 5692, em meio à euforia do Governo Médici e do "*milagre brasileiro*", sendo elaborada com o mesmo procedimento tecnocrático empregado para o ensino superior.

Esta Lei determinou a extensão da escolaridade obrigatória de quatro para oito anos e a fusão do primário com o 1º ciclo do ensino médio, resultando o ensino a nível de 1º Grau com oito séries. O 2º ciclo do ensino médio seria o 2º Grau universal e compulsoriamente profissional.

O ensino médio passou a se preocupar com a formação de técnicos e auxiliares técnicos, a fim de diminuir a demanda por cursos superiores, que deixariam de ser o objetivo prioritário de grande parte dos concluintes. O ensino médio profissionalizante permitiria aumentar a oferta de profissionais neste nível, tida como pequena, e também possibilitaria aos alunos concluírem este curso com uma formação profissional, sem que precisassem fazer um curso superior para obtê-la. Estas foram as funções manifestas do ensino médio profissionalizante. Todavia, sua função não manifesta seria o controle do número crescente de estudantes das camadas médias que procuravam os cursos superiores, vendo neles a possibilidade de ascensão social.

No entanto, os administradores educacionais deram destaque à função propedêutica do ensino médio, habilitando o aluno para ingresso na universidade.

A suposta relação entre a formação profissionalizante e oportunidades ocupacionais foi objeto de ampla discussão, uma vez que os próprios

administradores educacionais desconheciam a necessidade destes profissionais no mercado de trabalho\*.

A modernização econômica introduzida no país trouxe algumas implicações como a intensificação da importação de tecnologia, como já foi afirmado. Neste processo, a escola assumiu um papel na expansão econômica que foi o de treinar e qualificar mão-de-obra. Os outros papéis que a escola deveria desempenhar como a pesquisa, por exemplo, ficaram relegados a um plano secundário.

A L.D.B. de 1971 individualizou e destacou, pela primeira vez, a educação da saúde nas escolas de 1º e 2º Graus. No artigo 7º dispõe sobre a obrigatoriedade do ensino de Programas de Saúde (P.S.) no currículo escolar. Em 1972, é elaborada uma proposta para o desenvolvimento de P.S., dando ênfase às influências favoráveis e desfavoráveis dos fatores sócio-econômicos e culturais na saúde, através do guia curricular.

Em 1974, o C.F.E. aprovou o Parecer 2264 que passou a orientar e fornecer as diretrizes para o desenvolvimento dos P.S.

Posteriormente, a Portaria 399 de junho de 1989, em vigor, estabelece que o ensino de P.S. seja ministrado por enfermeiros licenciados. Isto, no entanto, não aconteceu pois tais enfermeiros não assumiram o espaço ocupado ao longo dos tempos por outros profissionais, em virtude não só da remuneração como também da ampliação do mercado de trabalho na área hospitalar, como veremos no próximo capítulo.

---

\* Cunha & Góes (1987) comentam a este respeito que o ensino profissionalizante, na proposta da Lei 5.692/71, não interessava aos estudantes, empresários do ensino, administradores e técnicos educacionais. Tampouco interessava aos possíveis empregadores dessa mão-de-obra, já que as grandes empresas davam preferência à formação em serviço.

A qualificação dos profissionais de Enfermagem (o técnico e o auxiliar) foi instituída pela Lei 5.692/71, que apenas veio ratificar o cunho de profissionalização já existente nestes níveis, no ensino de Enfermagem. Vale lembrar que, em 1949, (Lei nº 775), criou-se o curso de Auxiliar de Enfermagem isolado e exclusivamente profissionalizante.

A Lei nº 5.692/71 estipulou que a habilitação profissional deveria ser efetuada em nível de 2º Grau. Com isso, a formação do auxiliar de Enfermagem se daria no 2º Grau, uma vez que predominavam, em seu currículo, disciplinas profissionalizantes. Mas tal não aconteceu pois o C.F.E. não assumiu, na época, a responsabilidade de situar este curso no nível de 2º Grau, nem estipulou um prazo para que isto se realizasse. Com estas indefinições, os cursos de A.E. continuaram a ser ministrados tanto em 1º como em 2º Graus, o que ainda permanece.

Neste sentido, esta Lei previu também o sistema supletivo para este curso (Parecer C.F.E. nº 934/72), como uma das possibilidades de habilitação deste profissional ou ainda os exames supletivos profissionalizantes.

O Estado reservou-se, apenas, o direito de realizar os exames finais e conceder os diplomas. Este ramo de ensino propiciou às empresas privadas explorar as aspirações dos grupos sociais menos favorecidos, tendo sido os cursos supletivos os responsáveis pela formação do maior número de auxiliares de Enfermagem.

A realização de exames de suplência para os técnicos e auxiliares de Enfermagem teve início na década de 70. Contudo, em decorrência de uma série de gestões do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) junto ao C.F.E., foram suspensos os exames para os técnicos, que passaram a se habilitar apenas por meio de curso regular de três anos, mantendo-se para os auxiliares esses exames.

Com a Lei 5.692, os C.T.E. foram enquadrados definitivamente no sistema nacional de ensino, através do Parecer 45/72 que dispôs sobre a qualificação para o trabalho e estabeleceu o currículo mínimo para cada habilitação profissional. Dentre o conjunto de habilitações constantes no anexo C, está o da Enfermagem. Com isto, a situação do C.T.E. foi ratificada e definida com um currículo mínimo de 2.490 horas.

Outros programas surgiram a fim de preparar mão-de-obra para diversos setores da economia como o PIPMO (Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra), do Ministério da Educação, que foi criado em 1963, pelo Decreto n° 53.324. O Programa tinha o objetivo de estimular as escolas industriais, as empresas e outras entidades (como prefeituras, hospitais, associações beneficentes, universidades, etc) com condições ainda não aproveitadas, para a formação acelerada e o aperfeiçoamento de trabalhadores especializados. A ação deste Programa dava-se, principalmente, no sentido de financiar cursos ministrados em escolas e empresas. Neste período, o SENAC utilizou-se do PIPMO para o preparo de atendentes e auxiliares de Enfermagem. A partir de 1972, o PIPMO organizou um projeto visando possibilitar habilitações profissionais de 2° Grau. Segundo este projeto, o concluinte de cursos de educação geral com nível colegial, poderia obter uma formação técnica, sob o regime de crédito, obtendo, assim, o diploma de técnico (in BRASIL. Enfermagem - Legislação e assuntos correlatos, 1974:745).

Os objetivos proclamados na Lei 4.024/61 não foram revogados pelas Leis 5.540 e 5.692. Porém se acentuou a tendência tecnicista (preocupação com os métodos, técnicas, quantidade, adaptação às necessidades sociais e formação profissional) nas duas últimas.

Na verdade, percebe-se que as mudanças operacionalizadas pelas Leis das Reformas foram de ordem política. A organização escolar brasileira vem refletindo as exigências dominantes no plano sócio-econômico, mesmo na elaboração da própria legislação de ensino.

Voltando às considerações mais gerais, em 1973, quando o general Geisel sucedeu Médici, a euforia do "milagre" estava acabando na conjuntura da crise mundial do capitalismo, e esta crise vai se pronunciando no decorrer da década, aprofundando as contradições sociais e políticas geradas pelo sistema capitalista e pela ditadura.

Mesmo assim, o plano econômico que o governo Geisel elaborou, o II PND\*, apresentava as mesmas expectativas dos anos anteriores, com altas taxas de crescimento econômico e controle da inflação. Priorizava a diminuição das importações e previa grandes investimentos estatais no setor de bens de produção e em grandes projetos.

A realidade trouxe, porém, outras projeções: queda das taxas de crescimento econômico, aumento da dívida externa, aumento das importações, crescimento dos gastos e do déficit público, alta das taxas de juros internos, aumento da inflação, alta do custo de vida e o valor real do salário mínimo atingiu o nível mais baixo dos últimos 20 anos. As demissões e o desemprego foram crescendo a cada ano.

Em 1973-74, alguns setores empresariais expressavam críticas à centralização da tomada de decisões do Estado e a forte presença que ele tinha na economia. Esse processo levou a burguesia a ter mais influência nas decisões,

---

\* Para maiores informações sobre os PND's, PAEG, PED consultar VIEIRA (1983) e as indicações específicas da bibliografia geral.

procurando canais efetivos de participação na gestão do Estado e da economia, diminuindo a intermediação dos militares e da tecnocracia. (HABERT, 1992: 45).

O governo seguinte, Geisel (74-79), iniciou a chamada "*abertura política lenta, gradual e segura*" que, de um lado, mantinha os principais mecanismos da repressão e controle e, por outro, adotou a progressiva instituição do regime, reordenando o papel do Congresso e dos partidos e a reformulação da legislação autoritária por outras leis que mantinham o conteúdo principal da dominação política.

As repercussões dessas vicissitudes político-educacionais no que diz respeito à Enfermagem, podem ser vistas quando em 1975, o Departamento de Assuntos Universitários do MEC (DAU), organizou um grupo de trabalho para a realização de um diagnóstico sobre cursos de graduação em Enfermagem. Deste trabalho emergiram sugestões para a criação de um maior número de cursos de Enfermagem nas Universidades Federais, em locais onde estes cursos fossem inexistentes. Observa-se, por parte do MEC, uma política clara de incentivo à expansão dos cursos de graduação em Enfermagem, propiciando-lhes um aumento de quase 100%, no setor público e no privado, com predomínio de escolas particulares\*.

Em 1976, o Parecer nº 3.814/76 fixou em 2.200 horas a carga horária para o C.A.E, mesmo que ele fosse realizado em nível de 1º Grau. As Resoluções 7 e 8/77 instituíram que, via de regra, o C.A.E. seria desenvolvido em nível de 2º Grau e, em caráter emergencial, em nível de 1º Grau.

---

\* O estudo do COFEn/ABEn O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983. Rio de Janeiro, 1985 e 1986, V.1 e 2 apresentam dados sobre este assunto.

Essas medidas acabaram se expressando, na realidade, da seguinte forma: "*uma pesquisa do COFEn mostrou que 80% dos auxiliares se formaram pelo curso supletivo e 16% foram aprovados em exame de suplência*"\* (NAKAMAE, 1987: 107), revelando que medidas de caráter emergencial se convertem em formas permanentes de escolarização, as quais acabam sendo exploradas como empreendimentos meramente comerciais pelo setor privado. Esta foi a trajetória seguida pelo C.A.E no período analisado.

O Parecer 3.814/76 do C.F.E. também fez referência ao curso técnico em Enfermagem, que passou a ter 2.760 horas. A Resolução C.F.E. nº 7/77 ratificou a carga horária mínima estipulada pela legislação anterior, fazendo uma alteração na distribuição da mesma para as disciplinas que compõem a grade curricular do curso, destinando mais horas para a educação geral e diminuindo as de estágio supervisionado.

No que diz respeito à conjuntura geral, o processo denominado de "abertura" continuou no governo de Figueiredo (1979-1985), que tomou posse em meio a uma série de greves no país. Estes movimentos marcaram o final da década de 70 (greves e movimentos estudantis, de operários, de bairros, de mulheres, da anistia) com reivindicações específicas, protestos contra o regime político vigente.

Este período, no seu conjunto, representou uma transição do regime militar para uma dominação mais aberta de conteúdo conservador, na qual a classe

---

\* Os exames de suplência são realizados pelas Secretarias de Estado de Educação para diversos cursos profissionalizantes inclusive para o auxiliar de enfermagem, com o objetivo de "habilitá-los" para o trabalho. As exigências para que os candidatos realizem estes exames variam, conforme pode se observar pelos editais dos últimos concursos realizados no Rio de Janeiro (1994) e S. Paulo, onde foram exigidos dois (02) e cinco (05) anos de exercício profissional na área, respectivamente.

Os candidatos se submetem a exames de disciplinas de conteúdo geral e de disciplinas específicas e posteriormente a um exame prático de enfermagem.

dominante manteve a sua hegemonia e cujo desdobramento viria a ser chamado 'Nova República', em 1985. (HABERT, 1992: 45).

Para amenizar as tensões sociais e procurar saídas para a crise no setor saúde, o governo adotou medidas de extensão e cobertura, ampliou a assistência primária à saúde, e também incentivou o surgimento da Enfermagem comunitária.

A utilização de pessoal auxiliar se faz sentir, neste período, em decorrência da preocupação pela racionalização dos gastos do setor saúde e da transformação do mercado de trabalho na Enfermagem, como se pode verificar em alguns estudos como KIRSCHBAUM (1989) entre outros.

É possível constatar, a partir de 1977, no contexto da educação em Enfermagem, que um número significativo de escolas de Enfermagem está revendo, discutindo e reavaliando seus currículos, os programas de ensino e o papel do enfermeiro. Estas escolas, no processo de reestruturação dos currículos vigentes, têm buscado uma abordagem mais comprometida com o social.

O final da década de 70 trouxe também um movimento crítico na área da saúde, em nível nacional, no interior dos serviços e nas associações de classe. A Enfermagem também iniciou seu movimento de crítica, o que pode ser comprovado pelas discussões na área e pelos temas discutidos em congressos.

O que se verifica em vários momentos, acompanhando a história da Associação Brasileira de Enfermagem\* é uma participação e mobilização da mesma diante destas mudanças gerais, bem como a presença de líderes de Enfermagem tentando discutir mudanças e propor caminhos para as mesmas. Isto tem se mostrado muitas vezes como uma concordância com os atos governamentais regressivos no

---

\* Ver CARVALHO, Anayde C. de. - Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976. Documentário, Brasília, 1976.

campo, e outras vezes são autênticas lutas com avanços científicos adequados a grande população brasileira das classes menos favorecidas\* .

---

\* Para mais detalhes consultar **GERMANO (1985)** entre outros.

**NOSSO OBJETO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: AS  
MÚTUAS IMPLICAÇÕES ENTRE O GERAL E O ESPECÍFICO**

## CAPÍTULO II

### POLÍTICAS DE SAÚDE E FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NAS DÉCADAS DE 60 E 70

#### 2.1. Introdução

Gostaria aqui de insistir, que uma análise deste teor específico (Políticas de Saúde), só pode ser apreendida se houver o pano de fundo que até agora viemos usando, isto é, o “vai e vem” do sistema político global, onde estão os sistemas políticos particulares (como o caso da Enfermagem) na contínua e mútua influência: o macro repercute no micro e este por sua vez também repercute no macro, quiçá até redirecionando-o.

Assim sendo, a(s) política(s) de saúde será examinada neste estudo, uma vez que a prática exercida pelo enfermeiro, enquanto professor, principalmente nos cursos profissionalizantes de Enfermagem, se insere não só nas trajetórias das políticas educacionais, como se mostrou no capítulo anterior, mas também nas de saúde, como veremos.

O conceito “política de saúde” será tomado aqui com o entendimento que Luz (1986:62) lhe dá: *“é a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições sanitárias\* da população. Esta*

---

\* O conceito “condições sanitárias” está sendo entendido como aquelas relacionadas à saúde e higiene; saúde é derivada do latim: salute, que significa salvação, conservação de vida. (Consulta ao Dicionário AURÉLIO)

*condução varia conjunturalmente e comporta um conjunto de divergências, incoerências e mesmo oposições internas".*

A política de saúde, como uma das políticas sociais, mostra as relações existentes entre o Estado e as diferentes classes sociais e os grupos sociais que compõem. A política social que o governo põe em ação representa, de certo modo, as relações entre o Estado e a economia durante o período em questão. Uma das razões é que a saúde é consequência das condições financeiras, de habitação, de alimentação, de emprego, de educação, de transporte, de lazer, de acesso aos serviços médicos, etc... Ela é o resultado da maneira como a sociedade se organiza e como o Estado assume a responsabilidade de satisfazer as necessidades sociais em uma formação econômico-social determinada.

Ou seja, o direito à saúde significa a garantia de se ter condições dignas de vida, de trabalho, de acesso universal aos insumos, às ações, aos serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde em todos os níveis. **(FARIA & PANCERA, 1988:99).**

Sabemos que os processos biológicos presentes nos estados de doença e de saúde sofrem influências das condições sociais de vida e de trabalho que, por sua vez, são determinadas por um modo de produção de uma sociedade num determinado momento histórico.

Nas sociedades capitalistas, as políticas seguem a mesma lógica do capital, o lucro passa a ser explícita ou implicitamente colocado. A forma com que se materializa a atenção à saúde reflete, de alguma forma a lógica do sistema econômico vigente.

Neste modelo de sistema, o modo de vida da classe trabalhadora está sujeito ao domínio da classe governante, que lhe impõe uma forma de vida muitas vezes oposta às necessidades de desenvolvimento de sua individualidade e, ao mesmo tempo, gera desigualdades.

**SERENKO; ERMAKOV (in FARIA; PANCERA, 1988:26-27)** apontam três grandes grupos de fatores que determinam o estado de saúde da população:

1. fatores sócio-econômicos (incluindo legislação sobre proteção da saúde e a organização dos serviços sanitários);
2. fatores naturais;
3. fatores biológicos.

**SINGER et alii (1978:81)** complementam esta análise dizendo que *"o estado de saúde de uma população evolui em função do desenvolvimento das forças produtivas e das mudanças nas relações de produção, que condicionam genericamente tanto as contradições que originam os estados mórbidos como a capacidade de prevenir, suprimir ou controlar a eclosão dessas contradições. Mais do que isso, o estado de saúde reflete um recorte certamente não arbitrário mas historicamente determinado do quadro geral de contradições que afetam o organismo social"*.

A compreensão das mudanças que a(s) política(s) de saúde foi tendo ao longo destas duas décadas, das formas de organização e distribuição dos serviços de saúde nela(s) implementadas, as características destes serviços, a força de trabalho requisitada pelo mercado de trabalho no setor público e privado, a formação e utilização do pessoal de Enfermagem, o papel do Estado na elaboração e operacionalização desta política e as principais medidas adotadas pelos governos

deste período, no setor, poderão apontar se há relação entre estes indicadores e a criação da Licenciatura em Enfermagem.

Pensar que a Licenciatura em Enfermagem foi criada com o objetivo de ter um profissional qualificado para o magistério que atuaria na formação de outros profissionais de enfermagem (a nível de 1º e 2º Graus), possuidores, portanto, de uma qualificação na área, não seria concordar com as declarações de intenções, de desejos ou formas políticas (e polidamente) conscientes do Estado de utilizar os setores saúde e educação como "tampões" para as evidentes tensões sociais destes períodos ? Isto também não foi um pretexto ?

Cabe, também, perguntar: as medidas e as ações de saúde dos governos deste período expressavam algum interesse em formar e requisitar, para o mercado de trabalho da área, esses profissionais qualificados ?

A evolução e a análise dos principais acontecimentos no setor saúde da época poderão trazer algumas respostas a este estudo, revendo e analisando as principais medidas adotadas nas áreas de saúde pública, da previdência social e da força de trabalho em Enfermagem presente no mercado na área da saúde.

## 2.2. A Saúde Pública

No primeiro ano da administração do governo de Kubitschek (1956), foram incluídas no programa de governo as seguintes medidas voltadas para a área de saúde pública: o combate às endemias rurais (doenças de massas), campanhas contra a malária e tuberculose, estudo da situação hospitalar\*, especialmente das

---

\* A Associação Brasileira de Enfermagem desenvolveu um estudo sobre "Diretrizes para a Enfermagem no Brasil - Relatório Final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil 1956/1958". Em 1967 este assunto também foi uma das preocupações da 4ª Conferência Nacional de Saúde que publicou um trabalho denominado "Recursos Humanos para as atividades de Saúde".

comunidades menos favorecidas, para organização de um plano orgânico geral, a implementação de uma política de alimentação e de planos de saneamento dos núcleos populacionais mais densos (VIEIRA, 1983:114).

Todavia, mesmo com estas medidas, não houve, no geral, grandes transformações na área de saúde pública. A falta de médicos e a ausência de serviços de saúde em diversas localidades eram lamentadas, mas as ações do governo se voltavam para a melhoria das condições de saneamento nas diversas regiões do país, para um maior investimento de capital na assistência à saúde e na eliminação de determinadas doenças transmissíveis.

Nesta administração, o governo reduziu os gastos com a saúde pública. Em 1955, por exemplo, as despesas federais eram de 5,45%. Em 1960, elas desceram para 4,62% do conjunto dos gastos da União (VIEIRA, 1983:116).

Mas os estados, o distrito federal e os municípios não acompanharam a tendência do governo federal. Neste período, os gastos com saúde aumentaram duas vezes e meia no total das despesas dos estados e do distrito federal (VIEIRA, 1983:116).

Na gestão Kubitschek, como vimos no capítulo anterior, verifica-se uma grande valorização da política econômica. Insistimos em reafirmar isso para enfatizar mais ainda o quanto essa política trouxe de prejuízo para a política social da saúde. Assim sendo, as metas econômicas adotadas conviveram com as precárias condições de vida da maioria da população brasileira. Podia-se ocultar esta precariedade através do "desenvolvimento do país", justificando-se ter vindo ele para acabar com as péssimas condições de vida da população, o que em vista, por exemplo, da saúde pública não era verdade.

Essas atividades desenvolvidas nesta área destinavam-se apenas a sanar ou aliviar as questões mais penosas que poderiam influenciar no coletivo.

É possível dizer que a Lei Orgânica da Previdência Social e sua regulamentação seja uma das ações de maior peso, realizada a nível de política social deste governo.

Também nos pronunciamentos do governo Jânio Quadros que assumiu, a seguir, pouco se encontra sobre saúde pública. Muito próximo de sua renúncia, o presidente mencionou algumas providências como o combate às endemias e a criação de unidades sanitárias. Seu sucessor, João Goulart, utilizou algumas diretrizes gerais para sua ação na área de saúde, como, por exemplo, ampliação da assistência médica aos centros rurais, controle e erradicação de enfermidades endêmicas, saneamento do meio, instalação de serviços de água e esgoto, remoção de lixo, melhoria habitacional, atenção à proteção e assistência à maternidade e infância e reestruturação do Ministério da Saúde, reorganizando e unificando suas atividades (VIEIRA, 1983:174).

De 1960 a 1964, não foram definidos o Plano Nacional de Saúde e os planos regionais\*. O que existia, então, era o Programa Integrado de Saúde dirigido principalmente para o Nordeste.

Em dezembro de 1963, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde (C.N.S.) onde, pela primeira vez, poucas propostas de campanhas de saúde pública foram aprovadas, enfatizando-se principalmente as propostas de serviços permanentes de saúde pública.

---

\* No período abarcado por este estudo as ações de saúde vinham explicitadas nos Programa de Ação Econômica (PAEG), Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED) e Plano Nacional de Desenvolvimento (um no governo Médici e outro no de Geisel), os PNDs.

Nos governos de Jânio e Goulart, registrou-se um pequeno crescimento dos gastos federais com saúde pública em relação às despesas totais da União. Em 1961, os gastos na área de saúde pública eram em torno de 2,4% das despesas totais. Em 62 e 63 estes se elevaram para 3,9% e, em 64, os gastos perfaziam 4,7% dos gastos da União.

Os governos estaduais continuaram a investir mais na área da saúde pública, neste período, do que os governos federal e municipais. Em 1961, o gasto era de 6,6%, em 62, 6,8% e, em 1963, 7,1%. Em 1964 começa a ter uma queda (6,9%) em relação às despesas gerais dos estados. (VIEIRA, 1983:177)\* .

Na gestão de Goulart foram encaminhadas medidas voltadas para a solução do problema da casa própria para o trabalhador, sendo promulgada a Lei do "Estatuto do Trabalhador Rural", que tinha a intenção de permitir a organização dos trabalhadores rurais, para que conquistassem novas etapas na reforma agrária do Brasil. Porém, este Estatuto não previu recursos financeiros para seu funcionamento.

É, também, deste governo, a regulamentação do salário família para o trabalhador urbano e a criação do Conselho Nacional de Política Salarial.

De modo geral, os dois governos (Jânio e Goulart) adotaram medidas predominantemente setoriais, particularizando a atuação na Educação, na Saúde Pública, na Previdência e na Assistência Social e Habitação Popular, não havendo mudanças na assistência da política social.

O próximo governo, Castelo Branco, lançou o Programa de Ação Econômica, o PAEG, que apresentava as linhas norteadoras da política econômica.

---

\* Não encontramos especificações destas porcentagens estaduais citadas pelo autor, referidas a cada estado brasileiro; supomos serem porcentagens globais aproximadas.

Entre os objetivos do PAEG, o item c faz referência às condições sociais no sentido de *"atenuar os desníveis econômicos setoriais e regionais, e as tensões criadas pelos desequilíbrios sociais, mediante a melhoria das condições de vida. Mas, contraditoriamente, o PAEG defendia que os salários fossem ajustados 'aos objetivos do programa desinflacionário' e apropriados ao esforço da poupança, a fim de alargar o crescimento do produto nacional"*. (VIEIRA, 1983:203).

As realizações de Castelo Branco em termos de saúde voltaram-se para o combate às endemias, para as obras de saneamento, para o preparo de pessoal especializado para os serviços de saúde, e para a reorganização dos hospitais existentes. No desenvolvimento das campanhas combateu a tuberculose, a lepra, a varíola, a febre amarela, a doença de Chagas e malária. Teve intenção, também, de estender o saneamento básico para o interior do país, via Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Este governo inaugurou novos serviços de abastecimento de água, unidades sanitárias e subpostos de saúde, criou o banco de leite materno na Guanabara e investiu na vacinação de crianças contra a poliomielite (Sabin).

A seguir, com Costa e Silva, de 1967 a 1970, foram estabelecidas as diretrizes do governo e o Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED) que adotou medidas visando "valorizar o homem brasileiro", propiciando o desenvolvimento social.

Nesta época, o governo estimulou os programas de preservação e recuperação da saúde, a modernização e ampliação dos hospitais, principalmente no interior do país e o combate às endemias.

No governo de Médici foi elaborado e publicado o Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Em 1971, este Plano destacava, como um dos seus objetivos, duplicar a renda per capita do país até 1980, em relação a 1969. E colocava entre algumas das condições prévias a distribuição dos resultados do progresso econômico para toda a sociedade brasileira, possibilitando, assim, a transformação social.

Médici acelerou os programas de saúde e saneamento como uma das metas setoriais, tentou gerar um fundo especial para atender as famílias de renda inferior em termos de habitação. O Ministro da Saúde Mário Machado Lemos, afirmava que o problema fundamental da saúde no Brasil não era basicamente a falta de recursos financeiros mas, antes, o de aplicação adequada dessas verbas (VIEIRA, 1983:218).

Neste governo, no ano de 1971, a ABEn firmou um convênio com o PIPMO para preparar atendentes.

Surge também o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento e com ele os chamados agentes elementares de saúde (atendentes) que acabavam desenvolvendo muitas tarefas concebidas como de responsabilidade da enfermeira, mostrando, assim, uma opção do Estado em contratar profissionais sem qualificação para os serviços de saúde pública, expressando portanto uma preocupação maior com a quantidade e não com a qualidade do atendimento à saúde, cumprindo com interesses políticos no setor e, ao mesmo tempo, “contemplando” aos anseios de emprego da população carente e desempregada. Desse modo, esta mão-de-obra com pouca ou quase sem qualificação e barata vai sendo utilizada nos serviços públicos e privados.

Em 1974, o governo Geisel apresentou o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) para o período de 1975 a 1979. Entre as medidas propostas neste plano estavam, também, a busca de uma melhoria da distribuição de renda e a conservação da estabilidade social.

Nesta gestão, a saúde pública integrou a "Política de Valorização de Recursos Humanos", com objetivos de qualificar rapidamente a mão-de-obra, ampliando sua capacidade de alcançar maior renda.

Já a partir do governo Castelo Branco, começara a existir uma preocupação, por parte do Ministério da Saúde, em estabelecer um Plano Nacional de Saúde.

De acordo com o Ministro Raymundo Brito, da administração Castelista, era "preciso ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas", tornando "a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o processo de desenvolvimento". Isto somente se realizaria através de um plano. Este ministro teve dificuldades em medir "os efeitos das inversões no campo da saúde", impossibilitando melhor orientação em seu planejamento.

Na administração de Costa e Silva, o ministro da saúde, Leonel Miranda, explicava que o propósito do Plano Nacional de Saúde era o de "atenuar" os atuais desníveis de oferta de assistência médica, mediante uma distribuição mais justa dos serviços, transferindo a prestação de serviços do poder público paulatinamente para o setor privado. O governo federal se incumbiria de elaborar as normas e a fiscalização da saúde pública.

De toda essa exposição, depreende-se que as políticas de saúde pública adotadas nos governos pós-64, seguiram basicamente os mesmos caminhos das

políticas sociais do período, com decisões voltadas para setores da saúde pública, da habitação popular, da previdência e assistência social que, no geral, serviam mais para desmobilizar as camadas carentes da sociedade, oferecendo certos serviços sem perguntar ou se basear nas reais necessidades da população.

Entre 1968 a 1974, um discurso médico assistencial privatista vai se impondo, com recuos e avanços, através de decretos-lei, de programas, tornando-se um discurso de Estado.

Este discurso vai se impor também através de instituições, tendo, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), seu aparelho central. E o hospital, crescentemente previdenciário, é o principal espaço de reprodução do saber médico, local institucional do modelo médico assistencial previdenciário, reduzindo a prática liberal da medicina nas grandes cidades.

O ano de 1974 trouxe um novo momento institucional, com um novo quadro conjuntural político-econômico, podendo-se, a partir de 1975, falar de uma nova conjuntura nas instituições médicas. Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (em 1974), centraliza-se ainda mais a atenção médica, reforçando a dominância do modelo médico assistencial curativo (LUZ, 1986:120).

### **2.3 - A Previdência Social**

Foi no governo Vargas, de 1930 a 1938, que se construiu um sistema de previdência que trouxe proteção social básica para os setores organizados da classe média urbana. A cobertura deste sistema não se estendeu ao setor rural, aos autônomos, profissionais liberais, domésticos, lojistas, vendedores por conta própria

e aos que não tinham emprego certo ou trabalhavam sem vínculo empregatício. Os conceitos básicos utilizados na previdência social foram definidos antes deste governo, desde 1923\*, cabendo, agora, a implementação sistemática deste conjunto de idéias, gerando uma reorganização das relações Estado-Sociedade. Com ligeiras modificações, este sistema básico da previdência social estabelecido pelo regime do governo Vargas permaneceu sem alterações até 1966. (MALLOY, 1986:69).

O que existia antes em termos de previdência social eram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram estatizadas em 1923 com a Lei Elói Chaves (Luz, 1986:56). Com esta lei, a extensão desse esquema dirigido ao setor público (militares, funcionários civis e empregados de empresas estatais), passou a atender também ao setor particular, estabelecendo, portanto, a base para a elaboração de um sistema geral da previdência social.

Em 1933, um novo tipo de instituição de previdência social se juntou às CAPs existentes, denominado Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) que incluiu, como população segurada, todos os empregados de uma específica categoria profissional (MALLOY, 1986:74).

O IAP moldou-se às intenções gerais do regime em vigência, tanto da política do trabalho quanto da política econômica.

O novo tipo de instituição foi conceitualmente um movimento decorrente de uma noção baseada na empresa. Esta inovação tinha raízes no processo de construção do Estado moderno. Mas, ainda assim, a previdência social continuou como um órgão altamente particularizado que aprofundava a tendência de

---

\* Para maiores informações consultar J.A. Rodrigues. Sindicato, e desenvolvimento no Brasil. S. Paulo: Difusão Européia do Livro, 1968.

dividir a população trabalhadora em unidades funcionais distintas (Instituto dos Marítimos, Instituto dos Bancários, Instituto dos Trabalhadores na Indústria, etc).

É possível ver, neste período, que a previdência estava associada ao modelo agroexportador primário, destinando-se, num primeiro momento, aos trabalhadores de importantes atividades de infra-estrutura que serviam ao setor de exportação e/ou áreas urbanas e depois a outros trabalhadores.

As CAPs e os IAPs foram criados como entidades públicas autárquicas, tendo a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que fiscalizava os negócios financeiros das instituições e controlava a despesa de uma porção significativa da contribuição do governo.

O sistema previdenciário teve um papel de cooptação e controle na estrutura global do país, nesta época. Colaborou também para diminuir o conflito social e a estabilizar a força de trabalho no setor moderno e contribuiu, ainda, para uma expansão geral do poder funcional do Estado.

Porém, este sistema abriu flanco na conexão entre o Estado e a classe trabalhadora. O ponto fraco se deu entre os órgãos administradores dos recursos previdenciários e a burocracia sindical emergente, gerada pelo sistema. Enquanto o sistema facilitava a divisão organizacional e a influência da classe trabalhadora nas decisões do Estado, criava também um conjunto de entidades semi-autárquicas que podiam invadir a burocracia sindical, transformando-se num importante recurso político para pressionar e defender interesses particulares dos grupos que estavam incorporados ao sistema. Desse modo, ao mesmo tempo que um amplo movimento de base classista se desenvolvia, eram abertos canais através dos quais os setores da classe trabalhadora organizados pelo Estado podiam aumentar significativamente o volume global das demandas sobre o sistema (MALLOY, 1986:87).

Na década de 40, surgiram as primeiras manifestações para a reforma e reorganização do sistema previdenciário, com um primeiro esforço de propor a unificação dos benefícios. Mas tal esforço fracassou.

Em 1943 foi criada uma comissão de especialistas de várias áreas que estudaram as tendências internacionais significativas no campo do seguro social, tendo, à frente dos trabalhos, João Carlos Vital.

No início de 1945 a comissão apresentou ao governo um relatório que recomendava, entre outras, a criação de um só tipo de instituição da previdência social (o Instituto de Serviços Sociais do Brasil - ISSB). Mas também tal plano sofreu uma resistência constante por parte de vários grupos, principalmente dos que já pertenciam ao sistema da previdência social existente.

Em 1946 e 1947, muitos outros projetos, propondo alterações no sistema de previdência social, foram introduzidos na legislação. No entanto, a maioria não foi adiante.

O deputado federal Aluizio Alves apresentou, em 1947, outro projeto de reforma do sistema previdenciário. Este projeto de lei criou a Lei Orgânica da Previdência Social (L.O.P.S.) que só foi aprovada em 1960, depois de muitas reformulações e emendas substanciais.

Esta nova Lei veio dar aos políticos, principalmente aos do P.T.B., poder e controle ainda maiores dentro do sistema da previdência.

Embora a L.O.P.S. abordasse a necessidade de cobertura universal, ela não fornecia meios eficazes para estender a proteção de previdência social aos trabalhadores domésticos e rurais e aos sub-empregados urbanos.

Todas as CAPs e IAPs eram financiadas através da contribuição tripla: o empregador, o governo e o segurado participavam com uma parcela igual. Entretanto, os governos muito raramente pagavam sua parte, conseqüentemente o Estado acumulou um débito astronômico ao sistema.

**MALLOY (1986: 118)** comenta que *"o princípio da contribuição tripla foi o primeiro fator que levou a previdência social a ter um efeito negativo na distribuição da renda no Brasil. A contribuição do governo derivava principalmente da quota da previdência, que se baseava numa série de taxas indiretas. Mais ainda, mesmo que o governo pagasse sua contribuição total, os recursos teriam saído da renda geral do Estado, também baseada em taxas indiretas. Conseqüentemente, a parte do governo, em ambos os casos, provinha de taxas indiretas regressivas que, na opinião de muitos especialistas, oneravam pesadamente os grupos de baixa renda"*. A previdência social no país acabou sendo uma instituição que proporcionava grandes desigualdades, baseando-se na estratificação interna dos grupos segurados e num sistema financeiro que onerava, em muito, a população em geral. E a maioria dos pobres rurais e urbanos foi sistematicamente excluída de sua parte dos benefícios.

A crise econômico-financeira da previdência social teve início no final dos anos 50 e se agravou na década seguinte, gerando uma crise geral da estrutura do setor saúde. Esta situação desmontou o padrão anterior, emergindo um modelo novo, presidido pelo princípio de capitalização da medicina. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, deve ser entendida como uma transformação institucional que ampliou a escala econômica das operações, aumentando o grau de controle pelo Estado. Isto, porém, não significou uma ruptura com as tendências capitalistas do sistema médico previdenciário presentes no período. **(BRAGA & PAULA, 1981: 84-85).**

As principais mudanças que ocorreram no âmbito da previdência social, no final da década de 50 até 1966, foram o crescimento da prestação de assistência médica e a grave crise na situação econômico-financeira do sistema previdenciário. Nesta época, a configuração do setor saúde se deu da seguinte forma: cada vez mais o financiamento do setor provinha da arrecadação previdenciária e a prestação dos serviços de assistência era realizada, cada vez mais, por instituições privadas.

Os modelos seguidos eram os das sociedades industrializadas que se centravam no sistema hospitalar com uma grande utilização de equipamentos e fármacos e requeriam uma mão-de-obra com recente tecnificação e especialização, tendo, como uma de suas conseqüências, a importância que as indústrias de equipamento e farmacêutica assumem. Ao mesmo tempo, aumentou a dependência externa, através do controle do capital da tecnologia empregada, da importação de equipamentos e matérias primas.

Neste tipo de assistência se fazia necessária uma tecnologia de ponta para a prestação do ato médico e a produção de insumos. Vê-se aqui se configurando uma situação que vai gerar uma modificação curricular na área de Enfermagem na década seguinte (Parecer 163/72).

Na década de 60, as atividades de saúde na área governamental não eram restritas ao Ministério da Saúde mas também ao Ministério do Trabalho, através do Departamento de Previdência Social e Higiene e Segurança do Trabalho, de outros ministérios militares que contavam com serviços para atender seu contingente, bem como das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

De 1960-1964, o sistema previdenciário foi um ponto muito importante da luta política entre aqueles que reivindicavam reformas sociais e econômicas mais radicais e os que eram contrários a elas.

Com o início da etapa de acumulação industrial no Brasil, constituiu-se também um setor de atenção à saúde, onde a produção privada de bens e serviços foi financiada, em grande parte, pelo Estado, via arrecadação previdenciária. Houve um crescimento neste setor, com taxas muito mais altas do que no restante da economia, em consequência de seu movimento interno, e das pressões sociais que exigiam uma maior cobertura do sistema previdenciário.

No início dos anos 60, deu-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. O sistema previdenciário mostrava-se incapaz de atender à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. Por sua vez, a expansão do atendimento à saúde pública colidia, de há muito, com a estreiteza financeira do Estado.

Nesta conjuntura, consubstanciava-se uma profunda mudança no saber e na prática médica que se traduzia numa maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para o diagnóstico, numa utilização intensiva de equipamentos médicos. Estas transformações influenciaram profundamente toda concepção do próprio ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão-de-obra empregada, num paralelismo econômico. A maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho.

Em 1963, o governo de Goulart deu tramitação a uma lei para a universalização da cobertura previdenciária. Como parte de uma lei geral do trabalho rural, foi criado um fundo administrado pelo IAPI para dar assistência ao trabalhador rural, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que seria

financiado por uma taxa percentual de 1% sobre os produtos rurais. O FUNRURAL era subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, estando, também, sob o controle e dependência do governo. Este controle central diminuía a capacidade de mobilizar uma ação autônoma de base ampla (MALLOY, 1986).

Com o golpe militar de 64, o regime político adotado pelo governo desmobilizou a classe operária e os setores populares. O Estado foi intervindo na previdência social, excluindo os representantes dos trabalhadores nas decisões. Com isso, vão se modificando as relações entre o Estado e a classe operária de maneira a acentuar o controle dos tecnocratas sobre o bem público, seguindo o princípio da tutela "neutra" do Estado.

**BRAGA e PAULA (1981: 89)** afirmam que a *"reforma previdenciária assentou-se em três pilares fundamentais: ampliação do campo de ação das instituições estatais, entre as quais se destacou o INPS assegurando ampla predominância da empresa privada, o que levou na área da prestação de serviços, à tecnificação do ato médico, à constituição das empresas capitalistas no setor, e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina. Em segundo lugar, o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis através do aumento da contribuição da previdência e da expansão da cobertura. Em terceiro lugar, o Estado acentuou em muito, seu papel de mobilização e centralização financeiras de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários"*.

Numa análise dos planos globais de desenvolvimento do país no período (PAEG, PED, PNDs) pode-se verificar que sistematicamente não se efetivam as propostas que eles contêm sobre as questões de saúde. Tal fato pode ser

constatado principalmente através do comprometimento efetivo do governo, via dotações orçamentárias com os gastos nesta área.

É transparente a pouca importância das medidas coletivas à saúde da população, ao se verificar a participação decrescente do orçamento global da União dos anos 60 até meados de 1975, quando as evidências financeiras assinalavam uma reanimação do Ministério da Saúde\*.

Quando o Instituto Nacional de Previdência Social foi organizado em 1967, eliminou-se a influência efetiva dos líderes sindicais e dos representantes de grupos beneficiários, assegurando-se, desse modo, a dominação de tecnocratas designados pelo poder executivo.

De 1967 até a década de 80, a assistência médica no âmbito da Previdência Social foi crescendo a taxas elevadas, enquanto que os gastos em saúde pública ficaram retraídos. Inclusive a tentativa de recuperação feita a partir de 1974 é cerceada pela crise econômica que então se evidencia. A partir daí crescem rapidamente os contratos de serviços de saúde com o setor privado, através de convênios com hospitais e clínicas da rede privada e com empresas que objetivavam manter serviços próprios ou contratados para prestar assistência aos empregados em casos de doenças.

Em 1968, a distribuição dos gastos do INPS com assistência médica se dava da seguinte forma: 49,15% na assistência hospitalar, 23,29% na assistência ambulatorial, 13,63% na assistência sanatorial e 11,71% na assistência maternal (VIEIRA, 1983:221).

---

\* Para maiores informações consultar Vieira, Evaldo (1983). O gasto da União com o Ministério da Saúde em 1968 correspondia a 2,21% e em 1972 a 1,40% do orçamento global da União (Boss et alli in Braga & Paula, 1981:91)

De 1974 em diante, as questões de saúde ampliaram-se politicamente. Com o término do "milagre econômico", o governo passou a se preocupar com um certo respaldo popular, o que não foi garantido nas disputas eleitorais daquele ano.

Juntou-se a isto o fato de que as demandas da população por assistência à saúde foram de tal ordem que levaram, junto com outros fatores, a uma nova tentativa de "racionalização" da previdência.

Neste período, o governo anunciava mudanças na política nacional de saúde criando, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social bem como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (F.A.S.).

A partir de 1976, o discurso oficial e as medidas do governo mostraram um reconhecer da crise no setor saúde. Começou a se impor ao Estado a necessidade de uma reconversão da política de saúde adotada até então.

Finalmente, em 1977 há um reconhecimento formal da crise previdenciária e uma reforma é anunciada, criando-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com o objetivo de reorganizar e racionalizar para enfrentar, principalmente, os aspectos críticos originados pela expansão considerável dos gastos com assistência médica e que punham em cheque o esquema econômico financeiro do INPS.

Esta reforma também não promoveu alterações na estrutura de financiamento do sistema previdenciário, que continuou sustentado pelas contribuições dos beneficiários e dos consumidores em geral.

O SINPAS foi composto, entre outros, pelo Instituto de Administração Financeira (IAPAS) que passou a gerenciar o Fundo de Previdência e Assistência Social, pelo INPS, a quem coube a concessão de benefícios e outras prestações em

dinheiro, por programas assistenciais que incorporaram encargos que eram assumidos por outros institutos e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se responsabilizou pela prestação de assistência médica individual.

A criação do M.P.A.S. centralizou ainda mais a atenção médica e reforçou a dominância do modelo assistencial vigente, voltado principalmente para as ações curativas. Reforça-se, assim, o papel dominante das instituições médicas na estratégia de hegemonia no setor.

Depreende-se da análise retrospectiva dos acontecimentos que envolveram a organização e/ou reorganização do sistema previdenciário no país, que é possível perceber dois momentos importantes: a) o de 1930 a 1945, com reformas que surgiram como componente integral de uma elite administrativa criada para implementar o sistema econômico e político vigentes modelado pelo governo. Assumem a administração da previdência tecnocratas que faziam parte da ala administrativo-tecnocrata da coalizão original do governo Vargas, com uma postura discordante da ala trabalhista dessa mesma coalizão (MALLOY, 1986). No pós-45, contexto de políticas em competição, as elites obtiveram apenas reformas aparentes e paliativas que trouxeram recentes benefícios a grupos estabelecidos. Diante disto o processo político demagógico acabou ficando com pouco ou nenhum controle; b) outra linha, de 1964 em diante, com os militares no poder. Em nome da segurança nacional e do desenvolvimento, há uma reestruturação do jogo político, as instituições de previdência social passaram a ser controladas, pois via-se nelas uma fonte de poder da mão-de-obra organizada. A reforma destas instituições tornou-se um objetivo importante para a elite militar, como uma estratégia para promover a integração e a paz social.

Nestes dois períodos, o tratamento geral oferecido às questões da previdência e à sua organização fazia parte das estratégias de regimes autoritários que usavam a previdência para incrementar o poder reformulador do Estado, aumentando a autonomia da estrutura administrativa do governo diante da sociedade e dos grupos organizados de trabalhadores.

*"As elites autoritárias usaram as administrativas para despolitizar aspectos-chaves da política social e reduzi-las a assuntos tecnológicos apolíticos de administração pública". (MALLOY, 1986:150).*

Mesmo que as questões sociais, inclusive saúde, estejam presentes em quase todos os planos globais até hoje feitos no Brasil, as propostas assumem uma função basicamente retórica, pretendendo-se, acima de tudo, uma eficácia política a nível do discurso.

#### **2.4 - Força de Trabalho em Enfermagem nas Décadas de 60 e 70**

Analisar a política de formação e utilização da força de trabalho em Enfermagem implica em trazer da dimensão contextual o espaço que a saúde e a Enfermagem ocupam na dinâmica social.

Identificar as tendências na política de planejamento, formação e utilização de recursos humanos na área da saúde pode contribuir para o diagnóstico de como os serviços de saúde se estruturam para prestar assistência à sua população. E também pode levar à compreensão do quanto estas questões podem trazer de influências na formação e absorção de enfermeiros e licenciados em Enfermagem no mercado de trabalho das áreas de saúde e de educação.

Como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS), *"os recursos humanos são componentes imprescindíveis do processo de desenvolvimento sócio-econômico e intimamente relacionados com o tipo de sociedade em que estão inseridos. Por isso, não será possível planificar os recursos humanos sem uma definição do tipo de sociedade a que devem atender, caracterizando um tipo de prática de saúde que, por sua vez, condiciona o tipo de recurso humano que a executará."* (IDE, 1989:173)

Neste tópico, temos interesse especial em saber se existia, no mercado de trabalho, a necessidade de professores de Enfermagem para atuarem nos cursos profissionalizantes, justificando, dessa forma, a criação da Licenciatura em Enfermagem a fim de capacitar pedagogicamente estes profissionais para a área de ensino.

Para refletir especificamente a necessidade e a inserção do licenciado em Enfermagem, no mercado de trabalho, é necessário entender as propostas e as operacionalizações das políticas nacionais de saúde e de educação deste país, bem como considerar o papel que a Enfermagem exerce e/ou ocupa nestes serviços de saúde. Implica, ainda, em analisar os determinantes da política de utilização da força de trabalho em Enfermagem no período em estudo.

As dificuldades de se configurar e analisar a força de trabalho em Enfermagem decorrem de que na prática há uma falta de uniformidade na definição do papel específico do enfermeiro: no cotidiano as funções desses profissionais ainda se confundem e se sobrepõem\*.

---

\* As funções das diferentes categorias da enfermagem estão explicitadas na atualidade pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498 de 1986, mas no cotidiano as funções destes profissionais ainda se confundem e se sobrepõem.

A Lei nº 7.498/86 foi publicada no D.O.U. de 26/06/86, Seção I, fls. 9273 a 9275.

Acompanhando a evolução sócio-política e econômica do país, a organização do setor saúde, inclusive a Enfermagem, passou por transformações que ocorreram concomitantemente à institucionalização do cuidado ao paciente, de modo predominante nos hospitais. Nestas instituições, que se expandiram largamente nos anos setenta, foi ampliado o mercado de trabalho para a Enfermagem, principalmente para o pessoal sem formação específica.

Na forma de organização econômica capitalista está presente uma preocupação constante, voltada para assegurar um potencial de força de trabalho indispensável à manutenção do sistema. *"Capital e força de trabalho se contrapõem intermediados pelo caráter decisivo da intervenção do Estado, evidenciando que, quaisquer transformações de produção, têm repercussões efetivas nas relações sociais e políticas."* (COFEn/ABEn, 1985:18, v. 1).

Por isso, a utilização de pessoal de Enfermagem nos serviços de saúde e na educação e a configuração que sua prática vier a ter, dependerão do redimensionamento que venha ser feito no setor saúde associado aos setores educação e trabalho. Para mostrar estas relações, cremos ser necessário buscar o testemunho dos acontecimentos históricos.

O início da década de 50, segundo governo de Getúlio Vargas, caracterizou-se pela intervenção do Estado através de dois eixos: o da mediação das relações entre o capital e o trabalho, e o das restrições feitas ao custo de rentabilidade de fatores que estavam tradicionalmente envolvidos na produção destinada ao mercado externo. É nesta década que ocorre o desmembramento do Ministério da Saúde e Educação.

A relação entre saúde e estrutura social se fortalece a partir da década de 50. É possível identificar duas variáveis neste processo: a ampliação dos

aparelhos de Estado e sua subsequente intervenção, e a definição de metas para o desenvolvimento através de planos. Na época, o planejamento no Brasil tinha como característica considerar o social desvinculado do econômico ou como entrave ao crescimento do mesmo.

As relações do país com as economias capitalistas industrializadas, neste início de década, passaram por uma grande transformação. Mas foi no final da década de 50 e início da década de 60 que a queda das exportações e o aumento da dívida externa propiciaram uma política de abertura ao capital estrangeiro, e a "coligação nacionalista desenvolvimentista" foi, aos poucos, se desfazendo, levando à perda de controle do capital nacional sobre as indústrias do país, inclusive sobre a indústria farmacêutica.

No início do governo de Juscelino Kubitschek, é criado o Plano de Metas (1956-1961), o que se pode considerar um significativo avanço na área de planejamento, embora não tenha chegado aos resultados esperados na área social. *"Nesta esfera, limitava-se ao setor educação, com metas específicas de formação de pessoal técnico, inclusive para o setor saúde, com vistas a ajustar os programas de educação às necessidades de desenvolvimento econômico. Na área da saúde salientavam-se as medidas tomadas para atingir as regiões rurais com vistas a diminuir o êxodo rural e propiciar melhores condições de vida nessas regiões e evitar a migração de doenças endêmicas para o meio urbano."* (COFEn/ABEn, 1985:22, v. 1).

O Estado, que já vinha atuando como intermediário nas relações de classe, procurando diminuir o conflito entre capital e trabalho, começou, também, a se inserir na produção de insumos básicos e serviços de utilidade pública, com vistas a propiciar a consolidação do crescimento industrial. Com essa postura, o Estado

procurava satisfazer, de um lado, as exigências técnicas e econômicas do capital e, por outro, propor as soluções para as necessidades de reprodução da força de trabalho. O Estado passou a coordenar e promover os serviços coletivos nas cidades e a infra-estrutura básica para a produção. Foi, porém, o setor privado, nacional e estrangeiro, o maior beneficiado. Passaram a ser de competência do Estado os empreendimentos que não eram rentáveis para a iniciativa privada.

Decorreu desta situação a organização de grupos reivindicatórios que pressionavam o governo para obter medidas que beneficiassem as classes populares e, por sua vez, o governo tomava iniciativas que procuravam aliviar as tensões.

Como se mostrou anteriormente, este é um momento importante para a medicina previdenciária, pois ocorreu um aumento da demanda pela assistência médica, em consequência do aumento das taxas de urbanização e da redução da capacidade financeira dos Institutos.

Crescia significativamente nas cidades o número de trabalhadores que não tinham uma remuneração suficiente para pagar os serviços de que necessitavam, nem mesmo para se alojarem de forma adequada nas regiões urbanas. Crescia o número de desempregados e sub-empregados. Por sua vez a assistência médica custava muito caro e seus preços se elevavam constantemente, ficando inacessível para a maioria dos trabalhadores.

Configurou-se, a partir de então, a implantação de uma base para a formação de um complexo médico-empresarial no país, com os hospitais vinculados a entidades denominadas “filantrópicas”\*, passando a se articular com órgãos

---

\* O conceito de filantropia vai assumindo conotações diferenciadas ao longo do tempo. DONZELOT nos chama a atenção de que “não se pode conceber a filantropia como uma fórmula ingenuamente apolítica de intervenção privada nas esferas dos problemas ditos sociais, mas sim como uma estratégia deliberadamente despolitizante face à instauração dos equipamentos coletivos, ocupando uma posição nevrálgica equidistante da iniciativa privada e do Estado” (1986: 55 e 56).

estatais do setor saúde, transformando-se em autênticas empresas. (COFEn/ABEn, 1985:24, v. 1).

Ainda na década de 50, com a ampliação do parque industrial e o crescimento da população urbana e previdenciária, a saúde pública perde, aos poucos, sua importância, dando espaço para a atenção médica individualizada.

Entretanto, a expansão dos serviços de saúde previdenciários não propiciou mudanças nos padrões de atendimento de Enfermagem nos ambulatórios, continuando a ser prestado por funcionários dos Institutos da Previdência Social, sem ter um preparo específico, como o atendente, por exemplo.

De maneira geral, a situação nos hospitais neste período se diferenciava. O uso de uma tecnologia médico-científica mais sofisticada exigiu a participação crescente de enfermeiros que assumiram funções de gerenciamento das unidades de internação e treinamento do pessoal auxiliar em serviço, ou ainda, de participar dos cursos de auxiliar de Enfermagem.

Isto implicou numa ampliação das oportunidades de trabalho para as enfermeiras e auxiliares e, ao mesmo tempo, crescia o número de escolas e cursos de Enfermagem e de auxiliares. Exemplo disto é que de 1916 a 1956 são criadas 23 escolas de Enfermagem, enquanto que de 1940 a 1956, são criados 43 cursos de auxiliares de Enfermagem. (COFEn/ABEn, 1985:15, v. 1). Vale lembrar que neste período ainda não havia licenciados em Enfermagem, ficando o ensino dos cursos profissionalizantes nas mãos de enfermeiros e/ou médicos.

As décadas de 60 e 70 apresentaram, segundo **BALTAR; DEDECA (1992: 27)**, algumas características.

O primeiro período (1961-1966), foi marcado por uma crise econômica decorrente de uma situação de recessão que acelerou o processo inflacionário, reduzindo a taxa de crescimento do produto real diante do esgotamento do modelo de substituição das importações. Isto provocou uma queda de empregos, menor poder de barganha do trabalhador e uma redução dos salários reais.

Também a área da saúde sofreu as influências das transformações do contexto político, social e econômico do país. Em 1966, ocorreu a fusão dos institutos num único órgão - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com uma rede de hospitais e ambulatórios próprios e insuficientes para atender à demanda, passando, então, o INPS a ser o grande "comprador" de serviços do setor privado.

Em vista disto, a medicina previdenciária teve uma condução predominante das estratégias utilizadas pelos governos, voltadas principalmente para a privatização da assistência médica e para a formação do complexo médico-industrial no país. Em decorrência, houve um arrefecimento de ações voltadas para a área de saúde pública.

No outro período, de 1967-73, houve uma recuperação da economia, com um rápido crescimento e queda da inflação. Tal fato levou a um incremento do nível de emprego.

**MEDICI (S.D.:100)** observou que, de maneira geral, a política de recursos humanos no Brasil, de 1967-1974, na área da saúde, apresentou as seguintes características:

- "a) incentivo à formação de profissionais de nível superior, especialmente médico;*
- b) estratégia de absorção de empregos baseada na expansão da rede privada a partir do financiamento público;*
- c) expansão seletiva de empregos em larga escala, reforçando a dicotomia médico-atendente;*
- d) incentivo à hospitalização, especialização, em detrimento da ambulatorização, atenção primária."*

O terceiro período, de 1974-80, caracterizou-se por um prolongamento do crescimento garantido pelo gasto estatal, pelo recrudescimento da inflação, pela recuperação diferenciada dos níveis de salário e por um aumento mais lento dos empregos.

No que diz respeito ao ensino, o governo de Castelo Branco (fins de 65) pensava alargar o treinamento do pessoal docente e pôr em prática o Plano Nacional de Educação que tinha como um dos objetivos dar "impulso" ao ensino técnico, a nível médio (VIEIRA, 1983:212).

Para enfrentar a crise que se instalou nas universidades e garantir a formação de recursos humanos necessários para assegurar o desenvolvimento, o governo propõe-se a aumentar o número de vagas e facilitar o ingresso no ensino superior. Ao mesmo tempo, colocou-se a necessidade de aumentar o número de cursos, conforme já foi citado.

A década de 70 teve início e nela caminhava o chamado "milagre brasileiro." O país se inseria na divisão internacional do trabalho, como fornecedor de matérias primas, de produtos semielaborados e como importador de máquinas.

Todavia, o processo de desenvolvimento econômico, que parecia irreversível, não conseguiu promover o desenvolvimento social.

No 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (IPND) para o triênio 1972-1974, mereceu destaque a política de emprego e salário. O plano, no entanto, continuou dando ênfase à expansão da fronteira econômica, ao fortalecimento do "modelo brasileiro de capitalismo industrial" e ao aumento da capacidade de competição, sobretudo, a nível internacional.

O IPND demonstrava uma preocupação com as questões do desemprego e do mercado informal. A preocupação com o social era expressa através de investimentos em habitação, saúde, alimentação e educação. Mas as soluções sociais apareciam quase sempre como corolários das propostas econômicas. O resultado disto foi o agravamento dos problemas sociais, apesar do bom desempenho da economia, da estruturação dos serviços sob a forma de empresa. Na área da saúde, a empresa médica que havia se delineado no período anterior, encontrou aqui a sua consolidação garantida.

Nesta década (70), o aumento das atividades em todos os setores da economia levou à criação de um aparato de apoio institucional, fato que, no campo da saúde, repercutiu na ampliação do aparelho formador com a multiplicação de escolas de níveis superior, de 1º e 2º Graus, bem como com a criação dos diversos cursos de pós-graduação.

**MÉDICI**, analisando o problema da força de trabalho do setor saúde no Brasil, principalmente na década de 70, chama a atenção para o fato de que este *"período se caracterizou pela forma ímpar de crescimento do produto e do emprego. Entre 1951 e 1960, o produto real cresceu à taxa média anual de 5,7%. No decênio seguinte (1961-1970) este crescimento foi da ordem de 5,8% em*

*termos médios anuais. Comparadas com o crescimento de 8,5% ao ano, verificado na década de 70, as taxas de crescimento do produto, nos anos 50 e 60, indicam que a última década parece ter sido a que melhor aproveitou os investimentos e alterações que se processaram no parque produtivo brasileiro, a partir da segunda metade da década de 50." (MÉDICI, A. C. in COFEn/ABEn, 1985:27, v. 1).*

Quando em 1974 a economia brasileira começou a desacelerar e houve um esvaziamento da euforia do "milagre brasileiro", caíram as taxas de crescimento do produto e do emprego. Neste momento, foi concebido e elaborado o II PND, no qual aparece, pela primeira vez, a política social com objetivo próprio, deixando claro que seu atrelamento à política econômica não levou aos resultados esperados. O Brasil não ficou mais rico e as distorções aparecem com maior nitidez. Os problemas se agigantavam e se agravavam tanto nas cidades como no campo.

POSSAS (1981:XIX) comenta que, em virtude da articulação do setor público com o privado através da subordinação da assistência médica previdenciária à lógica da acumulação, o sistema capitalista conciliou as tendências que se manifestavam em seu processo de expansão: de um lado, ao assegurar condições que facilitavam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção, reduzindo com isso o absenteísmo. E, de outro, propiciando a transformação da atividade médica em mais um setor capitalista, em que a produção dos serviços médicos tem por finalidade primordial a apropriação privada de lucros. Assim, o sistema capitalista, embora gerando necessidades muito amplas e variadas, implicitamente seleciona aquelas que se converterão em demanda de serviços para cuja produção responde, coerentemente, de forma também capitalista, ao criar condições de expansão bastante rentáveis para a medicina privada com o apoio protetor dos organismos estatais de assistência médica em suas várias modalidades, geralmente designado de "complexo previdenciário."

**NOGUEIRA (1983:7)**, ressalta que as políticas de saúde, da educação e de emprego tiveram um importante papel na configuração assumida pelo mercado de trabalho em saúde na década de 70. Dentre os principais problemas identificados na constituição deste mercado vale mencionar: a tendência marcante à privatização dos serviços de saúde, pelo menos até o início dos anos 80, as distorções no sistema escolar, particularmente no que diz respeito à qualificação para o trabalho nos níveis médio e elementar e a preferência por empregar profissionais com baixa qualificação, o que permite comprar a sua força de trabalho a custos menores para as instituições que os empregam.

Apesar desses desequilíbrios, a dinâmica do mercado de trabalho em saúde tem sido determinada no último quartel desse século pela crescente demanda, direta ou indiretamente induzida pelo setor público, conforme se exporá adiante, na medida em que o Estado, ao estender a cobertura por esses serviços, cria demanda efetiva para o setor privado. A partir de subsídios, isenções tributárias ou contratos e convênios com empresas, grupos médicos e equipamentos, ele estimula constantemente o crescimento do emprego de profissionais de saúde fora do âmbito estatal. Esse caráter de privatização do gasto público com saúde, em termos de indução ao crescimento do emprego, é combinado com estratégias diretamente públicas de contratação refletidas no aumento das redes de serviços estatais de saúde. (**MÉDICI et alii, s.d.: 7**)

### **2.4.1 - A Dinâmica do Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil**

A dinâmica do mercado de trabalho em Enfermagem no Brasil é complexa e esta complexidade decorre da existência de diversas categorias com distintos papéis nas instituições de saúde.

A força de trabalho em Enfermagem no país é constituída por quatro categorias, de acordo com seu preparo educacional, como se expôs anteriormente: o enfermeiro, o técnico, o auxiliar e o atendente.

Essas categorias representam mais da metade dos trabalhadores da área da saúde no Brasil e são também as que têm sofrido mais de perto a deterioração das condições de trabalho e o arrocho salarial no universo da força de trabalho em saúde.

Fatores como a urbanização e a metropolização das cidades brasileiras criaram um forte movimento de terceirização da atividade econômica no país. Contribuíram para este processo de crescimento as atividades sociais e, dentre elas, as de saúde. O que se observa, porém, é que proliferaram empregos de baixa qualificação e baixa remuneração, por conta da impossibilidade dos setores, ditos modernos, absorverem, de imediato, todo o contingente da força de trabalho que se aglomerava nas cidades. E a Enfermagem não foi exceção neste processo.

As políticas sociais propiciaram focos de absorção de empregos, o que pode ser observado nas intenções dos formuladores dessas política. O I Plano Nacional de Desenvolvimento, por exemplo, ao tratar das questões da saúde, apontava a necessidade de aumentar os postos de trabalho no setor, desvinculado, porém, do quadro nosológico e das necessidades médico-assistenciais da população. Isto significa que a política de saúde e a extensão da cobertura dos serviços seriam o

corolário do crescimento de empregos no setor e não o contrário, o que mostra uma nítida inversão de prioridades. (COFEn/ABEn, 1985: 227, v. 1).

Essa forma de proceder colocava as questões das políticas sociais subordinadas às políticas de emprego. O governo, para manter sua estabilidade, fazia opção por gerar empregos de baixa qualificação e remuneração, ao invés de desenvolver programas voltados para a saúde, a educação ou outros setores sociais.

O fato de as políticas sociais estarem subordinadas ao crescimento de empregos bem como às necessidades da iniciativa privada, facilitou a elevação do número de empregos com trabalhos desqualificados, como os de atendentes de Enfermagem e a lucratividade para os empresários que ingressaram nesses setores sociais, através do apoio administrativo e financeiro do Estado.

Com o crescimento das empresas médicas e do modelo assistencial privado, houve uma rápida expansão dos profissionais de saúde neste setor. Isto se refletia da seguinte forma: em relação ao pessoal de nível elementar, não havia grandes problemas devido à grande oferta potencial de pessoal desqualificado. No entanto, no que diz respeito ao quadro de pessoal com formação superior, técnica e auxiliar, havia problemas nos setores. Para isso, as políticas educacionais que se responsabilizavam pela formação de recursos humanos para a saúde cobriam essa necessidade, criando um contingente de profissionais de nível superior maior do que a sua demanda imediata (como, por exemplo médicos), colaborando para diminuir os salários pagos e o aumento do subemprego e desemprego no setor. (COFEn/ABEn, 1985:228, v. 1).

Na Enfermagem, a situação do pessoal qualificado mostrou-se um pouco diferente. O modelo de organização técnica do trabalho nos *"estabelecimentos de saúde se estruturou nos últimos anos, de forma a tornar os*

*enfermeiros, técnicos e auxiliares pouco funcionais ao modelo assistencial privado, na quantidade e qualificação exigidas segundo padrões internacionais. Assim, o setor público passou a ser o espaço primordial de reprodução do emprego qualificado em enfermagem. Dessa forma, o atual quadro de desemprego e sub-remuneração do pessoal de enfermagem com formação específica, repousa em raízes históricas distintas daquelas verificadas para o conjunto da força de trabalho em saúde. A crise econômica afetou, particularmente, o modelo médico-assistencial da Previdência Social. As políticas de ajustamentos recentes da economia brasileira repousaram em fortes contenções no gasto público e no emprego, o que tem efeitos no descompasso entre a oferta e a demanda por empregos em enfermagem, especialmente no setor público." (COFEn/ABEn, 1985:228, v. 1).*

Para uma maior compreensão destas questões, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou o estudo "Relatório do levantamento de recursos e necessidades de Enfermagem no Brasil" com dados de 1956/1958, e, em 1969, **CARVALHO & CARVALHO** fizeram o trabalho "A formação do pessoal de Enfermagem no Brasil." Em 1982/1983, a ABEn e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) pesquisaram "O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil." Os dados utilizados neste tópico são provenientes dos três estudos. Eles dão uma grande contribuição para a área inclusive para os aspectos investigados e analisados neste trabalho, permitindo estabelecer outras relações, tais como: a distribuição, o crescimento, o emprego e a formação das categorias que exercem a Enfermagem.

O estudo de 1956/58 mostrou que existiam 42.931 profissionais atuando na área de Enfermagem. Destes, 4.831 (11,3%) eram enfermeiros, 1.982 (4,6%) auxiliares e 36.118 (84,1%) atendentes. Destes profissionais, 83,4%

situavam-se na área hospitalar, 15% na saúde pública e 1,6% na área de ensino. Neste período, foi estimado um deficit na área de 4.500 profissionais universitários e 74.500 auxiliares para uma população de 60 milhões de pessoas. (COFEn/ABEn, 1985:36-37).

Estes dados mostram um predomínio da categoria atendente, que constituía a base da pirâmide dos trabalhadores de Enfermagem no Brasil. É possível estabelecer relação desta situação com a remuneração salarial dos atendentes, pois eles representam uma mão-de-obra com menores pretensões trabalhistas e mais facilmente controlável pois não possuem uma entidade organizadora e/ou reivindicatória.

A grande maioria destes trabalhadores (atendentes) estava na área hospitalar, 30.313 (83,9%) e uma parcela menor 5.805 (16,1%) na saúde pública. Nos hospitais públicos trabalhavam 12.592 destes profissionais. A maioria, porém, estava no setor privado.

A situação dos auxiliares neste período era a seguinte: 1.928 (97,3%) estavam na área hospitalar e apenas 54 (2,7%) na área de saúde pública; 838 trabalhavam em hospitais públicos e 1.090 nos privados. (COFEn/ABEn, 1985:48).

Nesta categoria, 78% concluíram o curso regular, 16% foram aprovados em exame de suplência e menos de 1% não se encontra nestes grupos, deduzindo-se que eles fazem parte de uma parcela de Enfermagem beneficiada por decreto.

No estudo de 56/58 existiam 41 escolas de auxiliar de Enfermagem no Brasil, 12 públicas e 29 privadas, com predominância de localização no sul, 18 escolas, e no leste, 15 escolas. Destas, 29 eram mantidas por entidades privadas.

Muitas escolas possuíam orçamento bastante precário para desenvolver um programa adequado e manter um corpo docente com dedicação exclusiva para atividades de ensino e supervisão. (ABEn, 1980:37).

Em 1956, existiam 308 enfermeiras lecionando nos cursos de auxiliar de Enfermagem. Muitas delas pertenciam também ao corpo docente das escolas de Enfermagem, o que dá uma média de sete (7) enfermeiras por escola de auxiliar de enfermagem.

Vale a pena ressaltar que *"apesar da legislação vigente determinar que as funções de direção e ensino sejam de competência exclusiva de enfermeiro, em cerca de 25% desses cursos, grande parte do ensino estava entregue a médicos, principalmente no que se refere às especialidades clínicas não mencionadas na lei."* (ABEn, 1980:37).

Em 1969, período em que foi regulamentado o curso de Licenciatura em Enfermagem, já funcionavam 72 escolas de auxiliar de Enfermagem, sendo que destas, 46 eram particulares e 26 governamentais.

A categoria técnico em Enfermagem ainda não constava no mercado de trabalho, neste período, pois surgiu em 1966 e ganhou maior impulso a partir de 1971, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º graus que enfatizou e regulamentou também os cursos profissionalizantes. E, em 1969, o país contava com oito (08) deste cursos situados na região nordeste, leste, sul e centro oeste.

Os enfermeiros em atividade no período (56/58) eram da ordem de 3.600 profissionais, sendo que 2.473 (68,7%) estavam na área hospitalar, 546 em saúde pública, (15,2%), 379 (10,5%) em escolas de Enfermagem e 202 (5,6%) em

outros campos\*. Dos que estavam nos hospitais, 71,9% estavam empregados em instituições governamentais e 28,1% em particulares (ABEn, 1980:52 e 95).

Estes dados mostram terem sido os enfermeiros os que tiveram menor absorção na estrutura hospitalar, em termos relativos.

Existiam, neste período, 33 cursos de graduação em Enfermagem e 379 docentes nesta categoria, com uma média de 11,5 enfermeiros-professores por curso. A localização destas escolas se dava predominantemente no leste (12) e no sul (12) e as restantes no norte (2), no nordeste (4) e no centro oeste (3) do país. Destas 33 escolas, 13 eram governamentais e 20 particulares (ABEn, 1980:38-39).

O quadro - 1 abaixo mostra o número de Cursos de Auxiliar de Enfermagem e docentes enfermeiros-Br. 1956/58.

ESPECIFICAÇÃO	NÚMERO DE CURSOS	DOCENTES ENFERMEIROS
PÚBLICOS	12	98
PRIVADOS	29	210
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>308</b>

FONTE: ABEn, 1980:50

\* Estes dados são estimativos.

O quadro - 2 mostra o número de Escolas de Enfermagem (curso de graduação) e docentes enfermeiros-Br. 1956/58.

ESPECIFICAÇÃO	NÚMERO DE CURSOS	DOCENTES ENFERMEIROS
PÚBLICOS	13	180
PRIVADOS	20	199
<b>TOTAL</b>	33	379

FONTE: ABEn, 1980:46

Somando o número de docentes enfermeiros nos cursos de auxiliar e graduação neste período, tem-se um total de 687 profissionais, o que representa 14,22% de envolvimento com o ensino. Muitos destes docentes desenvolviam "dupla jornada profissional": ensino e assistência, principalmente na área hospitalar.

Das 379 professoras enfermeiras dos cursos de graduação, 240 (63,3%) tinham o diploma de enfermeira e o certificado de curso ginásial ou equivalente, as outras 119 (31,4%) possuíam um preparo de nível colegial e o restante 20 (5,3%) contava com curso superior. Como se vê, não existindo a Licenciatura neste período, o corpo docente era preenchido por pessoas com níveis de escolaridade nem sempre universitário.

Considerando-se que o ensino secundário era o mínimo recomendável (pela ABEn) para o exercício das funções de direção e ensino nas escolas de Enfermagem, é possível verificar que um número significativo dos docentes não satisfazia esse requisito (ABEn, 1980:273). Isto configurava uma situação séria no ensino de Enfermagem, que, neste período, não havia, ainda, definido claramente sua posição no sistema de ensino no país, ficando as escolas de Enfermagem

expostas às injunções diversas dos mecanismos de seleção de seus quadros docentes, obedecendo ao único critério exigido legalmente para a escolha da direção da escola - ser enfermeiro.

No item VIII-32 do estudo realizado em 56/58, foi sugerido às escolas de Enfermagem e/ou auxiliar de Enfermagem *"que organizem cursos de pós-graduação em pedagogia e administração, visando o preparo de diretores e professores de cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e de chefe de serviço, desde que contem com os recursos docentes e financeiros necessários."* (ABEn, 1980:49).

Durante este período, exigia-se, para lecionar no ginásio, o curso de F.F.C.L perfazendo 16 anos de escolaridade. E, no caso das escolas de Enfermagem, o corpo discente incluía estudantes com certificados de 1º e 2º ciclo. A maioria das professoras enfermeiras contava com apenas o 1º ciclo e curso de Enfermagem, ou seja, 12 anos de escolaridade. Estas professoras não tinham, portanto, nenhuma formação equivalente em anos com outros profissionais, como também não contavam com uma formação pedagógica para exercer as funções de ensino.

Segundo MÉDICI et alii (s.d.: 67), no período de 1966 a 1974, é possível verificar um aumento dos profissionais de nível médio e elementar em Enfermagem. Em contrapartida, os enfermeiros foram os que, em termos relativos, tiveram menor absorção na estrutura ocupacional hospitalar.

A utilização de pessoal de baixa qualificação (como os atendentes, por exemplo) foi um dos esteios básicos que sustentaram os programas de extensão de cobertura implementados pelo Estado brasileiro na segunda metade da década de 70. (MÉDICI, s.d.: 246).

O estudo de 1983 (COFEn/ABEn, 1985, 1986, v.1 e 2) mostrou que, numa população de 304.287 pessoas trabalhadoras na área de Enfermagem, tem-se a seguinte distribuição: 25.889 (8,5%), são enfermeiros; 19.935 (6,6%), são técnicos em enfermagem; 64.289 (21,1%), são auxiliares de enfermagem e 194.174 (63,8%) são atendentes.

O que basicamente se alterou de 1956-1958 a 1983 foi a absorção de pessoal auxiliar de Enfermagem com preparação específica que aumentou 32,4 vezes. E também, no segundo estudo, aparece a categoria técnico em Enfermagem, não existente em 1956/1958.

O número de atendentes, neste período (82/83), totalizava 194.174 pessoas, estando 134.880 (69,5%) na área hospitalar, 59.274 (30,5%) na para-hospitalar\* e 20 (0,01%) nas clínicas independentes. No setor público eles perfazem 44,4% do pessoal de Enfermagem e no setor privado 72,6%.

Como se observa, há, na área da Enfermagem, predomínio das categorias sem formação intermediária em relação aos profissionais de nível superior. Este fato tem relação tanto com a convivência às diretrizes econômicas, quanto com a perpetuação e ampliação de uma situação de crise de identidade e legitimidade. Essa crise seria compartilhada pela dimensão ideológica do sistema de saúde, responsável pela formação da força de trabalho, a partir de diretrizes que determinam diferentes processos de expansão no contexto. (IDE, 1989:189).

Com a falta de enfermeiros em muitos hospitais brasileiros, médicos se responsabilizavam por preparar os atendentes e serventes, através de cursos rápidos

---

\* Definiu-se como estabelecimentos para - hospitalares aqueles que não contavam com leitos de internação (Unidades mistas, Pronto Socorros, postos de assistência médica do INAMPS, policlínicas, etc) (BRASIL. COFEn, 1985:43-44).

no próprio hospital, os quais se limitavam, principalmente, ao ensino de técnicas de enfermagem. (ABEn, 1980:198).

Em 1983, existiam 64.289 auxiliares de enfermagem. Destes, 48.478 (75,4%) trabalhavam em hospitais, 15.770 (24,5%) na área para-hospitalar e 41 (0,006%) em clínicas independentes; 29,7% desta categoria atuavam em hospitais públicos e 18,9% em privados. (COFEn/ABEn, 1985:36 e 39).

Os técnicos em enfermagem se distribuíam da seguinte forma, neste período: num total de 19.935, 16.246 (81,5%) estavam na área hospitalar, 3.677 (18,5%) na para-hospitalar e 12 (0,06%) em clínicas independentes. Dos que estavam em hospitais, 13,8% trabalhavam em instituição pública e 4,3% nas privadas. (COFEn/ABEn, 1985:36 e 39).

Em 1983, existia um total de 25.889 enfermeiros em exercício; destes, 14.644 (56,6%) estavam na área hospitalar, 6.173 (23,8%) na área para-hospitalar, 4.272 no ensino (cursos de auxiliar, técnico e graduação em Enfermagem) e 800 (3,1%) em outras atividades.

Há uma diferença marcante nos quadros de absorção do pessoal de Enfermagem, no país, entre os hospitais públicos e privados e entre as várias categorias existentes. Os hospitais públicos contavam com um número maior de profissionais qualificados na área, o que evidencia a existência de atendimentos diferenciados nestes serviços.

Na década de 80, como consequência de maior pressão nos anos 70 por mais vagas nas universidades, houve um aumento significativo de cursos de graduação em Enfermagem; estes cursos, em 1970, eram 32 e passaram para 82 em

1983, com uma média anual estimada de egressos ao redor de 2.500 enfermeiros, nos últimos anos.

**NOGUEIRA (1986)** afirma que a *"formação maciça de profissionais de nível superior no decênio 1965-1975 teve um efeito decisivo na constituição do mercado de trabalho em saúde, dando lugar a um excedente relativo, que passou a ser condição estrutural de funcionamento desse mercado com feições capitalistas, apesar das oportunidades de emprego terem aumentado."* (in **MÉDICI, s.d. p.67,68**).

No que diz respeito à docência em Enfermagem, nessa época, constatamos, como nos mostra a tabela-3, abaixo que o número de cursos de graduação em Enfermagem nas instituições públicas e privadas e o número de docentes enfermeiros nestes cursos em 1983 eram os seguintes:

## ERRATA

PÁGINA	PARÁGRAFO	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
-	-	1	à redação	à redação
Agradecimentos	8	16	A todos	À todos
RESUMO	6	2	currículos	currículos
2	4	3	discussões	discussões
5	2	3	profissões	profissões
9	2	2	Licencitura	Licenciatura
11	Nota de rodapé	5	BAGANTO	BAGNATO
15	2	6	hspitales	hospitalares
43	1	3	três anos	três anos.
52	1	6	currículo	currículo
92	5	1	MEDICI	MÉDICI
106	3	3	incluir após o número 4.272	o percentual (16,50%)
106	5	3	82	81
109	4	3	1985	1986
114	quadro - 4	na coluna	84	81
		Total		
121	-	1	(p. 108)	(p. 102)
126	2	2	1983	1938
135	2	7	1961);	1961);
141	2	4	e recuperar	prevenir as doenças
142	2	3	e	e,
144	4 e 5	1 e 1	programas de saúde	Programas de Saúde
145	1	8	para continuidade	a continuidade
147	4	1	A comissão	A Comissão
148	4	2	expresso	expresso
154	3	3	anexos-3	anexo-3
156	3	2	efermeiro	enfermeiro
160	3	3	políticas	políticas,
165	-	2	cultural	cultural,
168	-	4	porque, para que	porquê, para quê
172	1	2	exercício	Exercício
177	4	3	460	260
178	4	3	as profissionais	os profissionais
185	8	1	BAGANTO	BAGNATO
198	5	1	Olga enfermena	Olga enfermera
199	Art. 234	4	Nacuinal	Nacional
204	Parag. único	-	10.	01
210	Art. 11	6	elegada	alegada

**TABELA 3** - Cursos de graduação em Enfermagem públicos e privados e docentes enfermeiros - Brasil 1983.

ESPECIALIDADE	CURSOS	DOCENTES ENFERMEIROS	MÉDIA DE DOCENTES DE ENFERMAGEM POR CURSO
PÚBLICO	48	2.281	47,5
PRIVADO	33	493	14,9
TOTAL	81	2.774	34,2

**FONTES:** 1. MEC - Catálogo das Instituições de Ensino Superior - Brasília, 1983;  
 2. MEC - Desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil.  
 As duas fontes consultadas estão em COFEn/ABEn, 1985: 47, v.1

Em 1956, havia uma média de 11,5\* docentes enfermeiros por curso de graduação em Enfermagem; em 1983 essa relação subiu para 34,2 enfermeiros por curso (COFEn/ABEn, 1985:67); no entanto, a participação maior deste profissional na área de ensino não é um indicador suficiente para discutir o ensino de Enfermagem no país. Existem outras variáveis a serem consideradas nesta análise, como, por exemplo a formação pedagógica destes professores. Porém, os estudos realizados pela ABEn e COFEn (82/83) excluíram a informação de quantos e quais enfermeiros contavam com o curso de Licenciatura. A informação que aparece é que, em 1983, 34,2% dos enfermeiros contavam com curso de especialização em educação e ensino. Este é o percentual mais alto entre todos os cursos apresentados, o que pode significar a necessidade de o enfermeiro ter uma formação nesta área, ou então, ter maior acesso para fazer estes cursos. Esta situação

\* Dado apresentado à p.103: 379 docentes enfermeiros em 33 escolas.

aparece novamente nos cursos de doutorado, onde 37,7% dos enfermeiros procuram a área de educação, sendo novamente o percentual mais alto.

A tabela-4 abaixo mostra os cursos de técnico e de auxiliar de Enfermagem e docentes enfermeiros existentes no Brasil em 1983.

**TABELA 4 - Cursos de técnico e de auxiliar de Enfermagem e docentes enfermeiros - Br 1983.**

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>CURSOS</b>	<b>DOCENTES ENFERMEIROS</b>	<b>MÉDIA DE DOCENTES DE ENFERMAGEM POR CURSO</b>
<b>CURSO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM</b>	115	886	7,7
<b>CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM</b>	145	612	4,2
<b>TOTAL</b>	260	1.498	---

**FONTE:** Dados obtidos do estudo COFEn/ABEn, 1986: 47, v.1

Nos cursos de auxiliar de Enfermagem, houve uma redução na média de docentes enfermeiros por curso; de 7,5 em 1956 foi para 4,2 em 1983.

Pode ser que a abertura de cursos de auxiliar de Enfermagem, via supletivo, com duração de onze (11) meses, seja, em parte, responsável por tal situação. Lembramos que anteriormente a duração prevista era de dois (2) anos.

Os cursos de técnico em Enfermagem contavam, em 1983, com uma média de 7,7 docentes enfermeiros por curso (ABEn/COFEn, 1985:47), como foi mostrado na tabela - 4.

É importante lembrar que a política educacional (5692/71) incentivou o aumento de vagas na universidade, criou o ensino profissionalizante no 2º Grau, aumentando, assim, os cursos de graduação e técnico em Enfermagem. Daí a ampliação do mercado de trabalho para enfermeiros na área de ensino neste período. (ABEn/COFEn, 1985:152). Justifica-se então a existência do curso de Licenciatura para preparar pedagogicamente estes profissionais para a docência.

Porém, as instituições hospitalares constituem ainda a maior fonte de emprego para os enfermeiros, mas numericamente os serviços de saúde são deficientes em relação a estes profissionais. E, soma-se a isto, uma distribuição desigual nas diferentes regiões do país, com predomínio nas grandes cidades que, geralmente, contam com uma infra-estrutura de serviços oferecendo mais empregos.

É lamentável que, diante de um quadro de altas taxas de mortalidade infantil e de grandes problemas de saúde que o país apresentava, ainda que tivesse um número reduzido de enfermeiros para atender uma população de 126 milhões, fosse baixa a capacidade de absorção desta categoria pelos serviços de saúde.

Em se comparando, houve, no período de 1956 a 1983, um aumento em termos absolutos de 7,1 vezes (de 42.931 para 304.287) na força de trabalho em Enfermagem, sendo que tal crescimento foi de 5,4 vezes para a categoria enfermeiro (de 4.831 para 25.889), 32,4 para os auxiliares (de 1.982 para 64.289) e 5,4 vezes para os atendentes de enfermagem (de 36.118 para 194.174)\*.

Os técnicos e auxiliares cresceram de forma mais acentuada que os enfermeiros e atendentes no período de 1956/58 a 1982/83. Isto evidencia as políticas educacionais de profissionalização de técnicos de nível médio, mesmo sem reduzir muito a proporção de atendentes na pirâmide da Enfermagem. A expansão

---

\* Dados fornecidos nas pgs. anteriores.

do ensino universitário contribuiu para um aumento de enfermeiros em relação ao estudo de 1956, enquanto que o número de atendentes, categoria estritamente vinculada aos padrões de absorção de emprego do setor terciário, cresceu principalmente como resultado das políticas gerais de ampliação de cobertura a partir da criação do INPS e da atenção primária implantada pelo governo através de medidas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) a partir de 1976.

A assistência médica hospitalar encarece cada vez mais. Este fato leva esta instituição a procurar uma mão-de-obra barata, para prestar certos cuidados à saúde do indivíduo, e essa mão-de-obra geralmente é formada pelos auxiliares e atendentes de Enfermagem. *"O estudo de 82/83 mostra que, em 1983, os atendentes constituíam 69,8% da força de trabalho na área para-hospitalar e nos centros e postos de saúde perfazendo 77,1% e 86,4%, respectivamente, da força total de trabalho"*. (COFEn/ABEn, 1985:151, v.1)

Para os enfermeiros, os setores que tiveram um aumento de emprego no período foram: as forças armadas, os programas de saúde ocupacional e o setor de ensino.

O aumento de emprego no setor de ensino, que é um dado importante neste estudo, tem sua explicação na política educacional que incentivou o aumento de vagas nas universidades, criando o ensino profissionalizante em nível de 2º Grau, favorecendo o aumento significativo dos cursos de graduação em Enfermagem e de técnicos em Enfermagem, que em 1983 atingiam o número de 196. *"Daí a ampliação do mercado de trabalho para enfermeiros na área de ensino. Por outro lado, concursos vestibulares conjuntos que deram à plethora de candidatos de tomar conhecimento da existência de mais uma opção, a enfermagem (curso de*

*nível superior desde 1962), aliada à criação de novos cursos, acima referido, provocou enorme aumento de vagas nas escolas existentes. Resultado: aumento sensível da mão-de-obra a partir da década de 70". (COFEn/ABEn, 1985:152-153, v.1).*

Os estudos realizados pela ABEn e COFEn (82/83) mostram que a opinião dos trabalhadores em Enfermagem, em relação ao mercado de trabalho na área, parece refletir a realidade dos serviços e da política de saúde em vigor. De 1960 até a atualidade, a instituição hospitalar tem sido o centro operacional de todo sistema de saúde e, conseqüentemente, quem mais absorve a força de trabalho.

Os enfermeiros e atendentes encontram, de maneira geral, maior facilidade de obter emprego em hospitais públicos, e os técnicos, nos hospitais privados. Isto se dava pelo fato de esta última categoria não constar do quadro de carreira da área no setor público, no referido período.

São considerados, em geral, como fonte escassa de empregos outros setores como os postos e centros de saúde, os ambulatórios públicos e privados e os postos de assistência médica do INAMPS.

A questão de baixos salários também aparece como uma queixa do pessoal de Enfermagem. *"Os resultados dos estudos 82/83 mostram que 26,6% dos enfermeiros ganham menos de quatro salários mínimos, que mais de 40% dos técnicos e auxiliares em enfermagem ganham menos de dois salários mínimos e que 16,1% dos atendentes estão com menos de um salário mínimo". (COFEn/ABEn, 1985:149, v.1).*

Soma-se a esta questão o fato de que com a crise que se instaurou no país, a partir de 1974, deu-se uma queda no ritmo de crescimento de empregos e no

setor saúde, especificamente. Esta crise parece se acentuar a partir de 1980. Na Enfermagem, é possível se verificar, principalmente nos grupos mais jovens, que muitos passam períodos sem trabalhar, o que pode mostrar uma recessão no mercado de trabalho.

*"... as manifestações de abrir tantas escolas, formar milhares de enfermeiros, adestrar milhões de auxiliares jamais passaram de declarações de intenções, enunciadas de desejos ou formas políticas (e polidamente) conscientes de utilizar os setores saúde e educação como "tampões" para as evidentes tensões sociais". (QUADRA e AMÂNCIO, 1984:245).*

Os primeiros cursos de pós-graduação surgiram no país na década de 70. Chama, porém a atenção o fato de que antes de 60, como foi relatado, a Escola de Enfermagem R. Haddock Lobe, da Universidade Estadual da Guanabara, iniciou e interrompeu um curso de Pedagogia e Didática, em nível de pós-graduação, destinado ao aperfeiçoamento dos docentes de Enfermagem nesta época.

A Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, também organizou e ofereceu cursos de pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, de início em convênio com a Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, (a duração deste convênio foi de um ano). Depois disto, um curso foi oferecido independentemente até 1968, quando, também em obediência a determinações legais, transformou-se em curso de Aperfeiçoamento em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem.

O quadro 4 - mostra os cursos de pós-graduação em Didática Aplicada à Enfermagem, os diplomas conferidos até 1968 e as matrículas em 1969.

Nº	CURSOS	DIPLOMAS CONFERIDOS										TOTAL	MATRICULAS 1969
		56 a 60	61	62	63	64	65	66	67	68	TOTAL	MATRICULAS 1969	
	E.E. Ana Neri da UFRJ, GB	--	--	--	--	24	18*	21	14	4	84	---	
	F.E. Luiza Marillac GB	--	--	--	--	--	--	3	4	2	9	---	
	E.E.R.H. Lobo da Univ. GB	40	--	--	--	--	--	--	--	--	40	--	
	E.E. Univ. de São Paulo, SP	19	20	22	23	27	20	28	19	16	194	33	
	<b>TOTAL</b>	59	20	22	23	51	38	52	37	22	324	33	

FONTE: Dados obtidos do estudo de CARVALHO e CARVALHO, 1969: 27.

--- não houve

É interessante observar que nas décadas de 50 e 60 já havia uma preocupação, por parte dos enfermeiros, de buscar uma fundamentação pedagógica para melhorar sua atuação em sala de aula, chegando a ser a área de educação uma das procuradas para se especializarem.

Em 1968, quando surge a L.E., ainda funcionavam três cursos de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, tendo sido conferidos 22 diplomas, elevando o número de formados nesta área para 324 enfermeiros. (vide quadro - 4).

Verifica-se no currículo destes cursos a semelhança com as disciplinas do curso de Licenciatura, como, por exemplo: Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, Princípios de Administração, Psicologia da Personalidade, Psicologia Educacional, entre outras.

A necessidade de elevar o padrão de ensino nas escolas de Enfermagem, através de conhecimentos gerais e especializados, levou os diretores e

\* Em conjunto com a Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac

docentes a procurar tanto o término do 2º ciclo secundário como a frequência aos cursos de pós-graduação, nas áreas de Administração e de Pedagogia Aplicadas à Enfermagem da USP de S. Paulo.

De acordo com o levantamento de dados realizados em 1983, verifica-se que os maiores percentuais de especialização dos enfermeiros no Brasil ocorrem nas áreas de Educação e Ensino (34,2%), de Administração Hospitalar (30,9%) e de Saúde Pública (23,2%) (BRASIL - ABEn, 1985).

Com início, em 1981, dos programas de pós-graduação em Enfermagem, no país, tinha-se as seguintes áreas procuradas pelos enfermeiros em nível de doutorado: Educação (37,3%), Saúde Pública (19,8%) e Enfermagem (15%) (BRASIL - ABEn, 1985).

Estes dados mostram que a área de Educação continuou a ser a mais procurada nos cursos de pós-graduação. Isto pode significar que esta seja uma área que traz conhecimentos, discussões, leituras e análises importantes para a formação do enfermeiro, como também pode mostrar a escassez de cursos de pós-graduação na área específica, levando os profissionais a buscarem áreas afins para se titularem.

Os cursos de pós-graduação trouxeram uma inserção maior dos enfermeiros com a pesquisa, o que antes se dava de uma forma um tanto tímida, voltada principalmente para as questões específicas do exercício da profissão.

A configuração da forma de organização de trabalho no setor, conforme foi explicitado, apresenta perfis evolutivos diferenciados para as diferentes categorias; isto é *"compatível com as matrizes típicas de um sistema que vem tendo na desigualdade de atendimento e na estratificação das práticas de saúde suas principais características."* (IDE 1989:184).

O que se pode constatar é que o sistema possui uma política de recursos humanos que oscila entre a utilização de elementos sem qualquer preparo formal participando da assistência, e do pessoal de nível médio, e que respondem pelo desempenho das atividades de maior complexidade, por mais questionáveis e aleatórios que sejam os critérios para determinar uma divisão das atividades.

*A conformação da equipe de Enfermagem é resultado de um "conluio de interesses econômicos do setor, aliados tanto à exclusão e à incapacidade politicamente induzida, da população em reivindicar o acesso e a qualificação das ações de saúde, como também à conviência dos enfermeiros em se adequar a essa estratificação."*  
(IDE, 1989:185).

De maneira geral, o quadro da força de trabalho em Enfermagem está associado às políticas econômicas e sociais implantadas no país a partir de 1964.

O engajamento do país às diretrizes assistenciais mundiais que propagavam a necessidade da expansão do número de enfermeiros não proporcionou mudanças na área. O que se mostrou foi uma tendência inversa ao proposto, sustentada por barreiras conjunturais e ideológicas.

O entendimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde sobre o significado de "*direito à saúde*" é explicitado pela "*garantia pelo Estado*", de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional. Todavia, isto será obtido mediante intensa e constante mobilização popular que consiga, num primeiro momento, total institucionalização dos serviços de saúde.

A estrutura atual dos serviços de saúde mostra-se aquém das necessidades da demanda em todos os níveis de atenção à saúde, mesmo com a expansão havida, inclusive nas regiões economicamente mais desenvolvidas, apresentando distorções na alocação e utilização dos recursos materiais e humanos existentes. É importante que haja coerência entre prática e formação, não como entidades distintas ou superpostas, mas como uma unidade complexa, decorrente de uma ordem econômica que determina as diretrizes e os limites dos processos de expansão, as prioridades assumidas ou não, os segmentos privilegiados, o perfil de desempenho a ser implementado pelo sistema utilizador da força de trabalho e o papel que os profissionais desempenhariam nesse contexto frente à realidade do país.

O crescimento da força de trabalho em saúde, nos anos 70, veio atender à lógica do Estado e dos grupos médicos em tornar o setor saúde lucrativo para o capital privado. No entanto, o grande crescimento econômico da primeira metade da década e o fato de o setor servir de "paliativo" para as demandas sociais insatisfeitas com os mecanismos de arrocho salarial, sem que os trabalhadores pudessem ter seus verdadeiros canais de expressão, contribuíram muito para o aumento do emprego no setor. No âmbito de sua ampliação, os profissionais de nível superior sofreram os efeitos da reforma universitária que, no intuito de ceder às pressões por mais vagas, aumentou os patamares de formação de quadros de nível superior, dando condições para que o sistema de saúde absorvesse com folga os profissionais que ingressavam, a cada ano, no mercado de trabalho.

O aumento de profissionais de nível médio e elementar cumpriu, em parte, com a lógica de ampliação do setor terciário da economia brasileira, absorvendo, com baixos salários, uma fração de trabalhadores relativamente

desqualificados, contando, portanto, com a participação majoritária de profissionais do nível elementar. (MÉDICI, s.d.: 11).

MÉDICI admite que, a partir de 1976, as políticas de emprego e recursos humanos em saúde passaram a privilegiar a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar, atendendo, desta maneira, às necessidades da rede ambulatorial, e não mais dos aparelhos hospitalares públicos e privados, que haviam absorvido uma grande fração dos recursos humanos em saúde, nos anos anteriores. Investe-se em trabalhos interministeriais que estudam a relação entre capacitação de recursos humanos em saúde e reais necessidades da população brasileira, no campo médico-assistencial. Quanto aos profissionais de nível superior, tais documentos frisavam a necessidade de formar mais generalistas, visto que a formação que vinha ocorrendo, desde finais dos anos 60, não se adequava ao perfil epidemiológico da população brasileira. (MÉDICI, in COFEn/ABEn, 1985:28).

As mudanças advindas da introdução de vários novos fatores institucionais, organizativos e tecnológicos na base do processo de prestação de serviços de saúde, neste período, proporcionaram uma nova magnitude ao perfil dos profissionais para operarem os serviços, ocasionando um redimensionamento da oferta e um realinhamento dos mecanismos formais e informais de preparação de recursos humanos; isto quer em termos quantitativos, no sentido de responder às exigências de configuração de um mercado de trabalho com características capitalistas, onde é muito importante a existência de um excedente relativo de mão de obra, quer em termos qualitativos, no sentido de contemplar o aprofundamento da divisão horizontal e vertical do trabalho.

*"Nesse contexto, o capital paga o valor da força de trabalho inclusive os custos assistenciais gerando o fortalecimento de um aparelho oficial*

*de previdência social, controlado pelo governo, e a instauração de um sistema de saúde impotente frente aos distúrbios psicossomáticos e mentais decorrentes dos conflitos no plano interpessoal, social e político. A cristalização dessa ordem se complementaria no âmbito educacional, tanto pela perpetuação de uma relação profissionais/população sempre abaixo do mínimo considerável como aceitável, quanto pelo baixo nível de formação privilegiado frente à complexidade do processo saúde-doente e, conseqüentemente, das medidas de intervenção nesse contexto." (IDE, 1989:188).*

POSSAS, analisando as relações entre medicina e capitalismo, afirma que *"em oposição ao modelo individual, artesanal e autônomo do trabalho médico, realizado em padrões liberais, vemos surgir um trabalho coletivo, em que o médico aparece como um agente intelectual de trabalhos cada vez mais parcializados, definidos pelo médico ou pela equipe médica sob a forma de normas ou condutas, e racionalizados, do ponto de vista da eficiência e da produtividade, por um corpo administrativo composto por médicos, enfermeiros ou simples administradores. O trabalho passa a depender cada vez menos da habilidade artesanal de cada um dos elementos que o compõem e cada vez mais da produção, caracterizando-se por uma dependência crescente em torno de uma diversificação técnica." (in COFEn/ABEn, 1985:30, v. 1).*

O grupo hegemônico na área da saúde é o médico que produz e controla o processo. Nela, a Enfermagem se insere de forma subordinada, gozando de uma tênue autonomia técnica e administrativa. Esta subordinação e a autonomia "restrita" da prática de Enfermagem, podem ser examinadas sob dois aspectos principais. Um diz respeito à divisão técnica do trabalho determinada pela hegemonia médica e pelo desenvolvimento tecnológico na área, o outro diz respeito

ao trabalho gerado autonomamente pela Enfermagem e que caracteriza a categoria profissional. (COFEn/ABEn, 1985:230).

Durante os anos 70, médicos e atendentes garantiram a manutenção do modelo de assistência vigente. Contudo, a especialização exigia uma série de exames complementares que necessitavam de profissionais escassos em termos de formação (ao nível de 2º Grau) e de valor relativamente alto no mercado de trabalho. De certa forma, a automatização propiciou o prosseguimento desse modelo, sem grandes problemas que poderiam ser causados pela escassez de técnicos no mercado de trabalho em saúde.

No período analisado, pode-se considerar que existiu uma política para a formação e utilização de recursos humanos no exercício da Enfermagem, mesmo que esta não seja explicitada. Os programas desenvolvidos nos cursos de Enfermagem, nos seus distintos níveis, estiveram atrelados às políticas de saúde implementadas pelo Estado as quais, por sua vez, carregavam os anseios das propostas econômicas da época, sem que, de maneira geral, tivessem maior questionamento de seus objetivos.

Embora tenha havido o engajamento do país às diretrizes assistenciais mundiais, que apontavam para a necessidade de formação de enfermeiros, particularmente num país que sempre esteve aquém dos padrões mínimos de pessoal para o setor, evidenciou-se uma tendência inversa ao proposto pela Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, com um crescimento grande de outras categorias de Enfermagem, perpetuando uma situação de crise de identidade e legitimidade.

Analisando o crescimento do número dos cursos profissionalizantes mostrados nos estudos da ABEn e COFEn, é possível comprovar que houve um

aumento significativo de cursos pois passou de 41 (A.E.) em 56/58 ( p.108) para 260 (A.E. + T.E.) em 82/83 (p. 109), o que significou um aumento aproximado de 634% num período de mais ou menos 26 anos. Graças a isto, aumentou o número de enfermeiros envolvidos com o ensino nestes níveis que em 56/58 contava com 308 (p.101) docentes e em 82/83 passou para 1.498 (p.109), com um aumento de aproximadamente 486%, caracterizando, assim, um espaço importante, porquanto maior, na área de ensino para esta categoria.

Tal fato, porém, não veio acompanhado de uma exigência de titulação (licenciado) para exercer o magistério nestes cursos, pois, no primeiro momento (56/58), ainda não existia o curso de L.E. e, no segundo (82/83) e na atualidade, mesmo com a criação da L.E., configura-se uma situação em que enfermeiros não licenciados assumem aulas nos cursos profissionalizantes, obtendo "permissão temporária" das delegacias de ensino, o que, em muitos casos, torna-se "indefinidamente".

Isto caracterizou uma situação que, de fato, justifica a criação do curso de L.E. a fim de formar profissionais capacitados para atuarem nos cursos profissionalizantes, de acordo com as exigências legais para a formação de professores. Mas, na prática, contraditoriamente surgem mecanismos que possibilitam a profissionais não licenciados também ocuparem este espaço, o que seria compreensível para os locais que não contam com o profissional habilitado, porém não onde eles existem.

Ao longo da história, e mesmo na atualidade, é possível perceber que a formação das categorias de Enfermagem mantém uma estreita relação com o modelo de assistência hospitalar, recebendo dele influências predominantes nos currículos,

onde a maioria das disciplinas se voltam para o desenvolvimento de técnicas e ações na área hospitalar.

No entanto, ao mesmo tempo em que os cursos absorviam e passavam uma visão que reproduzia as relações sociais do sistema vigente, traziam também, com eles, conflitos que se opunham ao efeito reprodutor possibilitando a superação de alguns de seus aspectos.

Eles se constituíam em espaços de reprodução e, ao mesmo tempo, contribuíam para a transformação da prática de Enfermagem e saúde, na medida em que seus agentes discutiam e analisavam sua prática contextualizada historicamente e de como ela era destinada aos indivíduos.

Estes profissionais poderão cumprir com esta função na medida em que definirem e assumirem seu papel político e social.

**NOSSO COTIDIANO EM PAUTA: BUSCANDO AS RAÍZES E A  
IMPORTÂNCIA DA NOSSA PRÁTICA PEDAGÓGICA**

## CAPÍTULO III

### OS CURSOS DE LICENCIATURA E A LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

#### 3.1 - Introdução

Assinaladas as mudanças e incongruências das políticas educacionais e de saúde, presentes no período analisado, cabe agora examinar a questão do desenvolvimento dos cursos de Licenciatura e a criação da Licenciatura em Enfermagem.

Os cursos de Licenciatura têm sido analisados por vários estudiosos (SUCUPIRA, 1969; CASTRO, 1974; BERNARDO, 1986; BALZAN, 1987; BRITO, s.d.; FINI, 1987, etc.). Ao longo dos anos, diferentes aspectos foram abordados, tendo muitos deles se modificado em função das novas exigências e perspectivas na formação de professores para 1º e 2º Graus.

Os Encontros de Prática de Ensino e Didática (ENDIPE) têm proporcionado um espaço para os educadores apresentarem suas experiências nas áreas e avançar nas discussões.

Neste capítulo, mostrar-se-á a evolução dos cursos de formação de professores e serão analisados a criação da Licenciatura em Enfermagem (L.E.), seu currículo e a legislação pertinente. Para dar apoio e aprofundar esta análise julgamos oportuno utilizar os dados dos capítulos precedentes na medida em que eles nos forneçam um aval para a compreensão, a nosso ver procedente das vicissitudes, dos avanços e retrocessos da implantação dos cursos de Licenciaturas, de maneira geral, e especificamente dos de Enfermagem, bem como de partes de entrevistas realizadas

com professores universitários\* que se relacionaram, na organização ou docência, com os cursos de L.E.. Tais entrevistas (semi-estruturadas) constituíram-se de algumas questões abertas e de conversas realizadas no local de trabalho ou na residência dos professores.

O objetivo das entrevistas era identificar, nos depoimentos destes profissionais, quais causas eles apontam para a criação da L.E. (o porquê de ela ter surgido) e a relação que estabeleciam desta criação com os acontecimentos políticos, econômicos e sociais do período.

### **3.2 - A Evolução dos Cursos de Licenciatura no Brasil**

Os cursos de Licenciatura passaram por diferentes etapas no país; a primeira delas foi de 1930 a 1961.

Antes disto, os professores secundários eram licenciados sem qualquer formação prática de ensino ou então esta formação realizava-se de forma assistemática, incentivada mais pelos ideais pedagógicos do que por uma política educacional.

A origem da formação de professores secundários nas universidades públicas advém da Escola Normal, criada na época do Império (Lei nº 34 de 1846); posteriormente, ela passou a fazer parte da Universidade.

O ensino primário era relegado às circunstâncias, sendo considerado como um "bico" para muitos profissionais, com as vagas para o magistério sendo

---

\* Embora procurássemos entrevistar mais pessoas participantes do curso de L.E. e/ou relacionadas à área, no período em estudo, não tivemos acesso a algumas e não recebemos respostas de outras ao nosso pedido de entrevistas. Assim sendo, só conseguimos quatro (4) entrevistas que foram utilizadas como informações elucidativas com o cuidado de não generalizá-las.

preenchidas, em muitas situações, através de arranjos, de acordo com os interesses da época, sujeito, portanto, às politicagens.

As escolas Normais ministravam conteúdos que não chegavam a dar nem cultura geral, nem preparação profissional. As reformas pelos quais elas passaram valorizavam o caráter propedêutico, com acentuado cunho verbalista.

Com a Reforma Sampaio Dória, o currículo da escola Normal ampliou seu enfoque pedagógico; de uma disciplina que era abordada anteriormente (organização e Direção das Escolas) passou a contar com Anatomia e Fisiologia Humanas, Pedagogia, História da Educação, Sociologia e Psicologia, mas ainda não deu maior peso à profissionalização (BERNARDO, 1986:54, 56).

No ano de 1931, com a Reforma do Ensino Secundário, Francisco Campos, então ministro da Educação e Saúde Pública, foi proposta a criação da Faculdade de Educação, Ciências e Letras, com a finalidade entre outras, de formar professores para o ensino secundário. Entretanto, as novas instituições que assumiram essa função foram as Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras.

De acordo com o Decreto de 1931, o licenciado seria o professor dos cursos de ensino secundário nas Ciências, Letras e Educação.

A Faculdade de Educação, Ciências e Letras é que daria aos Institutos reunidos na Universidade o caráter universitário, permitindo que a vida acadêmica transcendesse o interesse puramente profissional, abrangendo, em todos os seus aspectos, os altos e autênticos valores da cultura, mas com a atribuição de também formar professores para a escola secundária, tratando-se, portanto, de uma instituição plurifuncional.

O licenciado nas seções da Faculdade de Ciências e Letras deveria primeiro obter os certificados que fossem exigidos na Seção de Educação para depois ter o direito de lecionar as respectivas disciplinas no ensino secundário.

Com Fernando de Azevedo, diretor geral da Instrução Pública do Estado de S. Paulo, começou a funcionar o Instituto Pedagógico que, em 1933, foi organizado em nível universitário sob o nome de Instituto de Educação (I.E.), tendo a finalidade de formar professores primários e secundários. O I.E. foi o primeiro a ter um curso específico para formar professores secundários, conforme a Legislação de 1931 no país.

Este Instituto apresentava uma condição que era ao mesmo tempo de nível superior e secundário, mas administrativamente foi nivelado às escolas primárias, secundárias e normais e não às escolas superiores, pois estas foram vinculadas à Secretaria da Educação e Saúde Pública enquanto as primeiras ficaram subordinadas ao Departamento de Educação médio e técnico em Educação.

Em 1934 foi criada a Universidade de São Paulo (USP) e em 1935, a Universidade do Distrito Federal, que contava também com um Instituto de Educação. Outras faculdades tiveram este procedimento.

O Instituto de Educação foi extinto em 1938, sendo criada a Seção de Educação junto à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (F.F.C.L.) elevando os professores "lentes do Instituto" a nível universitário. Existiam nesta medida, interesses políticos e sociais que se sobrepuseram às finalidades educacionais.

O desnível acadêmico dos professores e o "lugar menor" destinado à Educação produziram uma atitude preconceituosa nas Universidades em relação aos cursos de formação de professores, o que ainda está presente nos dias de hoje.

Estes acontecimentos foram um golpe para a formação do educador, vindo "abaixo" o esforço de vários anos para fazer-se Educação em todos os graus.

Nessa época, passou a funcionar na USP uma Seção de Pedagogia e uma seção especial de Didática. Esta última era desenvolvida em um ano e composta por seis disciplinas: Didática Geral, Didática Especial, Psicologia Educacional, Administração Escolar, Fundamentos Biológicos da Educação e Fundamentos Sociológicos da Educação.

Em 1939, com a organização da Faculdade Nacional de Filosofia, incluiu-se uma Seção de Pedagogia encarregada de formar professores para a escola.

Anteriormente, como já mencionamos, a Universidade de S. Paulo criou um Instituto de Educação, junto à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras em 1934, com o objetivo de oferecer uma formação pedagógica aos que, após os estudos básicos, iriam dedicar-se ao magistério e à supervisão ou administração de escolas ou sistemas escolares. Os primeiros professores secundários desta Faculdade formaram-se em 1936. A formação destes professores era obtida no Instituto Caetano de Campos, que fez parte da USP, até 1938, quando foi criada a seção de Educação.

Na sua evolução, as F.F.C.L. assumiram um caráter que se afastava da preocupação com o magistério primário e secundário. Quando muito, voltaram-se para a formação de especialistas nas disciplinas literárias e científicas, limitando-se mais ao ensino superior do que ao ensino secundário ou escolas normais. Este fato contribuiu para a explicação do menor prestígio que geralmente os Departamentos de Educação tinham nas F.F.C.L.. Acrescenta-se a isto a reduzida formação pedagógica recebida pelo professor para obter o diploma de Licenciatura, que se voltava basicamente ao mínimo exigido legalmente.

O Decreto-Lei que organizou a Faculdade Nacional de Filosofia fez uma diferenciação no conceito de "licenciado". "Cada seção da Faculdade compreenderia um ou mais cursos ordinários", incluída uma seção especial encarregada de ministrar o "curso de Didática". Esse curso, composto por seis disciplinas\*, vinha substituir a anterior formação pedagógica que conferia direito ao exercício do magistério... Aos concluintes de várias seções eram conferidos diplomas de "bacharel" (em Filosofia, Matemática, Química, etc...). Ao bacharel que concluísse o "Curso de Didática" é que seria conferido o "diploma de licenciado no grupo de disciplinas que formarem o seu curso de bacharelado". Separam-se, pois, o diploma de bacharel e o de licenciado, embora o segundo abarque o primeiro". (CASTRO, 1974:633-634).

Ficou expressa no Decreto-Lei de 1939, a exigência do diploma de licenciado para o exercício do magistério nas escolas normais e secundárias.

Desse modo, a parte pedagógica dos cursos de Licenciatura teve sua primeira especificação na letra da Lei, através de Decreto nº 1.190 de 1939, com a criação do curso de Didática (FRACALANZA, 1982).

Até 1939, as Faculdades de Filosofia e Educação existentes formavam licenciados para atuar apenas no curso secundário, não havendo uma preocupação explícita da legislação em relação à formação de professores em cursos superiores para os ramos de ensino normal, industrial, comercial e agrícola.

---

\* Art 20 do Decreto-Lei nº1.190/39: "O curso de Didática será de um ano e constituir-se-á das seguintes disciplinas: 1. Didática Geral; 2. Didática Especial; 3. Psicologia Educacional; 4. Administração Escolar; 5. Fundamentos Biológicos da Educação; 6. Fundamentos Sociológicos da Educação" (CASTRO, 1974:633)

O Decreto-Lei nº 1.190/39 (in CASTRO, 1974: 633-634) estendeu a formação superior de professores ao ramo do ensino normal, equiparando, assim, o nível de formação dos professores para esses dois ramos de ensino.

Na legislação de 1941, foi determinado que o curso de Didática não poderia ser realizado junto com outros cursos de bacharelado, como era realizado antes. Ele passou, então, a ser um curso independente. Isto alongou a duração da Licenciatura para quatro anos letivos. Estas medidas trouxeram uma diminuição da disciplinas e da carga horária das matérias pedagógicas.

Em 1946, a legislação amplia o regime didático da Faculdade de Filosofia, oferecendo uma alternativa às instituições: a de que os alunos, após cumprirem os três anos nas várias seções, poderiam obter o bacharelado, prosseguindo em duas ou três cadeiras daqueles cursos. No caso da Licenciatura, a norma seria a seguinte: *"Para obter o diploma de licenciado, os alunos do quarto ano receberão formação didática, teórica e prática, no ginásio de aplicação e serão obrigados a um curso de psicologia aplicada à educação"* (art. 4º in CASTRO, 1974: 635).

Nesse mesmo ano (1946), a F.F.C.L. foi obrigada a manter o ginásio de aplicação para a realização da prática de ensino dos alunos.

Esse treinamento profissional, oferecido anteriormente no curso de Didática e, a partir de então, nas matérias pedagógicas, constava normalmente de uma série de cursos teóricos, livrescos, sobre as especializações pedagógicas acompanhados de uma prática de ensino nos ginásios/colégios de Aplicação.

O esquema usado para a formação de professores até este período reforçava a concepção elitista de um ensino superior voltado para a formação de

profissionais liberais. A prioridade era dada ao bacharelado enquanto a Licenciatura era considerada um acréscimo. Não havia integração entre a formação científica e a formação pedagógica, assumindo esta última um caráter academicista, não tendo o futuro professor a oportunidade de se colocar frente às reais necessidades da estrutura educacional onde iria atuar.

Até a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, a situação dos cursos de Licenciatura era a seguinte: 1) O conceito licenciado já era de uso restrito aos que tivessem uma formação pedagógica e que assim tinham direito ao exercício do magistério. 2) Os cursos de Licenciatura incluíam três anos de bacharelado e um de formação pedagógica. 3) Era destinada, por lei, uma formação prática em ginásio de aplicação. 4) Licenciados eram os professores da área de Filosofia, de Ciências, de Letras e de Educação, ficando sem acesso ao título os profissionais das áreas técnicas ou artísticas.

Este último item trouxe um importante dado para a formação de professores na área de Enfermagem, pois mostra que, até neste período, não se cogitava a Licenciatura para os professores de disciplinas específicas dos cursos técnicos, o que significava que, também para os professores dos cursos de auxiliar de Enfermagem, existentes neste período, não era exigida a Licenciatura.

Tal fato, porém, não significava a inexistência de uma preocupação com o preparo do docente de Enfermagem. Existe ao contrário, evidência disto nos documentos da ABEn, nos trabalhos apresentados nos Congressos de Enfermagem, na produção científica da área, durante este período\* bem como na existência dos cursos de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem em algumas escolas de Enfermagem do país.

---

\* Consultar CARVALHO (coord.), 1968; BARBATO, 1968; ARRUDA, 1969

De 1961 até 1968 deu-se a segunda etapa da Licenciatura no Brasil.

A L.D.B. 4,024 de 1961 trouxe modificações no ensino. No seu artigo 59 especificou que *"a formação de professores para o ensino médio será feita nas faculdades de Filosofia, Ciências e Letras, e a de professores de disciplinas específicas de ensino médio técnico em cursos especiais de educação técnica"*.

Todavia, os artigos 117 e 118 desta Lei admitiam os exames de suficiência no ensino secundário e técnico para os profissionais graduados em cursos superiores, sem ser o de Filosofia. Foi permitido, assim, que profissionais de nível superior lecionassem nos cursos técnicos, enquanto não houvesse número suficiente de profissionais com formação em educação técnica.

O Conselho Federal de Educação (criado pela L.D.B. de 61) aprovou o Parecer 292 de 1962 que fixou os currículos mínimos e estabeleceu as disciplinas pedagógicas, destinando a elas 1/8 da carga horária dos currículos das áreas específicas. Com isso, a Licenciatura e o Bacharelado passaram a ter graus que poderiam ser obtidos concomitantemente, a partir de disciplinas comuns.

A Resolução que acompanhou o Parecer estabeleceu que os currículos mínimos dos cursos para o exercício do magistério em escola de nível médio englobariam matérias de conteúdo fixadas em cada caso e as matérias pedagógicas (Psicologia da Educação: Adolescência, Aprendizagem; Didática; Elementos de Administração Escolar), passando a ser obrigatória a Prática de Ensino das matérias objetos de habilitação profissional, sob a forma de estágio supervisionado (art. 1º), entendendo que sua realização deveria ser feita nas próprias escolas da comunidade, desobrigando, pois, a existência dos colégios de aplicação.

Com a lei nº 5.540/68, o Parecer nº 672/69 aprovado pelo C.F.E. fez uma alteração na mudança do título da disciplina "Administração Escolar", passando a denominar-se "Estrutura e Funcionamento do Ensino de Segundo Grau".

A partir do Parecer 292/62, o termo Licenciatura é utilizado para referir-se à totalidade do curso que prepara o professorado para o ensino médio, reunindo, portanto, as "matérias de conteúdo" e as "matérias pedagógicas".

As disposições legais não conseguiram, porém, superar a dicotomia entre formação pedagógica e as disciplinas de conteúdo específico.

Existem dificuldades, ainda hoje, de articulação e integração no currículo das Licenciaturas e em relação às disciplinas de conteúdo pedagógico de responsabilidade da Faculdade de Educação, o que compromete a formação de professores.

Entre 1965 e 1966 surgiram as Licenciaturas para exercício exclusivo em escolas de primeiro ciclo e para a formação de professores de Ciências, Letras e Estudos Sociais, que poderiam ser integralizadas em dois anos e meio ou sete semestres letivos. Esses cursos atendem à necessidade de formar professores polivalentes para o curso ginásial.

Desta forma, as Licenciaturas subdividiram-se em longas e curtas, conforme se destinavam a formar professores para o primeiro ciclo ou para o primeiro e o segundo ciclos da escola média.

O artigo 117 da L.D.B. permitia os "exames de suficiência" para o exercício do magistério, realizados nas faculdades de Filosofia, enquanto não houvesse professores licenciados o suficiente, dando aos mesmos o direito de registro de professor, mas não o de licenciado.

O Parecer 12/67 do CFE incluiu matérias pedagógicas no currículo para a formação de professores para o ensino médio técnico que, até então, era feita em cursos especiais de educação técnica, passando, portanto, os professores de áreas técnicas a receber o título de licenciado (CASTRO, 1974).

De 1968 em diante começou a terceira etapa da Licenciatura no Brasil.

Com a Lei 5.540 de 1968, ampliaram-se as atribuições do Conselho Federal de Educação que fixou os mínimos de conteúdo e a duração dos cursos superiores.

A Reforma Universitária de 1968 desmembrou a F.F.C.L. e em 1969 foi criada a Faculdade de Educação que passou a se ocupar dos cursos de Licenciatura.

A formação de professores de ensino técnico teve, como exigência desta Lei, em seu artigo 30, que ela fosse realizada em nível superior.

A Licenciatura não foi definida em número de anos, mas sim em termos de carga horária mínima, podendo um aluno passar de uma Licenciatura curta a uma longa em campo afim, ou de uma Licenciatura qualquer à de Pedagogia. É possível também, a "complementação de estudos" para profissionais de nível superior, na mesma área ou áreas afins, na falta de professores licenciados (art. 78 Lei 5.692/71).

Neste período, profissionais formados ou graduando de cursos superiores que não tinham uma formação pedagógica começaram a requerer matrícula em cursos das Faculdades de Filosofia que ofereciam esta formação, para obterem a autorização de lecionar em cursos técnicos (ver Parecer nº 266/69).

Com as Leis 5.540/68 e 5.692/71, algumas áreas da Licenciatura foram reestruturadas. No setor do "Núcleo Comum" (Indicações CFE 23/73) foram especificadas as seguintes Licenciaturas (1º Grau e habilitações específicas): Cursos de Ciências, de Estudos Sociais, de Letras, de Educação Artística, de Educação Física; e, fora da área do "Núcleo Comum", surgiu a formulação de currículo especial para Licenciatura em Enfermagem como uma habilitação de cunho mais geral (conforme Parecer CFE 163/72).

Somam-se a estes cursos outros mais antigos como os de Ciências Sociais, Filosofia, Psicologia, Pedagogia, etc.

Percebe-se, assim, que, no decorrer do tempo, houve uma ampliação da área de Licenciatura que estende suas fronteiras à expansão das disciplinas "técnicas" ou artísticas no ensino de 1º e 2º Graus.

No artigo 30 da Lei 5.692/71 é especificado que:

*"Exigir-se-á como formação mínima para o exercício do magistério:*

- a. no ensino de 1º grau, da 1ª a 4ª séries, habilitação específica de 2º grau;*
- b. no ensino de 1º grau, da 1ª a 8ª séries, habilitação específica de grau superior, ao nível de graduação, representada por Licenciatura de 1º grau obtida em curso de curta duração;*
- c. em todo o ensino de 1º e 2º Graus, habilitação específica obtida em curso superior de graduação, correspondente à Licenciatura plena" (in CASTRO, 1974:643).*

A Licenciatura plena ou curta ficou como norma para a formação de professores para o 1º e 2º Graus.

Em resumo, nas duas décadas analisadas: 1) com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que reorganizou o ensino médio, foi criada equivalência entre todos os ramos desse ensino, incluindo, assim, a obrigatoriedade de que todos os professores fossem formados em Faculdade de Filosofia, com exceção dos professores de disciplinas específicas de ensino médio técnico, cuja formação deveria ser feita em cursos especiais de educação técnica (Art. nº 59, L.D.B. 4.024 de 1961); 2) a Lei 5.540 de 1968 determinou, em seu artigo 30, que a formação de professores de disciplinas gerais e/ou técnicas do ensino de 2º Grau, deve ser realizada em nível superior; 3) a Lei 5.692 de 1971 estabeleceu para a formação de professores para o ensino de 1º e 2º Graus no artigo 30: exigir-se-á, como formação para o exercício do magistério no ensino de 1º e 2º Graus, habilitação específica obtida em curso superior de graduação, correspondente à Licenciatura plena (FINI, 1987:10).

Posteriormente, a Portaria nº 399 de junho de 1989 do Ministério da Educação é quem regulamenta os registros de professores e especialistas em educação, obtidos em cursos de Licenciatura e outras habilitações (Diário Oficial da União de 29/06/89).

Nela vêm especificadas as áreas que poderão obter o registro, considerando as Licenciaturas de curta e longa (plena) duração.

No artigo 1º, item XI são citadas a Licenciatura em Enfermagem e as respectivas disciplinas nas quais há direito de registro.

O artigo 2º define a obrigatoriedade da prática de ensino nas disciplinas com direito a registro, sob a forma de estágio supervisionado.

De maneira geral, verifica-se que as mudanças na legislação educacional não alteraram substancialmente a conotação que assumiu ao longo da história a formação de professores. É importante lembrar que os cursos de Licenciatura que, pela legislação Federal, competem à Faculdade de Educação, inserem-se na problemática geral do ensino de graduação e que, portanto, os problemas e alterações na legislação do ensino superior alteram a formação do licenciado.

Na atualidade, os cursos de Licenciatura vêm sofrendo uma série de problemas que foram se deflagrando ao longo de sua evolução. Estes problemas estão associados às disfunções da estrutura universitária, à desmotivação pedagógica da Universidade como um todo que continua relegando a formação pedagógica a um segundo plano, à dissociação entre a formação pedagógica e a formação nos conteúdos específicos dos cursos, à falta de integração e distanciamento entre as unidades de disciplinas de conteúdo pedagógico das de conteúdo específico, à desvalorização do magistério como perspectiva profissional futura, etc. (BRITO, s.d.: 6,7,8).

Diante destas questões, uma série de textos e experiências de diferentes grupos de Licenciatura do país aponta propostas no sentido de avançar e superar os problemas vivenciados na formação de professores.

É importante, nesta discussão, ressaltar o caráter peculiar e as necessidades específicas dos cursos de Licenciatura, não sendo possível discuti-las em um único bloco sem considerar suas peculiaridades. Ao mesmo tempo, há que se considerar existirem pontos comuns a qualquer curso de Licenciatura,

possibilitando, assim, o estabelecimento de princípios básicos como, por exemplo, a manutenção de um estreito vínculo com as escolas de 1º e 2º Graus, através dos estágios curriculares, de um projeto de formação continuada; a superação da dicotomia Bacharelado-Licenciatura, tendo como indissociável a pesquisa e o ensino; a formação do licenciado ao longo do curso e não simplesmente um acréscimo ao bacharelado; o trabalho interdisciplinar entre as unidades envolvidas na formação daqueles profissionais e o acompanhamento e a avaliação constante dos cursos de Licenciatura, envolvendo a participação de professores e alunos das diferentes unidades como uma forma concreta de exercício da autonomia didática e administrativa.

Estas propostas pressupõem não apenas mudança estrutural mas, fundamentalmente, mudança de atitude com relação à formação de professores, o que implicará numa tarefa difícil e delicada, mas, sem dúvida, de grande importância para este país, cuja Educação está deixando muito a desejar, tanto quantitativa como qualitativamente, o que se torna um desafio a ser enfrentado.

Os desencontros que os cursos de Licenciatura vêm enfrentando no momento, refletem a própria problemática que envolve a formação de um profissional em crise, o professor, e não é possível se pensar em alternativas, em caminhos para os problemas sem ultrapassar o âmbito educacional: os aspectos políticos, econômicos e sociais, antecedem, permeiam e, ao mesmo tempo, refletem o aspecto educacional.

O momento está a exigir dos educadores muito mais que meros arranjos limitados, ora ao problema da quantidade, ora da qualidade. Problemas inteiramente novos estão sendo colocados aos quais não se tem respostas prontas, definitivas.

As discussões e os debates dos educadores envolvidos na formação de professores trazem questões relevantes que tentam clarear e avançar nos dilemas do curso de Licenciatura, na situação presente.

Estes questionamentos recaem sobre as bases, os fundamentos da formação de professores, adoção de novos parâmetros como referência, no processo de redefinição dos cursos de Licenciatura, da avaliação dos modelos existentes e na sua superação.

### **3.3 - A Criação da Licenciatura em Enfermagem**

Compreender e refletir sobre a criação do curso de L.E. possibilita ver a formação e ação pedagógica do profissional como algo a ser recuperado com seu devido significado, pois é de grande valor esse compromisso junto à qualificação e formação de profissionais de nível médio que atuarão em distintas instituições de saúde e da ação educativa que exercem junto aos grupos, famílias, indivíduos, equipe de saúde e de Enfermagem.

Justifica-se, portanto, a necessidade do enfermeiro ter em sua formação conhecimentos pedagógicos que o habilitem a atuar como agente de mudanças numa equipe de saúde ou em situações formais de ensino, pois necessita estar preparado para planejar, executar e avaliar situações de ensino-aprendizagem.

Diante da questão - Licenciatura em Enfermagem para quê? - espera-se que a Licenciatura se justifique, que sejam mostradas a sua necessidade e a sua importância face aos anseios gerais da sociedade, que sejam evidenciados os motivos que justificariam investir neste curso e nas suas finalidades.

As respostas a estas questões não nos parecem fáceis, pois a evolução histórica tem mostrado que inúmeros determinantes podem estar em jogo no suceder de um determinado acontecimento.

Os cursos de Licenciatura acontecem dentro de um sistema educacional que, por sua vez, está relacionado com tipo de sociedade, e é a ela, em última instância, que se dirigem os serviços destes profissionais.

Historicamente, os cursos de formação de professores sofreram mudanças, conforme já se demonstrou; também a Enfermagem recebeu influências destas mudanças, já delineadas nos capítulos anteriores. E a Licenciatura, sendo um curso que engloba as disciplinas específicas e as pedagógicas, sem dúvida, passou pelas vicissitudes inerentes a esse processo.

Assim como em outras áreas da Educação, na Enfermagem não se exigiu de seus docentes, por muitos anos, formação e licença para o ensino.

Os primeiros cursos de Enfermagem que funcionaram no país tiveram como docentes enfermeiras norte-americanas, não constando, na literatura específica, se elas possuíam alguma formação pedagógica, como já foi mencionado.

As enfermeiras brasileiras que assumiram esta função, a seguir, possuíam formação na área específica. Entretanto muitas delas eram originariamente normalistas, portanto detinham alguns conhecimentos na área pedagógica.

Com a criação do curso auxiliar de Enfermagem, em 1941, deu-se o início da docência do enfermeiro em cursos profissionalizantes de nível médio.

A lei nº 775 e o Decreto nº 27.426 de 1949 regulamentaram o ensino de Enfermagem. Este Decreto fazia referência a que "o ensino de enfermagem

auxiliar somente poderá ser ministrado por enfermeiros" - (art.29) e no curso de Enfermagem o ensino poderia ser realizado por "...professores contratados, inspetores, enfermeiros chefes dos hospitais, por professores especializados" (art. 20) e ainda "no ensino das cadeiras não privativas por professores e assistentes daqueles cursos ou por médicos especializados mediante acordo" (art. 21). Portanto, o regulamento desta Lei de Ensino não estabeleceu pré-requisitos de qualificação para o magistério no ensino de auxiliar de Enfermagem, como exigência legal, a não ser a posse do diploma de enfermeiro.

Em 1949, a Enfermagem contava com a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), posteriormente (1954) denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tendo, entre outras Comissões Permanentes, as de Educação e Legislação, que tiveram uma participação importante no desenvolvimento da área, particularmente nas questões relacionadas à legislação de ensino, sobretudo as promulgadas a partir deste período.

A Lei no. 2604/55 regulamentou o exercício da enfermagem profissional. No seu artigo 3o. especificou que:

*"São atribuições dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem:*

- a) *participação no ensino em escolas de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Estas atribuições dos enfermeiros permaneceram em vigor até 1986, quando foi promulgada a nova Lei do Exercício Profissional (Lei no. 7498/86) que não chegou a revogar o conteúdo do artigo 3o. da Lei anterior, o que equivale a dizer que o mesmo continua em vigor".*

O Decreto no. 50.387/61 regulamentou a Lei 2604/55, trazendo, em relação ao magistério, o fato de que *"são atribuições dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem em todos os ramos o estabelecido no artigo 2o. deste regulamento:*

*b) participação no ensino em escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e treinamento de pessoal em serviço".*

Salientou-se, também, neste Decreto, além das funções de ensino no sistema educacional do país, as atividades educativas extra-escola junto ao pessoal de Enfermagem, indivíduos, famílias, grupos sociais, na educação sanitária, com o objetivo de prevenir e recuperar as doenças, os acidentes (**art. 2o. Decreto 50387/61**).

No ano de 1959, foi realizado o XII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Nele foram encaminhadas recomendações às entidades mantenedoras das Escolas de Enfermagem com o seguinte teor *"... dêem às escolas recursos suficientes para que haja no corpo docente número adequado de enfermeiros"*. (**ABEn, s.d. in SECAF, 1987:77**).

Observa-se, por conseguinte, nesta recomendação, uma preocupação ainda quantitativa, numérica de professores na área.

Nesta época, o preparo para a função docente já era uma necessidade sentida pelas enfermeiras docentes. Isto é expresso no "Relatório do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem: 1956/1958", onde foi recomendado às Escolas de Enfermagem e/ou Auxiliares de Enfermagem: *"... que proporcionem às professoras enfermeiras oportunidade de freqüentarem curso de pós-graduação na especialidade que lecionam, bem como na organização de cursos de pós-graduação*

em pedagogia e administração, visando o preparo de diretores e professores dos cursos de Enfermagem e de auxiliar de enfermagem ...". (ABEn, 1980:49).

Estes cursos, porém, desapareceram na década de 60, surgindo então o curso de Licenciatura.

O parecer nº 271/62 do C.F.E. estabeleceu que, depois de alguns anos de exercício profissional, os graduados em Enfermagem poderiam voltar às Escolas para cursos de Pós-graduação, Administração e em Magistério, para as funções de chefia de serviços e de ensino. (in SECAF, 1987:80). Contudo, o Parecer não determinou quais os cursos em magistério e a quem estariam destinados.

A necessidade de enfermeiros docentes para os cursos de nível médio (A.E.) pode ser verificada através do dado de que, em 1958, já existiam quarenta e uma (41) escolas de auxiliar de Enfermagem no país, o que demandaria um número de enfermeiros-professores para estas escolas.

A situação da época mostra, no entanto, que até mesmo a exigência de que as disciplinas específicas no ensino médio deveriam ser lecionadas por enfermeiros, não estava sendo cumprida.

Até a década de 60, estes foram os principais dispositivos legais que regulamentavam a formação de professores, inclusive na área de Enfermagem.

Assim, até 1969, o diploma de enfermeiro era suficiente para o exercício do magistério na área, o que não era uma situação singular para estes profissionais, pois isto acontecia em outras áreas.

O Relatório da Comissão de Documentação e Estudos de 1968\* da ABEn salientou que a criação dos cursos de pós-graduação em Enfermagem tem influído de forma positiva no aprimoramento de professores nas escolas de Enfermagem. De um total de 500 docentes em exercício, no ano de 1967, 379 (76%) possuíam títulos que os habilitaram ao magistério no ensino superior. Mas somente 149 (29,8%) destes profissionais possuíam uma formação específica na área de Educação de Enfermagem (inclusive Administração de Ensino).

**GERMANO, R. (1985: 29)**, fazendo referência ao histórico da Associação Brasileira de Enfermagem, comenta que *"ao lado de uma luta em defesa dos interesses profissionais, a ABEn desenvolveu também uma silenciosa, mas intensa campanha em busca de disseminar as intenções do Estado, na área da saúde ..."*. Em nota de rodapé, a autora faz referências a decretos e leis que foram resultados das lutas da ABEn e entre estes não há menção da participação desta entidade na criação da Licenciatura em Enfermagem.

O curso de Licenciatura em Enfermagem foi criado em 1968, através do Parecer do C.F.E. nº 837/68 que deu origem à Portaria MEC nº 13/69.

O ministro da Educação e Cultura, tendo em vista a indicação feita pelo C.F.E., resolve:

*"Art. 1º - O Diplomado em Curso Superior de Enfermagem, parte geral que recebeu em estudos regulares a formação pedagógica prescrita para os cursos de Licenciatura, fará jus ao título e ao competente diploma de Licenciatura em Enfermagem."*

---

\* CARVALHO (coord) - Revista Brasileira de Enfermagem: 609, 1968.

*Parágrafo único. A formação da Licenciatura, na hipótese desse artigo, será feita no mesmo ou em outro estabelecimento, desde que legalmente reconhecido para tanto, e poderá também desenvolver-se paralelamente ao curso de graduação mediante o acréscimo das horas aulas correspondentes.*

*Art. 2º - O licenciado em Enfermagem obterá registro definitivo para o ensino, na escola de 2º grau, das disciplinas e práticas educativas relacionadas com essa especialidade, inclusive Higiene". (DOCUMENTA, 1968: 144, 145).*

A disciplina "Higiene" não existe no 1º e 2º Graus, exceção feita a uma disciplina oferecida nos cursos de magistério (2º Grau) denominada "Higiene e Nutrição no Desenvolvimento do Pré-Escolar". Todavia, são pouquíssimas aulas, o que praticamente inviabiliza financeiramente ao licenciado em Enfermagem assumi-las. Existem outros profissionais trabalhando esta disciplina, como o biólogo, o nutricionista e o pedagogo.

No 1º Grau, os programas de saúde assumem a forma de atividades atreladas ao ensino de Ciências, podendo portanto, como de fato são desenvolvidos por Pedagogos ou licenciados em Ciências Físicas e Biológicas.

No 2º Grau, os programas de saúde assumem a forma de uma disciplina integrada ao ensino de Biologia sendo assumida por Biólogos. Entretanto, estes profissionais não têm contemplado, na sua formação, uma fundamentação (oferecida por disciplinas tais como saúde coletiva, saúde pública, saúde ambiental, saúde mental, etc) para lidar com as questões de saúde, o que poderia ser revisto.

Verifica-se, portanto, que o enfermeiro praticamente não ocupa o espaço de trabalho nas escolas de 1º e 2º Graus. Os que têm interesse pela área de ensino procuram os cursos profissionalizantes e superior de Enfermagem.

Em relação aos cursos profissionalizantes, com a Lei do Exercício Profissional de 1986, que estabeleceu um prazo de 10 anos para a qualificação dos atendentes, prazo que expira em 1996, há indícios\* de expansão dos cursos de auxiliar, assim como surgiram outras vias de qualificação como o projeto "Larga Escala", que previa a formação de auxiliares de Enfermagem, a curto prazo, via ensino supletivo profissionalizante, sendo seu funcionamento da responsabilidade das Secretarias Estaduais de Educação e Saúde; as classes descentralizadas foram outra alternativa para a qualificação do atendente e ainda para continuidade dos exames de suplência.

Estes fatos permitem supor um incremento de empregos na área de ensino médio de Enfermagem na atualidade, mas não necessariamente para o licenciado em Enfermagem, pois em muitas situações, são enfermeiros sem titulação, com a permissão das delegacias de ensino, que assumem este mercado de trabalho.

Apenas em 1974 a Licenciatura em Enfermagem foi incluída nas Recomendações dos Congressos promovidos pela ABEn.

A primeira escola a oferecer o cursos de L.E. foi a da Universidade de Pernambuco, em 1969, na Faculdade de Educação, com a colaboração da Faculdade de Enfermagem, seguida da Escola de Enfermagem de Minas Gerais, em 1970. No ano de 1974, o curso de L.E. foi instalado na Universidade de São Paulo.

No XXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem (C.B.E.), realizado em 1974, sugeriu-se às escolas de Enfermagem que se esforçassem por conseguir recursos humanos e materiais para que fossem criados os cursos de Licenciatura.

---

\* Estamos nos baseando em observações da cidade de Campinas e em informações fornecidas por profissionais que atuam no ensino profissionalizante de Enfermagem no estado de São Paulo.

Esta recomendação também esteve presente no XXIX C.B.E. em 1977, através dos trabalhos de Costa e outros (1977) e de Yida e outros (1977). Foram encaminhadas, neste congresso (1977) recomendações ao Departamento de Ensino Médio e ao Departamento de Ensino Supletivo do MEC e às Secretarias e Conselhos Estaduais de Educação, que a coordenação dos cursos de auxiliar de Enfermagem (A.E.) e técnico de Enfermagem (T.E.) e o ensino das disciplinas específicas estivessem a cargo de enfermeiros(as) licenciados(as). Este procedimento deveria se dar também na realização dos exames de Suplência Profissionalizante para o A.E. e o T.E. (SECAF, 1987).

Esta última recomendação tem sido atendida pelas Secretarias de Educação do Estado, que convocam enfermeiros licenciados para colaborar no planejamento e execução dos exames supletivos profissionalizantes na área.

No entanto, nem sempre os dispositivos legais conseguem mudar uma determinada realidade historicamente presente na área específica, como também em outras. Por isso no XXXII C.B.E., no ano de 1980, recomendou-se novamente que as escolas de Enfermagem criassem cursos de Licenciatura com a finalidade de multiplicar recursos humanos de nível médio, ante as necessidades crescentes dessa área, e ainda que a seleção do corpo docente para os cursos de A.E. e T.E. seja realizada fundamentando-se na legislação vigente.

A existência das repetidas recomendações, por parte dos órgãos representativos da profissão, nos C.B.E., sobre a necessidade de haver enfermeiros licenciados para atuarem nos cursos de nível médio e nas comissões de ensino das Secretarias de Educação, mostra o não cumprimento da exigência desta titulação para o exercício das funções supra mencionadas.

Na atualidade, a Portaria 399 de julho de 1989, estabelece que *"os registros de professores e especialistas em Educação, processados no Ministério da Educação, serão situados nas disciplinas ou áreas e especialidades nos diferentes graus"*.

No item XI é ratificada a configuração da Licenciatura em Enfermagem.

Na década de 80, presencia-se uma preocupação mais pronunciada por parte da ABEn e das escolas de Enfermagem com os cursos de Licenciatura na área.

A comissão de Especialistas de Enfermagem (MEC/SESU) e a Comissão de Educação (ABEn-Nacional) realizaram várias discussões através de Seminários Regionais e Nacional sobre "Ensino Superior de Enfermagem" e "Perfil e Competência do Enfermeiro", contando com a participação de enfermeiros assistentes e representantes das entidades da categoria.

Em 1989, a ABEn publicou o documento "Sobre uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro", do qual consta a sugestão de que a L.E. se concretizasse incorporada como parte da formação do enfermeiro, justificada pela necessidade de todo profissional ser qualificado para magistério de 1º e 2º Graus.

Em 1991, esta mesma postura foi expressa no documento publicado pela ABEn "Proposta de currículo mínimo para o curso superior de Enfermagem: a formação do enfermeiro", ficando, assim, evidenciado que se caracterizou um espaço no currículo para a questão da formação de professores na área, o que ainda não significou em avanços nas dificuldades específicas que as L.E. vem enfrentando.

Das propostas aprovadas nestas discussões, foi elaborado um documento transformado em um ante-projeto pela Comissão de Especialistas de Enfermagem (MEC/SESU) e Comissão de Educação (ABEn-Nacional) que foi encaminhado ao C.F.E. para sua homologação; porém o currículo aprovado pelo C.F.E. em abril de 1994 não contemplou a proposta de que a L.E. fosse incorporada como parte da formação do enfermeiro.

### **3.4. O Currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem**

O currículo do curso de graduação e Licenciatura em Enfermagem é um dos aspectos específicos da formação dos profissionais na área que se somam a outros, como a inserção do profissional no mercado, a caracterização da força de trabalho, a relação entre organização do sistema de saúde e formação/ produção em Enfermagem, etc, tendo sido alguns destes delineados nos capítulos anteriores.

Entendemos que existe uma estreita relação entre estes fatores na formação do enfermeiro e do licenciado em Enfermagem e na sua inserção no processo de trabalho em saúde e no ensino, e, também, que estas funções devem responder às necessidades da saúde da população, em todos os níveis de assistência, precisando, para tanto, contar com profissionais qualificados para estas atividades.

É necessário, portanto, aprofundar as questões relacionadas ao desenvolvimento do currículo e do saber de Enfermagem expreso por ele, tendo o propósito de captar, neste movimento, fatos que possam também explicitar a criação da L.E., entendendo que o currículo expressa uma visão de mundo, de homem, de sociedade e, portanto, de educação e de saúde.

As matérias que compõem o currículo do curso de graduação em Enfermagem indicam as áreas de conhecimento, específico e geral, dando base à formação do profissional na área. E elas, de forma isolada ou no conjunto, também proporcionam uma visão do perfil do profissional que está sendo formado, qual sua concepção do mundo, do homem e da sociedade; neste sentido é significativo analisá-las nos aspectos que se apresentam como possíveis neste trabalho.

**MOREIRA (1990)**, analisando a atividade curricular no Brasil, seus rumos, seus caminhos e perplexidades, buscou e propôs um enfoque alternativo triangular para a concepção de currículo, a nosso ver numa perspectiva bastante ampliada, onde considera três pontos básicos:

a) O primeiro que corresponde às condições internacionais; este componente exigirá uma análise dos fatos relacionados à transferência do campo de currículo de um país para o outro.

b) O segundo ponto considerado são as condições societárias, envolvendo portanto os contextos sócio-cultural, econômico e político.

c) O terceiro é formado pelas condições processuais, sendo composto por instituições, agências educacionais e de pesquisa, reformas educacionais, congressos, cursos, programas, disciplinas, conteúdo das disciplinas, livros e programas brasileiros; em síntese, este último ponto considera os contextos ideativo e institucional da disciplina. No entanto, neste trabalho, estamos restringindo o conceito de currículo principalmente às disciplinas, aos "conteúdos", (o saber de

Enfermagem), por não dispormos de outras informações pertinentes que fazem parte da organização curricular\* .

Com estes pressupostos procuraremos realizar as análises a seguir.

### **3.4.1. Origem e Mudanças Curriculares**

A Enfermagem no Brasil e o seu ensino comportam o conhecimento teórico e prático que se dá dentro de uma estrutura social, sofrendo, portanto, as influências e contradições que se dão no nível geral da sociedade e exercendo também influência nesse nível.

As características deste ensino não diferem do ensino constitucional das sociedades capitalistas onde ocorrem a polarização do ensino e a prática.

Os sujeitos que atuam na área do ensino são aqueles que detêm o saber e a ciência. A prática, o trabalho manual são delegados, na sua maioria, ao trabalhador desqualificado. Também no caso da Enfermagem, ao atendente, categoria sem preparo formal, é delegado o cuidado ao paciente.

A educação em Enfermagem prepara, desta forma, indivíduos para o trabalho na área e o legitima, através do aparato ético-filosófico e do saber de Enfermagem (ALMEIDA, 1986).

Este saber constituído ao longo do tempo, entre outros fatores pelas técnicas, pelos princípios científicos e pelas teorias de Enfermagem, passou a fazer

---

\* A título de interesse, para maiores informações sobre a criação, o currículo, etc do curso de L.E. da Unicamp, consultar entre outros documentos: Unicamp - Separata Interna 26/79, Unicamp - Processo 1.099/80. (Estas informações foram fornecidas pelo professor Dr. Luiz Cietto)

parte de uma das áreas de conhecimentos básicos dos currículos de Enfermagem, o denominado "tronco profissional".

Na primeira escola de Enfermagem organizada com ensino sistematizado, no ano de 1923, no Rio de Janeiro, havia a influência norte-americana no seu currículo, através da vinda de enfermeiras americanas para estruturar o serviço de saúde e a organização da escola Ana Néri. Esta influência persistiu com a Fundação Rockefeller, financiando a especialização dos profissionais nos Estados Unidos ou Canadá, oferecendo bolsas de estudo, auxílio financeiro para criação de institutos, bibliotecas e laboratórios na área da saúde.

**GERMANO (1985), ALMEIDA (1986)**, entre outros, falam da transposição do modelo norte-americano para o currículo de Enfermagem na América Latina. Porém, mesmo concordando com a influência significativa destes países no ensino nacional, é importante assinalar a existência de co-relações ocorridas entre este modelo e o contexto sócio-econômico e político brasileiro.

A ênfase num ou noutro elemento poderia levar a interpretações incompletas ou simplificadas, como a consideração de que o modelo curricular de Enfermagem no Brasil foi cópia do americano, pois esta postura não leva em conta os contextos culturais, políticos, sociais e institucionais do país, bem como não avalia devidamente as resistências, adaptações, rejeições e substituições que ocorrem durante o processo (**MOREIRA, 1990**). Tal fato, em muitas situações, reduz o fenômeno a um instrumento de controle e dominação de países mais desenvolvidos sobre países menos desenvolvidos, desconsiderando as condições internas dos locais onde foram implantados.

Observa-se que, em muitas situações, o uso de modelos e/ou idéias estrangeiras, sem o devido estudo das situações específicas, traz interpretações equivocadas da nossa realidade, levando a uma utilização de questionável alcance.

O primeiro currículo da escola Ana Neri apresenta um rol de disciplinas, na sua maioria de caráter preventivo, dando a impressão de concordância com o objetivo da escola, que era formar enfermeiros para a área de saúde pública. Isto estaria também de acordo com o modelo econômico do período, conforme se expôs antes; porém, contraditoriamente, era exigido dos alunos o cumprimento de oito horas diárias no Hospital Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, mostrando o interesse do capital na área de saúde que requisitava esta mão-de-obra para "tocar serviço" e sem remunerá-la.

Os primeiros cursos instalados no país tinham caráter intensivo com duração de 28 e, posteriormente, 32 meses, alguns exigindo do candidato a conclusão do curso normal ou equivalente, enquanto em outros, como a Cruz Vermelha, Alfredo Pinto, as exigências restringiam-se a saber ler e escrever. Esta diferença de escolaridade para cursar as escolas de Enfermagem persistiu até 1961, sendo motivo de discussões e ingerência da ABEn junto ao C.F.E..

Dessa maneira, até o final da década de 30 o ensino de Enfermagem dirigia-se, prioritariamente, para a área de saúde pública. Entretanto com o avanço da industrialização e a conseqüente urbanização da força de trabalho no país, exigindo uma ampliação da assistência médica e da rede hospitalar, surgiram mudanças nos objetivos e metas no preparo de pessoal de Enfermagem.

Para atender ao ensino de Enfermagem em nível de graduação, impôs-se a criação de cursos para melhorar a formação do próprio corpo docente. Na Enfermagem, conforme registra o relatório de pesquisa do Proahsa (Programa de

Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde), os primeiros cursos de pós-graduação, lato sensu, foram constituídos na década de 40, a maioria em nível de especialização e/ou aperfeiçoamento, tendo deixado de funcionar em 1970, decorrente das mudanças no sistema educacional (Reforma Universitária de 1968).

As exigências para a qualificação de docentes passaram a ser os cursos de pós-graduação (mestrado, doutorado e livre-docência). (NAKAMAE, 1987:102).

Os cursos de Enfermagem no Brasil voltaram-se para formar um profissional que desempenhe principalmente atividades administrativas e de ensino, sendo o seu objeto de trabalho a supervisão da assistência de Enfermagem e não o cuidado direto ao indivíduo, que era delegado ao atendente.

Em 1949 ocorreu a primeira reformulação curricular do curso de Enfermagem (Decreto 27.426 de novembro de 1949), após a promulgação da Lei nº 775 de agosto de 1949 do Governo Federal que dispôs sobre o ensino de Enfermagem no país.

Este currículo também privilegiou as disciplinas de cunho preventivo, mas o mercado de trabalho já apontava tendências para o campo hospitalar.

Neste currículo foram definidos níveis de preparação de pessoal de Enfermagem, critérios para a administração de candidatos, etc. Entretanto, estabeleceu-se uma estrutura curricular rígida, não propiciando uma formação mais "liberal" do enfermeiro. A ênfase recaía mais no fazer do que no pensar, na repetição de técnicas, na centralização do estudo da doença e não no doente. Tudo isto minimizava a possibilidade de uma reflexão mais profunda sobre o significado da

natureza da prática de Enfermagem e da contribuição que o enfermeiro e auxiliar prestavam à população.

Presenciou-se, na década de 50, a uma preocupação significativa com a educação e formação profissional na área de Enfermagem. **GERMANO (1985:66,67)**, comentando isto, aponta que, na distribuição das matérias publicadas na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), importante veículo de divulgação científica, neste período, 33,1% relacionavam-se à educação e formação profissional, incluindo aí questões relacionadas ao ensino de Enfermagem, ao currículo, à ética e ao histórico das escolas.

Entre 1965 a 1969 o percentual de trabalhos publicados com assuntos educacionais alcançou 36,90% na REBEn, mostrando, deste modo, um interesse pronunciado dos profissionais nesta área.

Em 1962 ocorreu uma nova reformulação no ensino de Enfermagem através do parecer 271/62 do C.F.E.. E é na vigência deste currículo que foi criada a Licenciatura em Enfermagem (ver anexos 3).

Observa-se uma mudança significativa neste currículo. A preocupação primordial incide sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo, numa concordância com a política de saúde deste período, voltada principalmente para a área hospitalar e privatizante. Ao mesmo tempo, a disciplina de Saúde Pública não aparece como obrigatória na graduação, mas como uma possibilidade de especialização.

Com essa legislação, a categoria enfermeiro passou da escolaridade nível médio para superior, e suas funções, além da assistencial, incluíam, com destaque e de forma privativa, a direção de serviços e chefia de Unidades, o preparo,

a orientação e a supervisão das categorias auxiliares e o ensino nos distintos níveis da profissão.

Poder-se-ia supor que esta ênfase nas disciplinas voltadas para a área hospitalar no currículo do Curso de Enfermagem tinha relação com a criação da L.E., uma vez que esta formação pedagógica passa a ser uma exigência na legislação da formação de professores (Parecer nº 292/62). Ao mesmo tempo, será este profissional (o licenciado em Enfermagem) quem formará as outras categorias (o auxiliar e o técnico) de Enfermagem que serão requisitadas pelo mercado de trabalho, principalmente na área hospitalar, para executar tarefas mais complexas, onde há a necessidade de uma mão-de-obra melhor qualificada.

Esta conduta, no entanto, acabou não acontecendo, pois somente nos setores de atividades mais complexas é que os profissionais de nível médio foram contratados. A maioria dos outros serviços de Enfermagem continuou a ser executada por atendentes.

Na década de 70, o ensino de Enfermagem teve um novo Parecer nº 163/72 e a Resolução 4/72 do CFE. Este Parecer não aprimorou o currículo existente e também não contribuiu para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde, com uma medicina e Enfermagem cada vez mais curativas e com um sistema econômico favorável ao grande consumo de medicamentos. Com o desenvolvimento de equipamentos médicos cirúrgicos complexos o enfermeiro se viu diante da necessidade de dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde.

Havia, portanto, um descompasso entre a formação proposta pelo currículo, neste período, e o exercício profissional do enfermeiro. Na prática o elemento escolhido para a execução das tarefas de Enfermagem foram os atendentes, predominando, assim aquelas advindas das atividades médicas (via prescrição) e

somente as necessárias para possibilitar o atendimento médico especializado seriam realizadas pelos enfermeiros.

Ao mesmo tempo, a legislação pertinente à formação de professores abriu "brechas" para que, onde não houvesse licenciados, outros profissionais de áreas específicas pudessem, em caráter provisório, assumir as atividades de ensino, com as delegacias de ensino emitindo autorização para isso. Neste sentido, o que deveria ser provisório acaba sendo autorizado e renovável a cada ano.

A criação da L.E. ocorreu neste período no qual, sob o patrocínio do Estado, teve início e se acentuou um processo acelerado de privatização da saúde no país, tendo como locus principal de atendimento a instituição hospitalar que passou a incorporar um aparato tecnológico cada vez mais complexo e sofisticado, o que poderia ter implicado em requerer uma mão-de-obra qualificada para desenvolver as tarefas. Isto, porém, não aconteceu, como já se comentou.

O gerenciamento e a supervisão do trabalho na Enfermagem são assumidos pelo enfermeiro que controla os outros trabalhadores, destinando-lhes as tarefas manuais que, sendo descritas passo-a-passo, não exigem um maior preparo, afastando assim este profissional de uma reflexão e posição crítica de seu trabalho. Esta divisão técnica se acha sobredeterminada pela divisão social do trabalho levando esses agentes a ocuparem papéis e espaços distintos na sociedade.

Com isso, a maioria dos trabalhadores da área (os atendentes) executa tarefas sem compreender as razões dos procedimentos e uma pequena parcela (os enfermeiros) domina o saber, não havendo, portanto, um saber de Enfermagem elaborado e compartilhado pelas diferentes categorias e pelo paciente/indivíduo.

Mas esta configuração não pode ser vista de forma cristalizada, como se esta organização sempre tivesse sido assim e permanecerá assim para sempre, o que mostra ser tal organização na Enfermagem com diferentes categorias profissionais, grandemente influenciada pelos interesses do capital.

Cumpramos lembrar que com a Reforma Universitária em 1968, o currículo do curso de Enfermagem provocou novos debates, sendo organizado um Seminário na Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, para estudar e analisar a formação do enfermeiro e do corpo docente para o ensino das disciplinas.

Baseando-se nos resultados deste Seminário, a Comissão de Educação da ABEn, em resposta a um pedido feito pelo C.F.E. para reexaminar a questão do currículo, elaborou e encaminhou um anteprojeto, onde constava um ciclo básico, um tronco comum que levava às habilitações de Enfermagem Obstétrica, de Saúde Pública, Enfermagem Médico Cirúrgica e Licenciatura.

Coincidentemente, este Seminário foi realizado em novembro, um mês antes da criação da L.E.

Os cursos de Licenciatura, conforme já se expôs, foram e continuam sendo "espaços menores" nas Universidades, sendo relegados a segundo plano tanto pelo lugar que ocupam na estrutura curricular dos cursos superiores, como pelo tratamento administrativo-pedagógico que recebem dos responsáveis pela organização dos cursos.

Acresça-se a isto a questão dos conhecimentos curriculares onde a realidade na qual atuará o professor é mais complexa que aquela mostrada pelas disciplinas das "Licenciaturas" e que, muitas vezes, passam a percepção de que o "ato de lecionar" se esgota no processo ensino-aprendizagem para o qual o domínio

de algumas técnicas de dinamização em sala de aula é suficiente para o enfrentamento dos desafios colocados por uma sociedade em transformação. E a L.E. não é exceção neste processo, padecendo dos mesmos problemas.

A L.E. está inserida na problemática maior do curso de graduação. Com isso, os problemas e alterações que acontecem na legislação do ensino superior alteram também a formação do licenciado.

A duração, em horas da carga didática destinada às disciplinas pedagógicas, deve corresponder a 1/8 (um oitavo) das horas destinadas à formação específica. Por isso, notam-se diferenças nos cursos de L.E. no que se refere aos currículos plenos, cargas horárias globais, número de créditos, etc, acontecendo esta variação segundo a diversificação dos cursos de bacharelado.

A maneira pela qual a L.E. foi criada e alocada no curso de bacharelado, não propicia uma integração entre as duas e, tampouco, um trabalho interdisciplinar entre as unidades, sugerindo mais uma possibilidade de uma segunda opção na vida do aluno.

Há necessidade de integração e articulação entre as diferentes disciplinas do currículo das diferentes Licenciaturas. Isto significa que esta integração deveria ocorrer entre as várias disciplinas pedagógicas, entre as de conteúdo e entre as pedagógicas e de conteúdo.

A Licenciatura é uma ciência participante do todo da Ciência da Educação. A docência em Licenciatura exige profissionais que, junto ao domínio do saber científico atualizado de suas áreas específicas, possuam o conhecimento e a prática da Educação em suas múltiplas faces.

Em relação à L.E., esta foi instituída como uma modalidade opcional para os alunos do curso de Enfermagem e as disciplinas pedagógicas nela explicitadas são as mesmas destinadas, pelo Parecer 292/62, aos outros cursos de Licenciatura (ver anexo 7). Ela pode se desenvolver no mesmo ou em outro estabelecimento, desde que seja legalmente reconhecido para tal (pela legislação Federal compete à Faculdade de Educação) e, ainda, situar-se paralelamente ao curso de graduação, acrescentando as horas-aulas correspondentes.

Os cursos de Licenciatura que sucederam o antigo Curso de Didática, e entre eles a L.E. para formação de professores, não superaram a desvinculação entre as disciplinas de conteúdo específico das disciplinas pedagógicas.

Ao longo da história, enquanto os problemas de saúde da maioria da população do país centram-se no âmbito da saúde pública, o ensino e a formação dos profissionais da área da Enfermagem e da Saúde concentram suas cargas horárias em disciplinas especializadas voltadas para o campo curativo, descurando quase que acintosamente das questões também preventivas, que exigem formação pedagógica.

Sendo assim, é possível verificar que os programas e currículos adotados na área são desenvolvidos numa estreita relação com a política econômica e de saúde do país.

Observa-se neste currículo a continuidade da fragmentação da formação, uma vez que compartimentaliza cada uma destas partes, não apontando para uma inter-relação ou articulação entre elas e, ao mesmo tempo, privilegia o ensino voltado para a assistência hospitalar, consolidando o modelo médico.

A parte profissionalizante comum privilegia o enfoque tecnicista, funcionalista e da assistência ao indivíduo hospitalizado.

*"Nesse sentido, o currículo favorece a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambulatório". (ABEn, 1991:7).*

Outro equívoco diz respeito às habilitações (Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Saúde Pública) que deslocam da formação do enfermeiro conteúdos essenciais (como os de saúde coletiva, saúde da mulher); as habilitações não tiveram quase impacto no mercado de trabalho, não criando nenhuma diferença nos Planos de Cargos e Salários, nem nos critérios de absorção. A adoção das habilitações deu um caráter precoce de especialização, descaracterizando o profissional no mercado de trabalho. Tudo isto gerou problemas de ordem pedagógica, administrativa, conceitual e ética para o exercício da Enfermagem e para consolidar a qualificação do enfermeiro graduado.

O curso de L.E., contemplado pelas disciplinas específicas e pelas disciplinas pedagógicas, sofre assim as influências dos acontecimentos e mudanças políticas econômicas, sociais, ideológicas e legislativas nas duas áreas: Educação e Enfermagem, refletindo, no cotidiano da sua existência, os avanços, os recuos, os conflitos e as contradições do próprio desenvolvimento da sociedade, como fomos mostrando ao longo do trabalho.

### **3.4.2 - O Saber de Enfermagem**

A análise do "saber de Enfermagem" é procedente neste trabalho, uma vez que entendemos que ele é um componente que se expressa e se difunde, principalmente através dos professores e dos currículos dos cursos de Enfermagem, podendo portanto mostrar se existia uma preocupação com o saber pedagógico no preparo do enfermeiro.

Até as primeiras décadas do século XX, o saber de Enfermagem foi compreendido como a capacidade de executar tarefas e procedimentos, técnicas, centrando-se, por conseguinte, na maneira de executar as atividades com economia de tempo e movimentos e não no cuidado ao paciente. Estas tarefas eram descritas passo-a-passo, de maneira que o pessoal sem preparo pudesse realizá-las num pequeno tempo, com um número reduzido de trabalhadores cumprindo várias tarefas. Era dado um treinamento às estudantes para desenvolver a respeitabilidade, a obediência, a delicadeza, a submissão, a destreza manual, a lealdade, a religiosidade e a passividade, características, sem dúvida, úteis para a manutenção da hegemonia e poder que os médicos possuíam na área da saúde. A disciplina foi um importante fator para legitimar o poder internamente, legitimando-o através da hierarquia hospitalar.

Aos poucos, uma série de tarefas "médicas" foi delegada à Enfermagem, mas a forma de organização e divisão do trabalho e do saber garantiu a manutenção das relações de poder que se estabeleceram na área da saúde com a categoria "médicos" hegemônica no setor.

O saber de Enfermagem, que era representado pelas técnicas inicialmente básicas, vai sendo modificado pela produção de técnicas em áreas específicas, acompanhando a área médica, voltando-se para as especialidades, dando, assim, uma resposta importante à organização do trabalho no setor hospitalar.

Por conseguinte, as técnicas foram os primeiros instrumentos que a Enfermagem utilizou para se relacionar com seu objeto de trabalho, o cuidado de Enfermagem.

O currículo e o ensino na Enfermagem reproduziam este saber, sendo constituído de procedimentos técnicos sem ênfase nas explicações, na compreensão

dos "porquês", "para quê" e "para quem", sem buscar, portanto, uma fundamentação nos princípios científicos, sociais e filosóficos.

A rigidez na formação e na execução das técnicas garantiu o uso de uma força de trabalho, a princípio de estudantes na área, depois de pessoal elementar treinado no próprio serviço, o que contemplava a manutenção do projeto administrativo hospitalar, viabilizando o controle social destes agentes.

O trabalho de Enfermagem desse modo configurado permitiu que as enfermeiras assumissem cargos de direção e administração e, os auxiliares, a execução dos cuidados.

Até a década de 50, o saber de Enfermagem buscou em outras áreas, principalmente nas biológicas, os conhecimentos para organizar a sua prática e isto se refletiu nos currículos dos cursos de Enfermagem, com um número significativo de disciplinas de cunho biológico.

A partir deste período (década de 50), começou a surgir uma preocupação em organizar os princípios científicos para nortear a prática de Enfermagem. Entretanto esse saber foi buscar sua cientificidade na aproximação com o saber da medicina, e esta influência ainda é marcante nos currículos atuais da Enfermagem brasileira.

O saber de Enfermagem expresso pelos princípios científicos surgiu principalmente nas décadas de 50 e 60, mas foi visto, e com razão, pelas líderes de Enfermagem como dependente, sem natureza própria, específica, e sem ser autônomo.

No final dos anos 60 e década de 70, presenciou-se uma busca da autonomia e especificidade na área, surgindo um novo enfoque, o de construção de

um corpo de conhecimentos específicos da Enfermagem, chegando a ser essa a preocupação dominante até os dias atuais, buscando, num leque mais amplo de outras áreas, conhecimentos para fundamentar sua prática.

Mais uma vez são os enfermeiros norte-americanos que iniciam este processo, numa tentativa de desenvolver as teorias de Enfermagem. Essas preocupações estão expressas no saber da Enfermagem, nas publicações e pesquisas e são difundidos, principalmente, através dos currículos do ensino nos cursos de Enfermagem, na formação de profissionais.

Começou a ser elaborado e caracterizado no nível da assistência em Enfermagem, o trabalho em equipe, com a finalidade de dar um cunho científico ao trabalho e humanizá-lo, humanizando também o cuidado ao paciente. Estas idéias basearam-se nos princípios da Escola de Relações Humanas, reforçando e viabilizando o trabalho de gerência do enfermeiro através da "administração científica". O foco de atenção de Enfermagem que se centrava nas tarefas passou a se centrar nas necessidades do paciente.

Nesta forma de organização do trabalho, verifica-se uma fragmentação com a concepção separada da execução.

Na prática, porém, o trabalho em equipe na Enfermagem ficou ao nível do discurso.

Nas décadas de 70 e 80, muitas das pesquisas realizadas no país, na área da saúde, foram buscar as relações entre esta área e a estrutura social, numa perspectiva de ter respostas à crise no setor saúde no sistema capitalista vigente. Este caminho propunha uma reflexão crítica para identificar os determinantes históricos e

sociais do panorama da saúde e da assistência médica, bem como da configuração dos diferentes trabalhadores da saúde no país.

A Enfermagem participa deste movimento, principalmente a partir da década de 80, buscando uma compreensão mais abrangente da sua prática, da formação dos seus agentes, da sua inserção no mercado de trabalho e nas políticas de saúde buscando, em outras áreas de conhecimentos, a compreensão e a explicitação do exercício de suas funções e de como deveria estar formando os enfermeiros.

Existe uma relação entre as mudanças que ocorreram na educação, de maneira geral, e a educação-ensino de Enfermagem, conforme demonstramos nos capítulos anteriores. Todavia, é interessante observar que, do ponto de vista das concepções filosóficas que foram permeando a educação brasileira, tomando como referência a periodização adotada por SAVIANI (1983) nas concepções dominantes, elas existiram na Enfermagem, com algumas variações na ocorrência temporal: as “vagas” dos “ismos” (tecnicismo, psicologismo, sociologismo, criticismo, etc), não ocorreram de modo simultâneo nas diversas áreas de prestação de serviço à sociedade.

Como alguns estudos mostraram (ALMEIDA, 1986; GERMANO, 1985) o saber de Enfermagem vai se modificando, sofrendo influências predominantemente do saber da área médica.

Esta análise pode ser comprovada pelo estudo realizado por GERMANO (1985), que acompanha a ideologia e o ensino de Enfermagem no Brasil, ressaltando, num dos itens, as tendências fundamentais presentes na Revista Brasileira de Enfermagem, principal veículo de informação na área, e porta-voz

oficial da ABEn, enquanto veiculadora de uma ética e de uma prática profissional em termos de direção cultural moral e ideológica.

A autora mostra que, nos textos da REBEn, configura-se uma tendência oriunda do pensamento conservador que procura escamotear da sociedade civil, a luta de classes que se desenvolve na mesma, apresentando a sociedade como "uma espécie de grande indivíduo coletivo" (p.88). A sociedade aparece assim desvinculada da sua base econômica.

Do mesmo modo que na Medicina, também na produção da Enfermagem aparece o tom religioso, entendendo-a como um sacerdócio, o que implica em dedicação, abnegação, desinteresse material, mostrando um desconhecimento da determinação histórica desta prática, não levando em conta o profissionalismo que deve reger todo e qualquer serviço prestado à comunidade, tirando o caráter "filantrópico" que muitas vezes lhe é atribuído.

Nota-se, nesta forma de expressar o pensar e o fazer em Enfermagem, a presença da concepção humanista tradicional na sua vertente religiosa.

A tendência tecnicista (que toma como princípios a racionalidade, a eficiência e a produtividade) esteve presente desde o início da Enfermagem nos cursos superiores do país, com a preocupação enfática nas técnicas de Enfermagem, especificando-as passo-a-passo e depurando-as. Sobretudo a partir da década de 60, estas técnicas sofisticam-se e se tornam mais complexas para dar conta das tarefas nos centros médicos especializados.

A partir da década de 80, de forma mais pronunciada, presencia-se uma preocupação com o saber de Enfermagem e, de uma forma mais abrangente, com os profissionais apresentando posturas mais críticas, nos Congressos, nas

mudanças curriculares, etc, buscando, em outras ciências, a contribuição do seu objeto de trabalho e de sua prática, situando-o historicamente, o que, a nosso ver apresenta características da tendência crítico-social dos conteúdos.

É possível notar que as mudanças que se deram nos currículos de Enfermagem nas décadas de 20, 40, 60 e 70, tiveram influências de forma direta ou indireta, de elementos denominados: condições internacionais, societárias e processuais, que Moreira utiliza na explicitação do seu conceito de currículo.

Neste processo, as categorias de Enfermagem foram mais objetos do que agentes, tendo os rumos de sua profissão determinados, em muito, por estes elementos externos à área.

Talvez, muito disto, se deve na época, ao próprio distanciamento dos profissionais da área de uma reflexão e uma participação nos acontecimentos da sociedade. Constatamos isto nas quatro entrevistas realizadas, sendo que uma delas afirmou que nada sabia a respeito da política geral do período de 60, porquanto trabalhava em hospitais ligada ao treinamento de profissionais e ao centro cirúrgico. Também como afirmamos anteriormente, o pensamento mais crítico na profissão foi desencadeado principalmente a partir da organização dos cursos de pós-graduação (década de 70), geradores de teses preocupadas com visões mais profundas da realidade. Mesmo as políticas de saúde não eram conhecidas dos elementos da área, ficando os profissionais mais envolvidos com os inúmeros problemas técnicos do seu cotidiano.

Se os dois currículos (mínimos) presentes nas décadas de 20 até final de 50 privilegiaram uma formação voltada para a prevenção, para a saúde pública contemplando interesses existentes, os outros dois das décadas de 60 e 70 estiveram em sintonia com as modificações na economia, nas políticas de saúde e de educação, voltando-se para a área hospitalar na prestação de cuidados curativos.

Observando os currículos mínimos de 1923, 1949 e 1962, não se nota nas explicitações das disciplinas, alguma voltada para o preparo pedagógico do enfermeiro; entretanto, na vigência dos dois primeiros o enfermeiro era requisitado para desenvolver uma série de atividades educativas na área de saúde pública. Porém, nas décadas de 50 e 60 a categoria passou a contar com cursos de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, a nível de especialização, o que mostrou uma preocupação com o preparo pedagógico do enfermeiro para atuar junto a indivíduos, grupos, população e no setor de ensino nos cursos profissionalizantes.

Também os congressos de Enfermagem realizados nessa época expressaram preocupações com a formação dos professores e diretores das escolas de Enfermagem.

O currículo mínimo de Enfermagem de 1972 introduziu, entre outras disciplinas a de Didática Aplicada à Enfermagem e ao mesmo tempo a L.E. como uma de suas habilitações mostrando assim interesse na formação pedagógica do enfermeiro.

A Didática Aplicada à Enfermagem presente no bacharelado foi assumindo a discussão do papel do educador em saúde, que o enfermeiro exerce junto aos indivíduos, grupos, famílias, população, e no treinamento em serviço do pessoal de Enfermagem, enquanto a L.E. se responsabilizou pela especificidade da formação do professor/educador para os cursos profissionalizantes de Enfermagem e pela disciplina Programas de Saúde nas escolas de 1º e 2º Graus.

O desenvolvimento do saber de Enfermagem no Brasil, conforme foi mostrado, teve um atrelamento grande com o saber médico, biológico, apontando portanto para uma dependência científica e conseqüentemente prática.

Em alguns momentos este saber contribuiu para a manutenção das políticas de saúde implementadas, que geralmente não se voltavam para os

problemas da maioria da população brasileira. Exemplo disto se deu quando o saber de Enfermagem, também por uma influência grande do tecnicismo, preocupou-se em descrever as técnicas de Enfermagem passo-a-passo, possibilitando que elementos sem qualificação pudessem executá-las sem saber porque, para que, para quem; sem ter os pressupostos éticos, históricos e científicos destes procedimentos.

Assim sendo, tendo em vista o exposto até agora, o saber e o currículo de Enfermagem careceram de um pensar crítico sobre o exercício dessa profissão, o que impossibilitou a elaboração de um teor específico, profissional que, mesmo relacionado com outras áreas da saúde, poderia ou deveria estabelecer fronteiras práticas, dado o fato de que na construção do social, à Enfermagem cabe uma parcela de atuação que lhe é própria, insubstituível. Ela tem identidade própria.

**AS INTER-RELAÇÕES DO NOSSO OBJETO COM O CONTEXTO  
GERAL: CONSTATAÇÕES, PROPOSTAS E POSSIBILIDADES**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrendo os caminhos que foram se delineando neste trabalho, retomaremos alguns pontos, à guisa de considerações e reflexões, que nos parecem relevantes e que possibilitem explicitar, de forma direta ou indireta, a criação da Licenciatura em Enfermagem no Brasil.

Partimos do pressuposto de que este curso está situado num contexto histórico e que sua compreensão e apreensão vão se dando através de sucessivas aproximações, num processo dinâmico e contínuo de ampliação e superação de verdades parciais através de rupturas, descontinuidades e contradições que vão se dando nos planos econômicos, políticos, sociais e ideológicos.

Procuramos refletir o porquê da criação do curso de Licenciatura em Enfermagem buscando as relações que se estabelecem entre nosso objeto e as políticas sociais, em especial as da educação e da saúde, o mercado de trabalho na Enfermagem e a evolução dos cursos de Licenciatura no Brasil, explicitando e situando-o num contexto histórico.

Os embasamentos e as análises advindos deste percurso possibilitaram destacar alguns fatos que nos pareceram significativos, tanto por si, como inter-relacionados, dando uma dinâmica necessária para a aproximação e compreensão possíveis da nossa temática.

Assim, a investigação do contexto social e da sua influência sobre as mudanças educacionais no ensino de Enfermagem, no período analisado, mostrou que a criação do curso de Licenciatura em Enfermagem foi precedida por uma época que se caracterizou por uma crise econômica, um processo de recessão e inflação com redução de empregos, queda nos salários, diminuição da taxa de crescimento

do produto real (1961 a 1966), agravamento das condições de vida e de saúde da população, aumento das tensões sociais, início de movimentos reivindicatórios por parte da população para melhoria das condições de vida; num quadro com um regime político militar (pós 64) que se utilizou de um aparato repressivo e autoritário, fazendo intervenções, proibindo e reprimindo os movimentos populares.

Também o modelo econômico passou por mudanças: de substituição de importações para outro, com a economia sustentada pelo capital multinacional, grande capital nacional e capital estatal.

Essa década (60) se caracterizou por um ritmo acelerado de crescimento e desenvolvimento tecnológico no mundo, dando uma configuração diferenciada nas relações de trabalho, em favor de uma maior divisão técnica do mesmo.

Isto tem repercussões na área de saúde com a introdução de técnicas e equipamentos mais sofisticados para prestar assistência médica, sendo o hospital o "locus" destes cuidados, principalmente os do setor privado, financiados pelo Estado. Polarizou-se assim ainda mais a divisão técnica e social do trabalho em Enfermagem, onde os enfermeiros que atuavam na área assumiam um papel de gerenciamento, administrativo e de treinamento e supervisão do pessoal auxiliar, portanto tendo o domínio do saber da área; aos atendentes, sem uma qualificação específica, eram atribuídos os cuidados diretos aos pacientes (o fazer), evidenciando também nessa área uma divisão técnica e social do trabalho.

Observa-se assim que existia uma relação entre a tendência econômica presente no país e a forma de organização do trabalho para prestar assistência no período, com o Estado oferecendo estímulos à privatização da área da saúde, principalmente via instituições hospitalares, polarizando ainda mais a assistência curativa em detrimento das ações preventivas.

A preocupação com os problemas sociais se dava mais no sentido de aliviar as tensões e em disfarçar as desigualdades e injustiças que o modelo econômico ia evidenciando, merecendo atenção as questões vistas como necessárias para o desenvolvimento do capitalismo, sendo essas questões componentes para o suporte do processo de acumulação no país.

Assim sendo, os investimentos dos governos no setor social voltaram-se para adoção de medidas pontuais, localizadas, de acordo com os problemas que iam surgindo, administrando assim os conflitos que eram gerados pelos processos de acumulação capitalista.

No pós 64 foi se caracterizando um quadro de esvaziamento das ações de saúde pública, com uma queda nos gastos federais em relação a esse setor. A grave crise na situação econômica e financeira do sistema previdenciário resultou em 1967 na criação do INPS; a medicina previdenciária patrocinada pelo governo, tem neste período, um crescimento significativo.

Em termos educacionais, as principais iniciativas que se deram nesta década (60), como a L.D.B. de 1961, a Reforma Universitária de 1968, não promoveram modificações significativas; os problemas educacionais existentes continuaram, e de maneira geral estas medidas só atenuaram a seletividade, o analfabetismo, prosseguindo o controle ideológico e político sobre o ensino.

A reforma universitária se deu principalmente para diminuir as tensões sociais do período e as reivindicações por aberturas de vagas no ensino superior.

A expansão de escolas neste período foi uma das saídas buscadas pelo governo para amenizar os problemas, entretanto foi principalmente à custa do setor privado de ensino que se deu este crescimento.

No ensino de Enfermagem ocorreram mudanças neste período, tais como o Decreto 50.387/61 que regulamentou a Lei 2604/55 do exercício de Enfermagem, o Parecer 271/62 que dispõe sobre o currículo mínimo do curso de Enfermagem, o Parecer 171/66 que criou o curso técnico de Enfermagem e a Portaria 13/69 que criou a L.E.

Com o Parecer 271/62, que regulamentou o currículo mínimo do Curso de Enfermagem, foi incluída, como mostramos, a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem e excluídas as de Enfermagem em Saúde Pública, Ciências Sociais e Psicologia.

Nesta concepção curricular percebe-se que ainda não existia uma preocupação explícita com a formação de enfermeiros habilitados para o exercício do magistério que iria qualificar profissionais de nível médio (auxiliar), existente neste período.

Na verdade, este currículo refletia uma concepção de assistência à saúde curativa e individual, centrando suas disciplinas e atividades na área hospitalar, com um mercado de trabalho que continuava a requisitar uma mão-de-obra pouco qualificada.

Em relação à formação de professores até 1961, o termo “Licenciatura” era restrito aos que tivessem formação pedagógica.

O curso de Licenciatura era composto de três (03) anos de bacharelado e um (01) de formação pedagógica, havendo uma formação prática em ginásio de aplicação.

Obtinham este título (licenciado) os professores das áreas de Filosofia, de Ciências, de Letras e de Educação, não tendo acesso ao título os profissionais das áreas técnicas ou artísticas.

De 1961 a 1968, os cursos de Licenciatura passaram por algumas mudanças; o Parecer 292/62 fixou o currículo mínimo e estabeleceu as disciplinas pedagógicas destinando a elas um oitavo (1/8) da carga horária dos currículos das áreas específicas.

A prática de Ensino passou a ser obrigatória, sendo realizada através de estágios supervisionados nas escolas da comunidade.

O termo "Licenciatura" passou a designar a totalidade do curso, isto é, as matérias pedagógicas mais as matérias de conteúdo.

Outras Licenciaturas foram criadas, neste período, como as de Estudos Sociais, Educação Artística, e em 68 a de Enfermagem.

Com o Parecer 12/67 foram incluídas matérias pedagógicas no currículo para formação de professores para o ensino médio técnico que, até então, se fazia em cursos especiais de educação técnica, passando estes profissionais a receberem o título de licenciados.

Neste sentido, a Enfermagem encontrou um espaço aberto para a criação do curso de Licenciatura em Enfermagem, na legislação educacional justificada também pela existência dos dois cursos profissionalizantes em Enfermagem nesta época: o auxiliar e o técnico em Enfermagem.

No período que se segue à criação da Licenciatura em Enfermagem (1968), ocorreu uma recuperação da economia brasileira, com um incremento de empregos e ligeira queda da inflação.

Esta situação beneficiou principalmente o grande capital nacional e multinacional favorecendo ainda mais a sua concentração nas mãos de poucos.

Mesmo em 1974, com o esvaziamento da euforia causada pelo “milagre”, a economia apresentava um bom desempenho, com um crescimento garantido pelo gasto estatal. No entanto, o quadro dos problemas sociais não era revertido. Os índices de mortalidade infantil, subnutrição, acidentes de trabalho eram elevados.

Para diminuir as tensões sociais e procurar saídas para a crise instalada no setor saúde, o governo adotou medidas de extensão e cobertura voltadas para a assistência primária em saúde, incentivando o surgimento da Enfermagem comunitária, como forma de atender à população.

Ao mesmo tempo, vai se acentuando a privatização da assistência médica curativa, individualizada e a especialização, com o hospital ocupando um local de destaque para prestação destes serviços utilizando-se de fármacos e equipamentos complexos, começando a requisitar uma mão-de-obra diferenciada para o setor.

De 1967 até meados da década de 70 a assistência médica, no âmbito da Previdência Social, foi crescendo a taxas elevadas enquanto que os gastos com saúde pública ficaram retraídos até 1975 quando se dá uma reanimação dos mesmos.

A partir de 1976 há um reconhecimento da crise no setor saúde e em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com o objetivo de reorganizar e racionalizar a assistência médica, centralizando ainda mais esta assistência e reforçando a dominância do modelo vigente que se voltava para as ações curativas.

A expansão dos serviços de saúde previdenciária não proporcionou mudanças nos padrões de atendimento de Enfermagem nos ambulatórios, dando

continuidade ao quadro de absorção da força de trabalho sem qualificação (os atendentes).

Em alguns hospitais a utilização da tecnologia mais sofisticada exigiu uma participação crescente dos enfermeiros em funções de gerenciamento, treinamento de pessoal auxiliar em serviço e na formação de profissionais de nível médio.

Com o crescimento do número de escolas profissionalizantes ampliaram-se também as oportunidades de trabalho para os enfermeiros, na área de ensino.

O setor público passou a ser o espaço primordial de produção de empregos qualificados em Enfermagem; mas o maior crescimento do mercado de trabalho para a categoria, como um todo, estava no setor privado, empregando profissionais com pouca qualificação na área, reforçando a dicotomia médico-atendente.

A opção por gerar empregos de baixa qualificação e remuneração era interessante para os empresários que estavam nos setores sociais, pois isto significava uma lucratividade para o capital privado, mostrando assim um compasso da absorção da força de trabalho em Enfermagem com as políticas sociais e econômicas implementadas no período.

Em 1972, o Parecer 163 do C.F.E. trouxe mudanças ao currículo mínimo do curso de Enfermagem.

Este Parecer deu um cunho de especialização ao curso, oferecendo três habilitações (Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem em Saúde Pública) e reintroduziu as disciplinas de Sociologia, Psicologia e Introdução em Saúde Pública.

Foi este Parecer que especificou a Licenciatura em Enfermagem como uma habilitação, destacando assim, uma formação pedagógica para os professores de Enfermagem que atuariam nos cursos profissionalizantes.

As mudanças que se deram com este currículo, de um lado atendiam alguns dos anseios dos profissionais da área e por outro lado contemplavam interesses da política de saúde posta em ação pelo Estado e pelos grupos que investiam no setor, caracterizando um processo de posição-oposição, de conquistas, avanços e manutenção nas co-relações de forças que se estabeleceram no processo.

No entanto é possível observar como o modelo curricular de Enfermagem dependia do saber médico/biológico, que por sua vez, principalmente nas duas últimas mudanças curriculares do período, expressava interesses das políticas de saúde voltadas para o setor curativo, não sendo as ações preventivas aquelas de maior realce.

Reproduz-se assim uma visão de doença desvinculada do social, considerando-a ao nível da aparência, imediatista.

Com as lei 5540/68 (R.U.) e a 5692/71 (L.D.B.), reestruturaram-se algumas áreas da Licenciatura; a da Enfermagem foi especificada fora do núcleo comum. No artigo 30 da R.U. foi normatizado que a formação de professores para o ensino médio técnico fosse realizada em nível superior, complementando assim o Parecer 12/67 sobre este assunto.

Com a Lei 5692 que enfatizou a profissionalização no 2º Grau, houve um impulso no ensino técnico, o que repercutiu na criação de várias escolas profissionalizantes de Enfermagem no país.

A partir de 1969, as disciplinas de Licenciatura passaram a ser de responsabilidade das Faculdades de Educação, assumindo uma organização que nos dias atuais é explicitada pela Portaria 399/89.

A análise dos acontecimentos do período estudado, mostrou-nos que as políticas de saúde, de maneira geral, foram requerendo uma mão-de-obra sem qualificação para prestar os cuidados de Enfermagem, absorvida principalmente nos hospitais privados, sendo possível portanto, verificar que nesse modelo não se expressava uma preocupação ou em ter em seus quadros profissionais de nível médio qualificados, ou em qualificar os que já estavam em exercício; conseqüentemente também não abriram espaço para a atuação de enfermeiros com uma formação pedagógica, no caso com Licenciatura, que seriam os responsáveis por este processo.

No entanto se as políticas de saúde implementadas nas décadas de 60 e 70 não requisitaram enfermeiros Licenciados para formar os profissionais da área de nível médio, por outro lado outros acontecimentos que se deram no período não só propiciaram como justificaram a criação do curso de Licenciatura.

Um deles foi o crescimento do número de escolas profissionalizantes que passaram de 41 cursos de auxiliar de Enfermagem (de acordo com o estudo de 56/58) para 145 (estudo de 82/83) mais 115 de T.E., totalizando 460 cursos (A.E. + T.E.), o que significou um aumento de 634%.

O número de professores de Enfermagem dando aulas nestes cursos, de 308 (estudo de 56/58) passou para 1498, com um aumento de 486%, mostrando assim um incremento no mercado de trabalho na área de ensino.

Mesmo que, num primeiro momento, estes dados se contraponham às exigências das políticas de saúde no período, cabe lembrar que por outro lado, eles

contemplam os interesses do governo, em ver saídas para as crises sociais que se deram, como por exemplo, a proposta de profissionalização do 2º Grau (Lei 5692/71), e um aumento nos níveis de emprego, o que também ocorreu na Enfermagem.

Estes números são resultado de políticas econômica e educacionais postas em ação, mostrando com isso que não há uma linearidade das políticas adotadas.

É importante lembrar que a legislação educacional voltada para a formação de professores já acenava (em 1967) para os cursos de Licenciaturas nas áreas técnicas, onde a Licenciatura em Enfermagem se situa.

Assim sendo, nossa postura em relação à criação do curso de L.E. é a de que existiram alguns determinantes históricos (políticos, econômicos, educacionais) que propiciaram o surgimento deste curso, e quando em 1968 a categoria passou a requerê-lo, o espaço já estava aberto para sua criação.

Neste estudo percebemos a necessidade de se questionar o posicionamento político, organizativo e social do pessoal de Enfermagem diante das modificações que vão ocorrendo; na maioria das vezes as profissionais da área foram “pacientes” e não agentes no que diz respeito às questões do ensino.

As propostas de mudanças para o ensino de Enfermagem começaram a contar com uma participação mais ampla da categoria a partir do final da década de 60 e nem sempre, como mostramos, seus anseios foram contemplados na legislação aprovada.

É interessante observar que ao longo da história da Enfermagem no Brasil, a participação de enfermeiros no C.F.E. se deu mais no sentido de organizar exames de suplência para os cursos de A.E. e na autorização e reconhecimento de

escolas de Enfermagem, portanto no lidar com assuntos específicos e não nos que poderiam estar dando rumos ao ensino/formação dos profissionais da área.

Em muitas situações os pareceristas do C.F.E. nos assuntos de ensino de Enfermagem são médicos, que acabam não contemplando algumas aspirações dos profissionais da área nas legislações aprovadas.

Na verdade, o pessoal de Enfermagem, mesmo sendo a maioria da força de trabalho em saúde, não tem ocupado espaços nas instituições governamentais que elaboram e implementam as políticas educacionais e de saúde, portanto onde são tomadas as decisões e os rumos destas áreas.

Ao contrário, até a década de 70, a entidade de representação dos enfermeiros, a ABEn, mantinha uma relação de colaboração com o Estado e uma subordinação ao mesmo. As críticas que existiram em relação às políticas implantadas, restringiram-se aos limites dos interesses profissionais (GERMANO, 1985:93).

Neste quadro, dificilmente emergiria uma preocupação com a criação de um curso - a L.E. - para qualificar professores, que por sua vez iriam formar profissionais de nível médio; o próprio mercado de trabalho mostrou que a demanda era para os elementos sem qualificação.

Por outro lado, as políticas educacionais estabelecidas adotaram medidas que acabaram abrindo espaço para a criação da L.E., sendo esta uma necessidade dos profissionais da área, os quais buscavam nos cursos de pós-graduação elementos que lhes dariam suporte para sua prática docente.

Enfim, ao longo deste trabalho fomos mostrando como o Estado brasileiro interveio no setor social: educacional e de saúde, adotando medidas para equacionar os conflitos sociais, mas que ao mesmo tempo acentuavam a divisão

técnica do trabalho e evidenciavam preocupações voltadas para os aspectos curativos e não preventivos.

Neste sentido, nossa compreensão é a de que as políticas que foram explicitadas ao longo deste estudo não apresentaram uma linearidade e muitas vezes mostraram lados diferentes de um mesmo projeto, onde se deram conquistas, lutas, posições e interesses, motivados pelas correlações de forças que se estabeleceram no período.

O momento político em que foi criada a L.E. leva-nos a pensar que com um regime militar e autoritário, com o Conselho Federal de Educação controlado pelo poder executivo, dificilmente aconteceria uma consulta mais ampla à categoria de Enfermagem para a realização deste curso. Na verdade o Estado adotou medidas e investiu naquilo que era de seu interesse e em algumas situações investiu no estritamente necessário para administrar os conflitos que iam surgindo com o desdobramento do sistema capitalista.

Os cursos de Licenciatura foram criados dentro de um conjunto de reformas educacionais que visava a qualificação da força de trabalho, dentro de um conceito profissionalizante de ensino médio.

Entretanto, diante desta ambigüidade: ao atender a questão da desqualificação, a Licenciatura pode assumir o papel de um elemento mediador de políticas preventivas, formando agentes comprometidos com este processo.

Para finalizar gostaríamos de chamar a atenção para o fato de que tanto o currículo do Bacharelado quanto o de Licenciatura em Enfermagem deveriam buscar uma reflexão mais profunda e mais ampla, mostrando o inter-relacionamento deste setor com o todo sócio-político-econômico e cultural do país.

Entendemos que a L.E. é um espaço necessário e importante na medida em que resgata o papel de educador que o enfermeiro desempenha em várias atividades, e acima de tudo pela contribuição que presta formando professores (educadores) que atuarão no ensino profissionalizante de Enfermagem. Os profissionais advindos deste curso são imprescindíveis na prestação de cuidados à saúde da população.

Nossa compreensão é a de que a L.E. se justifica na medida em que:

- se constitua numa mola propulsora de mudanças possíveis e necessárias na Enfermagem;
- atue como elemento mediador e difusor de uma política preventiva de saúde;
- forme agentes com uma concepção de mundo não linear;
- desenvolva uma prática situada e compreendida historicamente;
- se comprometa, também a nível educacional com qualificação de outros profissionais de nível médio na área.

Por sua vez, esta qualificação deveria se dar numa perspectiva crítica, levando-os a se apropriarem do saber produzido na área compreendendo não só a aplicação das técnicas de Enfermagem, mas também o porquê, para quê, para quem, quando e onde elas se dão, bem como identificando as políticas de saúde preventivas, as grandes linhas de saneamento básico do país, a profilaxia das doenças endêmicas, etc, enfim socializando o saber.

Com estes propósitos a L.E. pode colaborar com as transformações dos sujeitos que vêm nela possibilidades de avançar nas discussões de uma prática de Enfermagem quer a nível de assistência, quer a nível de pesquisa, extensão e ensino,

comprometida com o social, buscando saídas, atendendo as reais necessidades da população.

A. L.E. ampliará e explicitará ainda mais seu espaço de atuação na medida em que assumir alguns compromissos, tais como:

- promover maior participação dos professores de L.E. nos Encontros de Formação de Professores, o que até a atualidade tem se dado de forma tímida;
- incrementar a produção científica - artigos, dissertações, teses, pesquisas, que investigam esse campo;
- incentivar uma discussão mais ampla dos cursos profissionalizantes de Enfermagem no país, para que sejam divulgadas as diferentes experiências que estão ocorrendo em termos de formação destes agentes, tendo em vista o esclarecimento da função social que eles exercem no serviços de saúde.

A organização de grupos de estudos e de pesquisas poderia colaborar neste sentido.

Os professores das disciplinas pedagógicas da L.E. deveriam levar um trabalho conjunto com os professores das disciplinas específicas, principalmente pelo grau de imbricamento de seus conteúdos, assumindo um trabalho de perspectiva interdisciplinar, voltado para o enfrentamento do ensino público, profissionalizante, imbuído de um projeto educacional que contemple as necessidades específicas da área e as sociais.

Estes compromissos, junto com outros que vão surgindo no cotidiano da profissão, vão tornando possível o desenvolvimento de uma prática de saúde mais esclarecida e esclarecedora, que prioriza principalmente questões voltadas para uma política preventiva. A L.E. poderia ser um elemento mediador desta política nesse processo.

**BIBLIOGRAFIA**

- ALCÂNTARA, Glete. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. São Paulo: USP/FAC. ENFERMAGEM, 1963. (Tese para a Cátedra).
- ALMEIDA, M.C. et alii. A formação do Enfermeiro frente a Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública. São Paulo, v.2, n.4: 505-510, out./dez., 1986.
- ALMEIDA, Maria Cecília P. de et alii. Contribuição do Estudo da Prática da Enfermagem - Brasil. Ribeirão Preto, [s.l.p.]. (mimeografado)
- ALMEIDA, Maria Cecília P. de; ROCHA, Juan S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALVES, Delvair B. Mercado e Condições de Trabalho da Enfermagem. Salvador: Graf. Central Ltda., 1987.
- ALVES, Maria Helena M. Estado e oposição no Brasil (1964-1984), 3ªed.. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- ARRUDA, Maria J.B. de. Licenciatura em enfermagem: participação da Faculdade de Enfermagem da UFPe Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.25, n.1,2, p.5-13, jan./abr., 1972.
- ARRUDA, Maria J.B. de. Necessidade do Ensino da Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem na formação da Enfermeira. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, vol.22 no. 1/3, p.10-18, jan./jun./1969.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM Proposta do Novo Currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro, Brasília, [s.n.], 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. CEPEn. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. Ribeirão Preto: CEPEn, 1979. v.1.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. CEPEn. Informações sobre pesquisa e pesquisadores em Enfermagem. Brasília: CEPEn, 1983. v.3.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. CEPEn. Informações sobre pesquisa e pesquisadores em Enfermagem. Brasília: CEPEn, 1983. v.4.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. CEPEn. Informações sobre pesquisa e pesquisadores em enfermagem. Brasília: CEPEn, 1983. v.5.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. CEPEn. Informações sobre pesquisa e pesquisadores em enfermagem. Brasília: CEPEn, 1983. v.6.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Trinta e três anos de Congresso de Enfermagem: retrospectiva. Porto Alegre: [s.l.p.].

BAGANTO, M.H.S.. Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1991. (inédito).

BAGNATO, M.H.S. Mercado de trabalho para o licenciado em Enfermagem. Campinas, 1991 (inédito).

- BAGNATO, M.H.S. & CANGIANI, M.R.F. Práticas Educativas em Saúde com Crianças de 1º Grau: uma proposta participativa. Campinas, Anais da I Jornada de Enfermagem Pediátrica da UNICAMP, set., 1992. BAGNATO, M.H.S.. A Licenciatura em Enfermagem da UNICAMP na atualidade. Campinas, 1991. (inédito).
- BAGNATO, M.H.S.. Falando sobre Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1992 (inédito).
- BALTAR, Paulo E.A.; DEDECCA, C.S. Emprego e salários nos anos 60 e 70. Campinas, UNICAMP/IE, 1992. (no prelo).
- BALZAN, N.C. Nós professores de licenciatura. Caderno CEDES São Paulo, n.8, p.18-24, 1987.
- BARACAT, Matilde. A prática da enfermagem e seus condicionantes sociais: um estudo da atuação profissional do enfermeiro em serviço de saúde em Curitiba. Curitiba, Universidade Federal do Paraná/ Setor de Educação, 1986. (Dissertação de Mestrado).
- BARBATO, Moema G. Seleção e aperfeiçoamento do corpo docente das escolas de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. v.21, n.4, p.244-277, ago., 1968.
- BARROS, Stella M.P.F. Política Educacional em Enfermagem in: SEMINÁRIO sobre a prática de Enfermagem e o currículo de graduação - USP/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. SP, março, p.13-33, 1985.
- BERLINGUER, G. Medicina e política. São Paulo: CEBES: HUCITEC, 1978.

- BERNARDO, M.C.V. Re-vendo a formação do professor secundário nas universidades públicas do estado de S.Paulo. São Paulo: PUC-SP, Fac. Educação, 1986 (Tese de doutorado).
- BRAGA, José C.; PAULA, Sergio G. de Saúde e previdência. estudos de política social, São Paulo: CEBES: HUCITEC, 1981.
- BRASIL - Diário Oficial da União. Lei nº 7.498/86 Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem, publicada em 26/06/86, seção I, fls. 9273 a 9275.
- BRASIL - MEC. Parecer CFE nº 8/77 Habilitações Profissionais na área da Saúde, Documenta nº 197, 192-193, abr., 1977.
- BRASIL - MEC. Parecer CFE nº 3814 Habilitações Profissionais na área da Saúde, Documenta nº 192, 17-32, nov., 1976.
- BRASIL - MEC. Parecer CFE nº 7/77 Habilitações Profissionais na área da Saúde, Documenta nº 197, 191-192, abr., 1977.
- BRASIL - MEC. Portaria 13/69. Licenciatura em Enfermagem. Documenta nº 97, jan./fev., 1969.
- BRASIL - MEC. Proc. C.F.E. 995/68. Criação da Licenciatura em Enfermagem Documenta nº 95, dez., 1968.
- BRASIL - MEC. SESu Parecer nº 837/68 Criação da Licenciatura em Enfermagem Documenta nº 95 - dez., 1968.
- BRASIL. Diário Oficial da União de 12/08/1971 (retificada no D.O. de 18/08/71).
- BRASIL. Diário Oficial da União, Sobre a Licenciatura em Enfermagem, de 20/01/69.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública. Recursos Humanos para as Atividades de Saúde: 4ª Conferência Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, 1967.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. II Plano Nacional do Desenvolvimento (1975 - 1979), Brasília, 1974.
- BRASIL. Associação Brasileira de Enfermagem. Diretrizes para a enfermagem no Brasil: relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil: 1956-1958. Brasília: ABEn 1980.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982-1983. Rio de Janeiro, COFEn/ABEn, 1985, v.1.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983. Rio de Janeiro: COFEn/ABEn, 1986 v.2
- BRASIL. Diário Oficial da União de 29 de junho de 1989, dispõe sobre os cursos de Licenciatura no Brasil. Portaria Ministerial nº 399 de 28 de jun., 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Boletim Informativo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, nº 8 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem Legislação e assuntos correlatos. 3ªed. Rio de Janeiro, 1974, v.1-3.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento. São Paulo, Sugestões Literárias, 1971.

- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Programa de Ação Econômica do Governo: 1964-1966, 2ª ed., Brasília, 1965. (Documentos EPEA, no.1).
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Geral. Diretrizes de Governo Programa Estratégico de Desenvolvimento. Brasília, 1967.
- BRITO, M.R.F. O ensino superior e a formação do professor: algumas questões sobre a licenciatura - Campinas, [s.l.p.] (texto mimeografado).
- CAMARGO, Ana M.F. Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública em S. Paulo (1892 e 1934), Campinas, UNICAMP/IB, 1984. (Dissertação de Mestrado).
- CARVALHO, A.C. (coord.) Relatório da Comissão de Documentação e Estudos Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, p.605-615, 1968.
- CARVALHO, Amália C. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo., resumo histórico - 1942 - 1980. São Paulo, [s.n.], 1980.
- CARVALHO, Amália C. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, resumo histórico - 1942 - 1980. São Paulo: Graf. Sanguardi, 1980.
- CARVALHO, Amália C. Relatório da Comissão de Documentação e Estudo - 1968. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.6: p.604-615, dez., 1968.
- CARVALHO, Amália C. & CARVALHO, Anayde C. Comissão de documentação e estudos: dados sobre a formação do pessoal de enfermagem do Brasil. São Paulo: ABEn, 1969., 46p.
- CARVALHO, Anayde C. Associação Brasileira de Enfermagem - 1926 - 1976 documentário. Brasília: Folha Carioca Edit. S.A., 1976.

- CARVALHO, Anayde C. Formação de recursos humanos de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, D.F., n.31: p.383-397, jul./ago./set., 1978.
- CARVALHO, Anayde C. (Coord). Formação do pessoal de Enfermagem no Brasil. Relatório da Comissão de Documentação e Estudos da ABEn - 1970/71. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.5: p.248-260., jul./set., 1971.
- CASTRO, Amélia D. de A licenciatura no Brasil. Revista História. São Paulo, n.100, p.627-652, 1974.
- CASTRO, R.A.P. de et alii Currículo do curso de graduação em Enfermagem e a política nacional de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.23, n.1, p.99-125, abril, 1989.
- CHAHAD, José Paulo & IVONE, C.A. Políticas econômicas, emprego e distribuição de renda na América Latina. São Paulo: ECIPEL, 1984.
- CIGNOLLI, A. Estado e formação da política social no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- CÔCCO, M.I.M. A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva. Campinas, UNICAMP/FE, (Dissertação de Mestrado).
- COSTA, Z.D. et alii. Licenciatura em enfermagem . In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 29. Camburiú, 1977. Anais. Florianópolis, ABEn, p.87-120, 1977.
- COUTINHO, Carlos N. Fontes do pensamento político de Gramsci. Porto Alegre: L & PM, 1981. (Fontes do Pensamento Político v.2).
- CUNHA, L. A.; GÔES, Moacyr. O golpe na Educação, 4ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

- CUNHA, L.A. A Universidade crítica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- CUNHA, L.A. Polivalentes ou polichinelos. Contexto, São Paulo, v.2, p.81-96. mar., 1977.
- CUNHA, L.A.C.R. Política Educacional no Brasil: A profissionalização no ensino médio. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Eldorado, 1977.
- CUNHA, Luiz A. Educação e Desenvolvimento Social no Brasil. 8ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- CUNHA, LUIZ A. A Universidade Temporã. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- CUNHA, Luiz A.R. "O milagre brasileiro" e a política educacional Argumento, São Paulo, v.2, n.1, p.45-54, 1973.
- CURY, Carlos R.J. Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1989.
- DONZELOT, Jacques. A polícia das famílias. 2ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DUARTE, Maria Jalma R. S. Contribuição do licenciado em Enfermagem na Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde: habilitação de técnicos e auxiliares de Enfermagem no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UFRJ, 1983 (Dissertação de Mestrado).
- DURAND, José C. Profissões de Saúde em São Paulo: Expansão e concorrência entre 1968 e 1983, Cadernos FUNDAP, São Paulo, nº 10, p.4-23. jul., 1985.

- FARIA, Eliana M.F.; PANCERA, O. Características metodológicas y fisiológicas de la formación de recursos humanos em salud (medico u enfermero) y su correspondência con las necesidades de salud de la poblacion y la organizacion de los servicios de salud en Brasil. La Havana, Cuba, 1988 (Trabajo para optar por el Título de Maestria de Salud Pública)
- FINI, Lucila D.T. A situacionalidade da Psicologia Educacional - Adolescência nos cursos de licenciatura da UNICAMP. São Paulo, PUC, 1987 (Tese doutorado).
- FRACALANZA, Dorotéa C. A prática de ensino nos cursos superiores de licenciatura no Brasil. Campinas, UNICAMP/FE, 1982. (Dissertação de Mestrado).
- FREITAG, Barbara Escola, Estado e Sociedade. 4ª ed.. São Paulo: Moraes, 1980.
- GERMANO, J.W. Estado militar e educação no Brasil: 1964-1985. Um estudo sobre a política educacional. Campinas, UNICAMP/FE, 1990.
- GERMANO, Raimunda M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. 2ª ed.. São Paulo: Cortez, 1985.
- GUIMARÃES, Reinaldo (Org.) Saúde e medicina no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- HABERT, Nadine A década de 70 apogeu e crise da ditadura militar brasileira. São Paulo: Ática, 1992. (Série Princípios).
- IDE, Cilene A. C. Fundamentos e perspectivas para a questão da formação e utilização de força de trabalho na Enfermagem. USP/FE, 1989. (Tese de doutorado).

- JORGE, D.R. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetrix (parteira) no Brasil. Rio de Janeiro, UFRJ, 1975. (Tese de livre docência).
- JORNAL "FOLHA DE S. PAULO" de 13 de junho de 1978, "Os médicos e o país", p.2.
- KIRSCHBAUM, Débora I.R. As práticas educativas para auxiliares de Saúde na Secretaria Municipal de Campinas: exame do programa de atenção primária. Campinas, UNICAMP/FE, 1989. (Dissertação de mestrado).
- KROWZUK, Elizabeth R. As dissonâncias na formação do profissional de Enfermagem de nível superior: um estudo comparativo entre instituições formadoras. Porto Alegre: UFRGS/FE, 1988. (Dissertação Mestrado).
- LIMA, Maria A.D. da Silva. Percepções do professor de enfermagem sobre sua formação pedagógica e sua prática docente. Educação, Porto Alegre, v.15, n.22, p.183-194, 1992.
- LORENZETTI, Jorge. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.40 (2/3): p.167-176, abr./mai./jun./ago./set., 1987.
- LSACIO, C.M.D. I Simpósio. O curso de graduação em Enfermagem e a Reforma Universitária no Brasil e sua repercussão no concurso de habilitação Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.21, n.4, p.180-189, ago., 1968.
- LUDKE, Menga & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

- LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MALLOY, James M. Política de Previdência Social do Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MÉDICI, André C. Crise Econômica e Políticas Sociais: A questão da saúde no Brasil. Campinas, UNICAMP/IE, 1988. (Dissert. de Mestrado).
- MEDICI, A.C. et alii. A força de trabalho em saúde nos anos setenta: características sociais e dinâmica do emprego. Cap.III, Rio de Janeiro, ENSP, 1988 (prelo).
- MÉDICI, A.C. et alii. A conjuntura 1976-1984: aspectos sócio-econômicos, políticas sociais e estratégias de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. [s.l.p.], (prelo).
- MEDICI, André C. Pesquisa sobre Recursos Humanos em Saúde: 1976 - 1984 São Paulo: USP, 1986. (Tese de doutorado).
- MELO, Cristina. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.
- MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política - um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MOREIRA, Antonio F.B. Currículos e Programas no Brasil - Campinas: Papyrus, 1990.
- NAKAMAE, Djair Daniel. Novos Caminhos da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1987.

- NOGUEIRA, R. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970 - 1983, Brasília: OPS, 1986.
- NOGUEIRA, Roberto P. A política de Saúde e a formação de recursos humanos In: Anais do Seminário: A prática de Enfermagem e o currículo de graduação - USP/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, mar., p.1-12, 1985.
- NOGUEIRA, Roberto P. A força de trabalho em saúde. Revista de Administração Pública. v.17, n.3 p.61-70, jul./set.1983.
- OGUISSO, Taka A enfermagem e as habilitações a nível de 2º grau. In: Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem. Camboriú, Santa Catarina, p.56-101, 1977.
- OLIVEIRA, Francinete de Lima - A nova proposta curricular de enfermagem e o currículo vigente. 7p., [s.l.p]. (texto mimeografado).
- OLIVEIRA, Maria Ivete O enfermeiro e a enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, p.9-29, 1981.
- OLIVEIRA, Maria Ivete R. A reforma universitária e o curso de graduação para enfermeiras. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.20, n.4, p.235-249, ago., 1967.
- OSHIRO, J.H. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública São Paulo: PUC. 1988. (Dissertação de Mestrado).
- PAES, Maria Helena S. A década de 60 - rebeldia, contestação e repressão política. São Paulo: Ática, 1992. (Série Princípios).
- PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.

- POSSAS, Cristina A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- PRADO JÚNIOR, Bento et alii. Descaminhos da Educação pós-68, Cadernos de Debate - 8, São Paulo: Brasiliense, 1980.
- QUADRA, Antonio A. & AMÂNCIO, Aloysio. O planejamento e a formação dos recursos humanos para a saúde. in: GUIMARÃES, R. (Org.) Saúde e Medicina no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- REZENDE, Ana L.M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.
- RODRIGUES, J.A. Sindicato e desenvolvimento social no Brasil. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1968.
- ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. História da Educação no Brasil, 11ª ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- SALM, Cláudio Leopoldo (Coord.) Financiamento das Políticas Sociais. Cadernos de Pesquisa n.4, NEPP, Campinas, São Paulo. 1988.
- SANTOS, Wanderley G. dos. Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Proposta Curricular para Programas de Saúde: 2º grau, São Paulo: SE/CENP, 1981 (Parecer 2264/74).

- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Subsídios para Implementação do Guia Curricular de Programas de Saúde para o ensino de 1º grau: agravos à saúde. São Paulo: SE/CENP, 1980.
- SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Educação. Estrutura e Funcionamento dos cursos supletivos de qualificação profissional na área da Enfermagem. São Paulo, CENP, 1979.
- SAVIANI, Dermeval. Educação: do senso comum à consciência filosófica. São Paulo: Cortez, 1983.
- SAVIANI, Dermeval. Tendências e correntes da educação brasileira. In: MENDES, D.T. - (coord.) - Filosofia da Educação Brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 19-45, 1983.
- SECAF, V. A licenciatura em enfermagem e a prática de ensino: uma revisão crítica de sua evolução na Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, 1987. (Tese de Doutorado).
- SILVA, T.T. da (Org.). Trabalho, educação e prática social: por uma teoria da formação humana. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1978.
- SINGER, Paul. A crise do "milagre": interpretação crítica da economia brasileira. 6ªed.. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

- SUCUPIRA, N. Da faculdade de filosofia à faculdade de educação. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. Rio de Janeiro, v.51, n.114, p.260-276, abr./jun., 1969.
- TESTA, Mário. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TOBAR, L.R.M.T. & BAGNATO, M.H.S.. A Licenciatura em Enfermagem. Campinas, 1988 (mimeo.).
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Instituto de Economia da UNICAMP. Relatório sobre a situação social do país. Campinas, 1985.
- VERDERESE, Olga Análisis de la enfermera en la América Latina. Educ. Méd. Salud., v.13., nº4, 1979.
- VIEIRA, Evaldo. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio Vargas a Geisel. São Paulo: Cortez, 1983.
- WANDERLEY, Luís Eduardo. Universidade e democracia: relações do professor com o desenvolvimento. In: CATANI, D.B. et alii. Universidade, escola e formação de professores. São Paulo: Brasiliense, p.187-199, 1986.
- YIDA, A.H. et alii. Ensino de Técnico e auxiliar de enfermagem: qualificação das enfermeiras docentes: In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 29., Camboriú, 1977 (mimeografado).

DECRETO NO 16 300/23, de 31 de dezembro de 1923

Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Publica.(^ )

---

## TITULO VI

---

### CAPÍTULO I

Art. 221. A fiscalização do exercício profissional dos medicos, pharmaceuticos, dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros e optometristas será exercida pelo Departamento Nacional de Saúde Publica, por intermedio da Inspectoria de Fiscalização do Exercício da Medicina.

### CAPITULO IV

#### Do exercício da Medicina

Art. 232. Só é permitido o exercicio da medicina, em qualquer de seus ramos e por qualquer de suas formas:

I. Aos que se mostrarem habilitados por titulo conferido pelas escolas medicas officiaes ou equiparadas na forma da lei;

II. aos que, sendo graduados por escolas ou universidades estrangeiras, se habilitarem perante as faculdades brasileiras, na forma dos respectivos regulamentos.

III. Aos que, sendo professores de universidades ou escolas estrangeiras, o requerem ao Departamento Nacional de Saude Publica. Esta permissão só será dada á vista de documento devidamente authenticado e quando no paiz a que essas faculdades pertençam gosarem de favor identico os professores das faculdades brasileiras, sendo

levado o assunto devidamente informado á decisão do Ministro.

Parapho unico. As disposições deste artigo serão igualmente applicadas ás pessoas que se propuzerem a exercer a profissão de pharmaceutico, de cirurgião-dentista, de enfermeiro e de parteira, ficando os infractores sujeitos a multa de 1:000\$ e o dobro nas reincidencias, além das outras penas em que incorram.

Art. 233. Os medicos, pharmaceuticos, cirurgiões dentistas, enfermeiros e parteiras, que commetterem repetidos erros de officio serão suspensos do exercicio da profissão, por um a seis mezes, sem prejuizo das penalidades previstas pelo Codigo Penal.

Parapho unico. Os que, habilitados para o exercicio das profissões acima declaradas, se derem a praticas prohibidas pelo art. 157 do Codigo Penal, além de incorrerem nas penas ali estabelecidas, serão suspensos por tempo igual ao da condemnação.

Art. 234. É condição para o exercicio de qualquer das mencionadas profissões o registro do titulo ou licença no Departamento Nacional de Saude Publica.

Art. 238. Os enfermeiros, massagistas, manicuros, pedicuros e optometristas, que se incumbirem do tratamento de doentes, praticando actos que não se-

jam por ordem de medicos e que a estes incumbam, incidirão nas penalidades comminadas neste regulamento, para os casos restrictos de sua especialidade.

---

## CAPITULO XII

### Serviço de Enfermeiras

Art. 379. O Serviço de Enfermeiras, destinado aos trabalhos technicos do Departamento Nacional de Saude Publica, ficará subordinado á Directoria Geral.

Paragrapho unico. Esse serviço será dirigido por uma superintendente geral, contractada ou nomeada pelo Director Geral do Departamento, com a aprovação do Ministro da Justiça e Negocios Interiores.

Art. 380. Os trabalhos de secretaria e outros que não forem de natureza technica, no Serviço de Enfermeiras, serão desempenhados por funcionários designados pelo Director Geral, por proposta da superintendente.

Art. 381. O serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saude Publica terá enfermeiras-chefes, contractadas ou em commissão, subordinadas á superintendente geral e encarregadas da direcção das visitadoras de hygiene ou enfermeiras diplomadas de saude publica, em todas as dependencias do Departamento.

Art. 382. Os trabalhos technicos das Inspectorias de serviços especiaes, que os necessitarem, serão executados pelas enfermeiras-chefes, e pelas enfermeiras diplomadas de saude publica, sob a orientação technica dos res-

pectivos chefes de serviço e fiscalização dos medicos.

§ 1o. A superintendente geral do serviço ouvirá os chefes das inspectorias, afim de bem orientar os trabalhos de enfermeiras no sentido de sua normalidade e eficiencia, sendo levados os assuntos de maior relevancia á solução do director Geral.

§ 2o. As nomeações, designações, demissões e penalidades referentes ás enfermeiras chefes e ás visitadoras de hygiene, nos casos não previstos no regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica, serão resolvidos pelo Director Geral, de acordo com informações da superintendente geral e ouvidos os chefes de serviço.

Art. 383. Para a execução dos trabalhos de visitadoras de hygiene ou de enfermeiras diplomadas de saude publica será a cidade dividida em districtos, ficando cada enfermeira incumbida dos serviços technicos das diversas dependencias do Departamento.

§ 1o. O regime do trabalho estabelecido neste artigo só será posto em execução á medida que forem sendo admittidas as enfermeiras diplomadas pela Escola do Departamento Nacional de Saude Publica.

§ 2o. Enquanto não fôr possivel a organização do serviço de enfermeiras diplomadas por districtos, continuará o actual regimen de visitadoras de hygiene.

Art. 384. Os serviços de escripta, relativos aos trabalhos feitos pelas enfermeiras diplomadas ou visitadoras de hygiene, serão executados pelas inspectorias e pelo Serviço de Enfermeiras, conforme for combinado entre a

superintendente e os inspectores especiaes.

Art. 385. O Serviço de Enfermeiras terá a seu cargo uma escola para instruir e diplomar enfermeiras, ficando sob a jurisdição de uma directora subordinada á superintendente geral.

Art. 386. Algumas das enfermarias, salas de operações e ambulatórios do Hospital de Assistência do Departamento, em numero determinado pelo Director Geral, serão destinadas ao ensino da Escola, ficando a directora responsavel pela bôa ordem e efficiencia de todos os serviços de enfermagem.

Art. 387. A escola, de que tratam os artigos anteriores, reger-se-á por um regimento interno, expedido pelo Director Geral, depois de approvedo pelo Ministro da Justiça e Negocios Interiores.

§ 1o. Enquanto não puder a escola fornecer enfermeiras diplomadas em numero sufficiente para o desempenho dos serviços sanitarios, afim de garantir a boa marcha de taes serviços, pela superintendente geral, do Serviço de Enfermeiras serão organizados cursos intensivos de instrucção theorica e pratica para visitadoras de hygiene.

§ 2o. A admissão a esses cursos será feita mediante concurso, que versará sobre assumptos designados pelo director do Departamento, sendo ainda exigida das candidatas garantia absoluta de idoneidade moral e de capacidade physica para o trabalho.

Art. 388. Para os cargos de enfermeiras-chefes e enfermeiras de Saude Publica, de qualquer dependencia do Departamento Nacional de Saude

Publica, serão sempre preferidas as diplomadas pela Escola de que trata o art. 393.

Art. 389. Á medida que a Escola de Enfermeiras fornecer profissionaes diplomadas, irão ellas sendo aproveitadas nos serviços do Departamento, quer em vagas existentes, quer em substituição ás visitadoras de hygiene sem diploma de enfermeiras, as quaes serão dispensadas de cada um dos serviços especiaes, de accordo com as conveniencias dos mesmos.

Art. 390. Será facultado á visitadoras de hygiene, que tiverem de ceder seus logares a enfermeiras diplomadas, completarem o curso da escola, desde que possam preencher as exigencias feitas para as candidatas á matricula.

Art. 391. O programa de trabalho dos cursos intensivos será proposto annualmente ao Director Geral do Departamento Nacional de Saude Publica pela superintendente geral.

Art. 392. Uma vez diplomadas, as enfermeiras terão, quando em serviço do Departamento Nacional de Saude Publica, as remunerações que forem fixadas pelo Congresso Nacional.

Parapho unico. As alumnas do curso intensivo, que executarem simultaneamente trabalhos de enfermagem, perceberão vencimentos de accordo com os credits voltados pelo Congresso.

### Da Escola de Enfermeiras CAPITULO XIII

Art. 393. A Escola de Enfermeiras, subordinada á Superintendencia do

Serviço de Enfermeiras de Saude Publica, tem como objectivo educar enfermeiras profissionaes, destinadas aos serviços sanitarios e a aos trabalhos geraes ou especializados, dos hospitales e clinicas privadas.

Art. 394. A Escola funcionará em um dos hospitales do Departamento Nacional de Saude Publica e poderá entrar em accordo, por intermedio do Departamento, com instituições medicas idoneas, geraes ou especializadas, officiaes ou particulares, para nellas ser feita parte da instrucção pratica.

Art. 395. A direcção da escola ficará a cargo de uma directora, enfermeira diplomada, com experiéncia em administração de estabelecimentos similares, nomeada em comissão ou contratada e responsavel perante a Superintendencia Geral do Serviço de Enfermeiras.

Paragrapho unico. A directora da escola será nomeada pelo director do Departamento, mediante proposta da superintendencia geral do Serviço de Enfermeiras.

Art. 396. Os serviços da secretaria da escola ficarão a cargo de uma escripturaria-dactilographa, nomeada pelo Director Geral do Departamento.

Art. 397. Compete á directoria da escola:

- a. promover o progresso e engrandecimento moral e material da escola;
- b. cumprir e fazer cumprir o presente regulamento;
- c. despachar o expediente, autorizar despesas, visar contas e abrir e encerrar os livros da secretaria;

d. mandar abrir as inscrições para matriculas e exames;

e. convocar e presidir as reuniões dos professores;

f. apresentar relatorio ao primeiro de cada mez de sua administração ao Director Geral do Departamento por intermedio da Superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras.

Art. 398. Compete á escripturaria-dactylographa executar todos os trabalhos da secretaria, que lhe forem indicados pela directora da escola.

Art. 399. A economia interna da Escola de Enfermeiras ficará a cargo de uma economista, a que competirá:

- a. zelar pela boa ordem e asseio do estabelecimento;
- b. administrar a despensa, rouparia e mais serviços internos;
- c. cumprir as determinações da directoria da escola.

Paragrapho unico. A economista será nomeada pelo Director Geral e ficará subordinada á directora da escola.

## CAPITULO XIV

### Curso

Art. 400. O curso da Escola de Enfermeiras visará instrucção theorica e pratica, feitas simultaneamente, e será de dous annos e quatro mezes, divididos em cinco series.

Art. 401. As quatro primeiras series constituirão a parte geral do curso e a ultima será destinada ás especializações: enfermagem clinica, enfermagem

de Saude Publica ou administração hospitalar.

Parapho unico. Depois de approvada nas cadeiras do curso, receberá a aluna o diploma de enfermeira, assignado pelo Director Geral do Departamento, pela Directora da escola e pela superintendente geral, no qual será declarada a especialização que houver sido praticada.

Art. 402. O programa de instrução da Escola de Enfermeiras, relativo ás cadeiras do curso, e respectiva distribuição pelas cinco series e numero de lições respectivas, será expedido pelo Director Geral do Departamento, de accordo com a proposta da directora da escola, e poderá ser modificado de accordo com indicações da congregação de professores.

## CAPITULO XV

### Corpo Docente

Art. 403. O corpo docente da escola será formado por professores escolhidos dentre os funcionarios technicos do Departamento Nacional de Saude Publica ou contractados especialmente para esse fim.

Art. 404. Os professores que forem funcionarios do Departamento Nacional de Saude Publica terão direito a uma gratificação pelos trabalhos de docencia na escola, cabendo aos contractados a remuneração prevista nos seus respectivos contractos, approvados pelo Ministro da Justiça e Negocios Interiores, dentro das verbas orçamentárias.

Art. 405. Todos os professores serão designados pelo Director Geral do Departamento mediante proposta da superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras com a aprovação do Ministro da Justiça e Negocios Interiores.

Art. 406. Compete a cada professor:

- a. reger a cadeira para que tiver sido designado, tomando o maximo interesse pelo ensino, comparecendo pontual e assiduamente ás aulas e preenchendo todo o tempo de cada uma dellas, com o assumpto correspondente ao programa;
- b. organizar o programa do ensino da respectiva cadeira para ser discutido e approvedo pela directora da escola e pela congregação dos professores, dividindo-o em tantas licções quantas determinar o programa de instrução;
- c. comparecer aos actos de exames e ás reuniões convocadas pela directora da escola;
- d. propor a aquisição do material necessario ao ensino de sua cadeira e zelar pela conservação do material já existente.

Art. 407. O professor que deixar de dar, sem causa justificada, a quarta parte das licções que lhe caibam, em cada mez, perderá a respectiva gratificação ou remuneração.

Art. 408. Nos impedimentos temporarios, o professor poderá indicar um substituto, que será designado para reger interinamente a cadeira, e na falta dessa indicação, será ella feita pela directora da escola.

Art. 409. Quando qualquer professor se atrazar demasiadamente no ensino do programma de sua cadeira, ou tratar na licções de assumptos extranhos ao objecto destas, sera o facto levado pela directora da escola ao conhecimento do Director Geral do Departamento que indicará outro professor em substituição temporaria.

## CAPITULO XVI

### Matriculas

Art. 410. As candidatas á matricula deverão comparecer pessoalmente ao gabinete da directora da Escola de Enfermeiras, que julgará da conveniencia de aceitar-as, podendo haver recurso para o Director Geral e deste para o Ministro, na hypothese de recusa.

Paragrapho unico. As candidatas serão admittidas treis vezes no correr do anno; 1o. de março, 1o. de junho e 10. de outubro.

Art. 411. Aceita como candidata, deverá a pretendente á matricula encher uma "Folha de Admissão", com declaração do nome, naturalidade, filiação e residencia, juntando os seguintes documentos:

- a. certidão de idade, por onde fique provada não ter menos de 20 nem mais de 35 annos;
- b. documento que prove ser brasileira;
- c. attestado official do Departamento Nacional de Saude Publica, que prove ter sido recentemente revacinada contra a variola;

d. attestado passado por medico do Hospital Geral de Assistencia, no qual declare não sofrer de doença contagiosa, nem de defeito physico ou funccional que a inhabilite para os trabalhos de enfermeira;

e. attestado de boa conducta, passado pelas autoridades policiaes competentes ou por duas pessoas idoneas, a juizo da directora da escola e da superintendente geral do serviço de Enfermeiras;

f. diploma de uma escola normal, ou documento, que prove ter instrucção secundária bastante, a criterio da directora, podendo, na hypothese de recusa, ser levado o facto á decisão do Director Geral do Departamento.

§ 1º. A candidata poderá tambem apresentar quaisquer documentos que provem sua experiencia anterior em serviço educativo ou commercial.

§ 2º. Attendendo a casos especiaes, poderá a superintendente geral do Serviço de Enfermeiras aceitar candidatas de idade superior a 35 ou inferior a 20 annos.

Art. 412. As candidatas á matricula na primeira serie, que não puderem satisfazer a exigencia da alinea f do artigo 414 serão submettidas a exame preliminar, perante uma commissão constituída por treis professores, designados pela directora da escola e sob sua presiden-

cia, exame que constará do seguinte:

- a. composição escripta, em vernaculo, sobre assumpto comum;
- b. problemas relativos ás quatro operações fundamentaes (sobre inteiros, fracções ordinarias e decimaes) proporções e systema metrico;
- c. noções geraes de geographia e historia do Brasil;
- d. noções elementares sobre sciencias physicas e naturaes;

Art. 413. A matricula nas series seguintes será feita mediante certificado de approvação na serie anterior.

## CAPITULO XVII

Art. 414. Os primeiros quatro mezes de estagio escolar serão considerados de ensaio, sendo a instrucção principalmente theorica, mas com sufficiente experiencia em enfermaria, para permittir á alumna adquirir a pratica correspondente aos assumptos ensinados em aula.

Parapho unico. Si, em qualquer tempo, dentro desse periodo, for verificada a inaptidão da alumna para o serviço de enfermeira deverá ella deixar a escola mediante notificação da directoria, com recurso para as autoridades superiores.

Art. 415. As alumnas da escola usarão uniforme regulamentar, sendo-lhes permittido, porém, durante

o estagio de ensaio, o uso dos vestuarios simples e levaveis de que puderem dispor.

Art. 416. As alumnas prestarão serviço no Hospital Geral de Assistencia, tendo direito de residencia em edificio dependente do hospital, alimentação, lavagem de roupa e, depois de acceitas definitivamente como alumnas, a gratificação de 100\$ mensaes.

Art. 417. A residencia das enfermeiras ficará sob a direcção da directora da escola responsavel pela manutenção de conveniente disciplina de elevado padrão de vida moral e social.

Art. 418. As alumas serão obrigadas a um serviço diario de oito horas, no Hospital Geral de Assistencia ou em outro estabelecimento de assistencia, para cujo serviço sejam destacadas.

§ 1º. A directoria da escola será responsavel, perante o director do hospital, pela efficiencia dos serviços das alumnas nas enfermarias a seu cargo para o que deverá ouvir-o em todos os casos relativos aos trabalhos hospitalares, cabendo ao mesmo director, quando entender necessario, levar ao Director Geral do Departamento quaesquer observações ou censuras que se façam necessarias á boa ordem dos serviços.

§ 2º. As alumnas terão direito a dous meios dias de descanso por

semana e a uma quinzena de ferias annualmente.

Art. 419. A frequencia das aulas nos trabalhos praticos é obrigatoria.

Paragrapho unico. A alumna que tiver cinco faltas não justificadas em cada serie não poderá ser submetida a exame.

Art. 420. As faltas disciplinares, commettidas pelas alumnas, serão punidas com as seguintes penas, de accordo com a gravidade:

- a. advertencia particular;
- b. suspensão;
- c. expulsão.

Paragrapho unico. A pena da alinea a e da competencia da directora da escola; a da alinea b, até 15 dias, da competencia da superintendente geral do Serviço de Enfermeiras; a da alinea b, por mais de 15 dias, da competencia do Director Geral do Departamento, e da alinea c do Ministro, fornecendo a directora da escola completas informações sobre o caso.

## CAPITULO XVIII

### Exames

Art. 421. No fim de cada serie lectiva haverá exames, depois dos quaes recommençará immediatamente o trabalho da serie seguinte, excepto quando a superintendente da escola tenha de dar ás alumnas os

quinze dias de ferias regulamentares.

Art. 422. Os exames de cada cadeira serão prestados perante commissão constituida por treis professores designados pela directora da escola, sob a presidencia do professor respectivo.

Art. 423. O exame constará de duas provas: uma escripta, que constará de dez perguntas sobre os varios assumptos da matéria, e uma demonstração pratica sobre ponto sorteado na occasião.

Art. 424. O julgamento das provas será secreto, devendo cada membro da commissão dar uma nota de 0 a 10, para que se obtenha a nota final, equivalente a um terço do total obtido.

Paragrapho unico. Somente serão considerados approvadas as alumnas que conseguirem metade do total dos pontos.

Art. 425. Do resultado final dos exames de cada turma e em cada dia será lavrada uma acta, datada e assignada pelos treis examinadores, e della constarão os nomes das alumnas examinadas e a declaração, para cada uma, de haver sido habilitada ou inhabilitada.

Art. 426. A alumna que perder a chamada, por motivo justificado, a juizo da directora da escola, terá direito a uma segunda chamada.

## CAPITULO XIX

### Disposições geraes

Art. 427. Das resoluções da directoria da escola caberá recursos para a superintendente geral do Serviço de Enfermeiras, e das desta para o Director Geral do Departamento, mediante requerimento e por intermedio da superintendente geral .

Art. 428. Os casos omissos no presente regulamento serão resolvidos pelo Director do Departamento Nacional de Saude Publica, com previa approvação do Ministro da Justiça e Negocios Interiores, salvo urgencia evidente.

Art. 429. Na Escola de Enfermeiras será observado o seguinte programma de instrucção:

(Parte Geral)

Princípios e methodos da arte de enfermeira;

Bases historicas, ethicas e sociaes da arte de enfermeira;

Anatomia e physiologia;

Hygiene individual;

Administração hospitalar;

Therapeutica, pharmacologia e materia medica;

Methodos graphicos na arte de enfermeira;

Physica e chimica applicadas;

Pathologia elementar;

Parasitologia e microbiologia;

Cozinha e nutrição.

Arte de enfermeira:

em clinica medica;

em clinica cirurgica

em doenças epidemicas;

em doenças venereas e da pele;

em tuberculose;

em doenças nervosas e mentaes;

em orthopedia;

em pediatria;

em obstetricia e gynecologia;

em oto-rhino-laryngologia;

em opthalmologia;

Hygiene e saude publica;

Radiographia;

Campo de acção da enfermeira  
Problemas sociaes e profissionaes.

Parte especializada (quatro ultimos  
mezes)

Serviço de saude publica; Serviço  
administrativo hospitalar; Serviço  
de dispensários; Serviço de labora-  
torios; Serviço de sala de operações  
Serviço privado; Serviço obstetrico;  
Serviço pediatrico.

Rio de Janeiro, 31-12-1923.

João Luiz Alves

**DECRETO No. 27 426/49, de  
14 de novembro de 1949.**

**Aprova o regulamento básico para os cursos de  
enfermagem e de auxiliar de enfermagem. (\* )**

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 87, nº I, da Constituição, e nos termos do art. 9º da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, decreta:

Artigo único. Fica aprovado o Regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, previsto na disposição legal acima referida e o qual com este baixa, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde.

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 1949, 128º da Independência e 61º da República.

**Eurico G. Dutra**  
**Clemente Mariani**

**REGULAMENTO A QUE SE RE-  
FERE O DECRETO Nº 27 426, DE  
14 DE NOVEMBRO DE 1949**

Art. 1º O "Curso de Enfermagem" tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da enfermagem.

Art. 2º O "Curso de Auxiliar de Enfermagem" tem por objetivo o adiestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

Art. 3º Além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros, de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração.

Art. 4º Compreendidos os trabalhos práticos e os estágios, a duração do curso de enfermagem é de trinta e seis meses; e o de auxiliar de enfermagem é de dezoito meses.

**Do Curso de Enfermagem**

Art. 5º No curso de enfermagem será ministrado o ensino de:

1º série:

I - Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar
- 2) Drogas e soluções
- 3) Ataduras
- 4) Higiene individual

II - Anatomia e fisiologia

III - Química biológica

IV - Microbiologia e parasitologia

V - Psicologia

VI - Nutrição e Dietética

VII - História da enfermagem

(\*) Ver Lei no. 775/49 à pág. 154

## VIII - Saneamento

IX - Patologia geral

X - Enfermagem e clínica médica

XI - Enfermagem e clínica cirúrgica

XII - Farmacologia e terapêutica

XIII - Dietoterapia.

2<sup>ª</sup> série

I - Técnica de sala de operações

II - Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais

III - Enfermagem e fisiologia

IV - Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas

V - Enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem

VI - Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica

VII - Enfermagem e socorros de urgência

VIII - Enfermagem e clínica urológica e ginecológica

IX - Sociologia

X - Ética (ajustamento profissional).

3<sup>ª</sup> série:

I - Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica

II - Enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal

III - Enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil.

IV - Enfermagem de saúde pública, compreendendo:

1) Epidemiologia e Bioestatística

2) Saneamento

3) Higiene da Criança

4) Princípios de Administração Sanitária

V - Ética (ajustamento profissional), II

VI - Serviço social.

Art. 6<sup>º</sup> O ensino será ministrado em aulas teóricas e práticas, mantendo-se a mais estreita correlação dos assuntos, ficando o candidato sujeito a estágios.

Art. 7<sup>º</sup> A prática e os estágios se farão mediante rodízio dos alunos em serviços hospitalares, ambulatórios e unidades sanitárias, abrangendo:

I - Clínica médica geral:

1) dermatologia

2) sifilografia

3) doenças venéreas

4) moléstias transmissíveis e tropicais

5) neurologia e psiquiatria

6) moléstias da nutrição

7) tuberculose

II - Clínica cirúrgica geral:

- 1) sala de operações
- 2) ortopedia, fisioterapia
- 3) ginecologia
- 4) otorrinolaringologia
- 5) oftalmologia

I - Clínica obstétrica e neonatal

II - Clínica pediátrica

III - Cozinha geral de dietética

IV - Serviços urbanos e rurais de saúde pública.

**Parágrafo único.** Cada estágio terá a duração mínima de quinze dias, abrangendo serviços de homens e de mulheres, além do estágio mínimo de sete dias de serviço noturno. O estágio em serviço de saúde pública terá a duração mínima de três meses.

**Art. 8º** A duração do período de ensino de cada disciplina constará do regimento da escola, exceto o de técnica de enfermagem que persiste na duração do curso.

**Art. 9º** De todas as disciplinas de cada série haverá provas escritas parciais e exames finais constantes de escrita e oral, ou prático-oral, nas disciplinas que o comportarem.

**§ 1º** Além do exame final, nas disciplinas lecionadas em período de três meses, haverá uma prova parcial.

**§ 2º** Nas demais disciplinas, haverá duas provas parciais, além do exame final.

**Art. 10º** Não será admitido às provas do exame final o aluno que obtiver nota inferior a cinco na prova parcial

ou média inferior a cinco, quando forem duas as provas parciais.

**Art. 11º** O aluno que faltar à prova parcial ou ao exame final terá zero. Fica-lhe assegurado, porém, direito a segunda chamada nos termos da legislação federal do ensino, e ressalvado à direção da escola, nos casos de elegância da doença, mandar submetê-lo a exame médico.

**Art. 12º** As provas parciais deverão realizar-se dentro do prazo de uma hora. É facultado à banca examinadora formular questões sobre o ponto do programa, sorteado no momento da prova.

**Parágrafo único.** Compete à banca examinadora corrigir os erros, assinando-os, e julgar as provas, atribuindo a nota graduada de zero a dez - por extenso e assinada.

**Art. 13º** Nas provas orais e prático-orais, o exame será prestado perante banca examinadora que concederá a nota merecida, em ata lavrada e assinada no momento.

**Art. 14º** À secretaria da escola compete reunir em mapa, assinado pelo diretor, as notas das provas parciais e do exame final. A soma será dividida por dois, quando se tratar de uma prova parcial; por três, quando da disciplina houver duas provas parciais, sendo o quociente o resultado final.

**Art. 15º** Considerar-se-á aprovado na disciplina o aluno que obtiver média final não inferior a cinco, o que será, também, o limite de aprovação para a nota de cada estágio. É expressamente vedado o acréscimo de qualquer fração para complemento de nota.

**Art. 16º** Ao aluno que, satisfeitas as exigências da frequência e da média

condicional, não houver comparecido aos exames finais, por motivo justificado, a juízo do diretor, será facultado submeter-se as provas finais em segunda época.

Art. 17<sup>o</sup> Ao aluno que não obtiver aprovação em uma disciplina poderá ser concedida matrícula condicional na série imediatamente superior, se aprovada a compatibilidade dos horários.

Art. 18<sup>o</sup> Quando a aprovação na série depender exclusivamente da nota de estágio, poderá o diretor conceder novo estágio, fora do período de férias.

Parágrafo único. A concessão de novo período de estágio poderá ser feita apenas uma vez, para cada disciplina.

Art. 19<sup>o</sup> Ao aluno que concluir regularmente o curso será conferido o grau de enfermeiro, expedindo-se-lhe o diploma assinado pelo diretor e pelo secretário, quando se tratar de escola federal e, também, pelo inspetor federal, quando reconhecido o curso.

Art. 20<sup>o</sup> O ensino será ministrado:

- 1 - por professores contratados, em relação às seguintes matérias: Anatomia, Doenças Transmissíveis e Tisiológicas, Farmacologia, Fisiologia e Biologia, Dietoterapia, Higiene e Saúde Pública, Microbiologia e Parasitologia, Nutrição e Dietética, Patologia Geral, Psicologia, Química, Sociologia, Clínica Ginecológica, Clínica Cirúrgica, Clínica Dermatológica, Clínica Médica, Clínica Neurológica, Clínica Obstétrica e Puericultura Neonatal, Clínica Oftalmológica, Clínica Ortopédica, Traumatológica e Fisioterápica, Clínica Otorrinolaringológica, Clínica

Pediátrica, Clínica Psiquiátrica, Epidemiologia e Bioestatística, Saneamento, Higiene da Criança e Princípios de Administração Sanitária.

- 2 - Por professores, inspetores e enfermeiros - chefes dos hospitais ou serviços em que se faz o estágio, desde que sejam diplomados em Enfermagem, quando se tratar das demais disciplinas.

- 3 - Por professores especializados quanto às matérias dos cursos de especialização.

Art. 21<sup>o</sup> Nos cursos ou nas disciplinas que funcionarem nas sedes de cursos médicos ou de serviços sanitários, o ensino das cadeiras não privativas poderá ser ministrado por professores ou assistentes daqueles cursos ou por médicos especializados, mediante acordo.

Art. 22<sup>o</sup> Quando o curso integrar Faculdade de Medicina ou for por esta mantido, a designação dos professores de cadeiras não privativas será feita pelo Diretor da Faculdade.

Parágrafo único. Quando a Faculdade de Medicina integrar universidade federal ou equiparada, poderá o regimento do curso dispor que a designação desses professores seja feita pelo respectivo Reitor na hipótese de ser federal a Faculdade e integrar universidade, também federal.

parecer No. 271/62, aprovado em 19 de outubro de 1962.

**Currículo mínimo do curso de Enfermagem .( \* )**

No ofício nº 115, de 27 de outubro de 1962, a Associação Brasileira de Enfermagem solicita revisão do Parecer nº 271, deste Conselho, que aprovou o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem. Como relator, passo a apreciar as modificações pleiteadas:

1. Inclusão da disciplina: Fundamentos de Enfermagem.

Com esse nome, a Comissão de Peritos de Enfermagem, reunida por iniciativa da Diretoria do Ensino Superior, propõe uma cadeira englobando: Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Nutrição e Dietética. Do currículo mínimo aprovado constam todas essas matérias e ainda Psicologia Geral. São conhecimentos básicos para a prática racional e consciente da profissão. Nada impede que essas matérias sejam reunidas sob a denominação pleiteada.

2. Inclusão da disciplina: Enfermagem e Saúde Pública.

Não consta do curso geral, que prepara o enfermeiro para cuidar do doente, como auxiliar do médico. Mas consta do currículo de mais um ano letivo, que prepara o enfermeiro de Saúde Pública, ainda em curso de gra-

duação. Poder-se-ia argumentar que foi organizado também um segundo curso, com mais um ano letivo, para a formação de enfermeira obstétrica, sem que se suprimisse a enfermagem obstétrica no curso geral. A idéia é que a enfermagem geral, destinada ao trabalho hospitalar, deve estar habilitada a cuidar de gestantes, parturientes e puerperas. A enfermeira obstétrica deve ter conhecimentos teóricos e práticos mais aprofundados da assistência obstétrica, que a habilitem a assistir o parto normal, na ausência do médico.

Em resumo: não consta a Enfermagem de Saúde Pública do curso geral porque entendeu o Conselho desdobrar o atual curso de enfermagem em três cursos de graduação, um dos quais, o de Enfermagem de Saúde Pública, inclui a matéria pretendida. Nada, entretanto, impede que as escolas a incluam, como também complementar, no curso geral.

3. Inclusão de disciplina: Ciências Sociais.

Tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina. Como exigí-la no de enfermagem? Obrigatoriamente, foi incluída no currículo do curso de Serviço Social. Como matéria complementar, as escolas de enfermagem poderão adotá-la.

4. Exclusão da disciplina: Patologia Geral.

---

(\*) Ver Pareceres 303/63 e 163/72 respectivamente às págs. 287 e 721; Portaria Ministerial de 4 de dezembro de 1962, à pág. 264; e Resoluções 513/64, 251/66, 73/67 e Resolução s/no. /67 decorrente do Parecer 303/63, respectivamente às págs. 305, 411, 440 e 443.

O fundamento é que a matéria “pode perfeitamente ser integrada nas disciplinas de enfermagem”. Assim, não se pleiteia propriamente a exclusão da matéria. Argumenta-se que poderá ser lecionada juntamente com outras disciplinas. O currículo mínimo, aprovado pelo Conselho não impede. O equívoco vem da suposição errônea de que cada matéria enumerada pelo Conselho deva ser uma cadeira. No caso, concordo em que os conhecimentos que a enfermeira deva ter da patologia humana se incluam no rótulo geral: “Fundamentos da Enfermagem”.

#### 5. Modificação da disciplina “Administração” para “Administração Aplicada à Enfermagem”.

Argumento: “O ensino da Administração Geral não basta para a Escola atingir seu objetivo que é o de preparar enfermeiras-chefes”. Continua o equívoco. A matéria é “Administração”, a terminologia genérica que o Conselho tem adotado. No curso de medicina, quando se diz “Anatomia”, subentende-se que seja a do homem. No curso de enfermagem, “Administração” refere-se, evidentemente, àquela que serve à profissão da enfermeira. Não vejo necessidade do complemento pleiteado. A especificação ficará nos programas e planos de estudos que a escola vier a adotar.

#### 6. Substituição da frase do Parecer: “Uma ou mais formam o conteúdo das cadeiras” por “uma ou mais disciplinas de enfermagem formam o conteúdo das cadeiras”.

Justificativa: “As disciplinas que no curso de medicina são chamadas básicas e desempenham papel

importantíssimo, num curso de graduação de enfermagem têm curta duração; são em geral lecionadas por assistentes das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, Filosofia, ou por enfermeiras, que recebem gratificação por aula dada. Não justifica que se constituam cadeiras pois acarretariam ônus enorme e desnecessário para a escola”.

É verdade que o Parecer não obriga as escolas a criarem tais cadeiras, mas a simples menção de que o fato é possível poderá provocar pressão por parte de pessoas interessadas, para a sua criação, sobretudo nas escolas governamentais.

A argumentação não procede. A frase impugnada é meramente explicativa. Consta, de um modo geral, de todos os currículos por mim relatados. A intenção é esclarecer às escolas quais as tarefas e competências que a nova lei lhes entrega. Quando assim faz, é na suposição de que os responsáveis pelo ensino vão fazer bom uso do poder que passaram a deter. Parte-se do pressuposto básico da confiança. A argumentação evoca uma fase de passividade e irresponsabilidade dos educadores, felizmente superada.

Entretanto, como nossa tarefa é apenas indicar as matérias do currículo mínimo, toda a parte final do documento poderá ser suprimida.

Em conclusão, atendendo, em parte, as ponderações do memorial, proponho que o texto aprovado seja substituído pelo seguinte, que será o único publicado:

“Ao inquérito promovido pelo Conselho Federal de Educação responderam as seguintes entidades:

- I - Associação Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro - GB
- II - Escola de Enfermagem “Dom Epaminondas”, São José dos Campos - Estado de S. Paulo
- III - Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo - Rio de Janeiro - GB
- IV - Escola de Enfermagem Wenceslau Braz - Itajubá - Estado de Minas Gerais
- V - Escola de Enfermagem Madre Justina Inês - Caxias do Sul - Estado do Rio Grande do Sul
- VI - Escola de Enfermeiras da Univ. de Goiás - Goiânia - Estado de Goiás
- VII - Escola de Enf. “Madre Ana Moeller” - Porto Alegre - RGS
- VIII - Escola de Enf. Nossa Senhora das Graças - Recife - Est. Pernambuco
- IX - Escola de Enf. da Univ. do Recife - Recife - Est. de Pernambuco
- X - Escola de Enf. Alfredo Pinto - Rio de Janeiro - GB
- XI - Escola de Enf. Luiza de Mariillac - Univ. Católica do Rio de Janeiro
- XII - Escola de Enf. São Francisco de Assis da Universidade do Maranhão - São Luiz - Est. do Maranhão
- XIII - Escola de Enfermagem Madre Maria Teodora da Universidade Católica de Campinas - Campinas - Estado de São Paulo
- XIV - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - Est. de S. Paulo.
- XV - Escola de Enfermagem Hermentina Beraldo - Juiz de Fora - Estado de Minas Gerais
- XVI - Escola de Enfermagem da Univ. da Bahia - Salvador - Est. da Bahia
- XVII - Escola de Enfermagem Magalhães Barata - Belém - Estado do Pará
- XVIII - Escola de Enf. da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo - SP
- XIX - Escola de Enfermagem de Porto Alegre da Universidade do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RGS
- XX - Escola de Enfermagem “Madre Leonice” - Univ. Católica do Paraná - Curitiba - Estado do Paraná.

Do estudo das sugestões recebidas e tendo em vista as condições culturais e sócio-econômicas do país, que aconselham soluções modestas e de maior rendimento prático, resultou para a Comissão a convicção de que o curso para a formação do enfermeiro deva ser de três anos letivos.

A partir dessa base, e com mais um ano letivo, seriam graduados dois tipos de enfermeiros especializados: o enfermeiro de Saúde Pública e a enfermeira Obstétrica.

Depois de alguns anos de exercício profissional, esses graduados poderiam voltar às Escolas, para cursos de pós-graduação, Administração e, em Magistério, para as funções de Chefia de serviços e de ensino. Tais cursos, bem como os de aperfeiçoamento são de competência das Escolas, não lhes cabendo currículos oficiais.

Os currículos dos três cursos de graduação ficariam assim constituídos:

1. Curso Geral (3 anos letivos)

Fundamentos da Enfermagem

Enfermagem Médica

Enfermagem Cirúrgica

Enfermagem Psiquiátrica

Enfermagem Obstétrica e Ginecológica

Enfermagem Pediátrica

Ética e História da Enfermagem

Administração.

2. Curso de Enfermagem de Saúde Pública (mais um ano letivo além do curso geral);

Higiene

Saneamento

Bioestatística

Epidemiologia

Enfermagem de Saúde Pública

3. Curso de Enfermagem Obstétrica (mais um ano letivo além do curso geral):

Gravidez, parto e puerpério normais

Gravidez, parto e puerpério patológicos

Assistência pré-natal

Enfermagem Obstétrica

A esses currículos mínimos, as escolas poderão acrescentar outras matérias complementares, obrigatórias ou facultativas.

No curso geral, as disciplinas de enfermagem terão em vista os aspectos de Saúde Pública correspondente.

Este, o Parecer da Comissão.

(a) Clóvis Salgado, Relator, Maurício Rocha e Silva, Deolindo Couto.

**PROJETO DE RESOLUÇÃO ANEXO  
AO PARECER No. 163/72, C.C.R. de  
Currículos, aprovado em 27 de janeiro de  
1972**

**Currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia. (\*)**

**Introdução**

Na formulação do novo currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, em várias modalidades, alguns preceitos e evidências básicas devem ser explícita e previamente colocados, por forma a orientar e, ao mesmo tempo, facilitar a compreensão do trabalho que se realiza:

- a) as atividades de enfermagem devem ser, conforme a sua complexidade crescente, partilhadas por profissionais dos três níveis de ensino, vale dizer, o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro;
- b) o currículo que se vai fixar diz respeito ao curso de graduação do enfermeiro, ou seja, do profissional a que ficaram cometidas as tarefas mais complexas, transcendentes e de maior responsabilidade da enfermagem, inclusive a pesquisa e a docência em nível superior, mediante estudos complementares de pós-graduação;
- c) o profissional, a cuja formação visa o currículo, deve ser o requerido pelas peculiaridades e demanda do mercado brasileiro de trabalho, prevista a sua influência, tanto no aperfeiçoamento como na formação empírica dos profissionais de enfermagem dos níveis inferiores;

d) a velocidade com que se processa a evolução científica acarreta a decadência e a caducidade, cada vez mais rápidas, das técnicas estabelecidas e a sua acelerada substituição por outras mais eficientes, porém ao mesmo tempo mais delicadas e complexas.

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

Dos fatos referidos, decorre que o novo currículo deverá:

1. ser realmente adequado à formação de um profissional capacitado a exercer as atividades mais elevadas relativas à enfermagem, na forma requerida pelo meio brasileiro;
2. fornecer ao enfermeiro um conhecimento científico básico que lhe permita não somente aprender a executar as técnicas atuais mais avançadas, relacionadas com a enfermagem, como acompanhar a evolução que estas irão sofrer, inevitavelmente, em razão da evolução científica;
3. dar ao graduado base suficiente para o acesso, através da realização de cursos de pós-graduação, à docência em nível superior e à participação eficaz na pesquisa;

(\*) Ver Resolução 4/72 à pag. 722

4. ajustar-se à filosofia e às exigências da nova legislação do ensino superior.

Em atenção ao último postulado, o currículo deve compatibilizar-se com a existência de um primeiro ciclo comum a todos os cursos da área das ciências da saúde, pelo menos.

Obedecendo às premissas estabelecidas, foi elaborado o anexo anteprojeto de currículo mínimo, para os cursos de graduação de enfermeiro, em várias modalidades, o qual ora é submetido à consideração desta douta Subcomissão de Currículos.

Na sua elaboração, foram tidos em conta subsídios de várias fontes, notadamente o currículo aprovado com o Par. 271/62 e os oferecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem, a Escola de Enfermagem Ana Neri, (UFRJ) e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

S. S., em 27 de janeiro de 1972.

Raymundo Moniz de Aragão, Relator,  
Clóvis Salgado, Relator, José Milano,  
Mariano da Rocha, Roberto Figueira Santos

## ANEXO - 5

### RESOLUÇÃO No. 4/72 de 25 de fevereiro de 1972

#### Currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia. (\*)

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições legais, na forma do que dispõe o art. 26, da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer nº 163/72, que a este incorpora, homologado pelo Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Educação e Cultura, resolve:

Art. 1º - O currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia compreenderá 3 (três) partes sucessivas:

- a) pré-profissional;
- b) tronco profissional comum levando a graduação do enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte;
- c) de habilitações, conduzindo pela seleção de matérias adequadas, à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica ou Obstetritz e do Enfermeiro de Saúde Pública, respectivamente, a partir do Enfermeiro

Parágrafo único. Nas universidades e estabelecimentos isolados que ministrem mais de um curso de graduação, a parte pré-profissional incluirá as matérias de 1º ciclo comum a todos os cursos da instituição na área das Ciências da Saúde.

Art. 2º - A parte pré-profissional compreenderá as seguintes matérias:

Biologia - incluindo noções fundamentais de Citologia, Genética, Embriologia e Evolução;

Ciências Morfológicas - incluindo Anatomia e Histologia;

Ciências Fisiológicas - incluindo Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia e Nutrição;

Patologia - compreendendo Processos Patológicos Gerais, Imunologia, Parasitologia e Microbiologia;

Ciências de Comportamento - incluindo noções de Psicologia e Sociologia;

Introdução à Saúde Pública - incluindo Estatística Vital, Epidemiologia, Saneamento e Saúde da Comunidade.

Art. 3º - O tronco profissional comum abrangerá as seguintes matérias:

- Introdução à Enfermagem;
- Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Enfermagem Materno-Infantil;
- Enfermagem Psiquiátrica;
- Enfermagem em Doenças Transmissíveis;
- Exercício da Enfermagem - incluindo Deontologia Médica e Legislação Profissional;
- Didática Aplicada à Enfermagem;

(\*) Ver Resolução no. 1/72, à pág. 717.

- Administração Aplicada à Enfermagem.

Art. 4º - A parte de Habilitações compreenderá as seguintes matérias grupadas como abaixo:

I - Para a habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

Enfermagem Médico-Cirúrgica incluindo Administração de Centro Cirúrgico, Enfermagem em Pronto Socorro, Unidade de Recuperação e de Cuidado Intensivo;

Administração de Serviços de Enfermagem Hospitalar.

II - Para a habilitação em Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia:

Obstetrícia;

Enfermagem Obstétrica, Ginecologia e Neonatal;

Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidades e Dispensários Pré-natais.

III - Para a habilitação em Enfermagem de Saúde Pública:

Enfermagem de Saúde Pública;

Administração de Serviços de Enfermagem em Unidades de Saúde.

Art. 5º - Integrarão ainda o currículo do curso de Enfermagem e Obstetrícia, em qualquer de suas modalidades, o Estudo de Problemas Brasileiros e a Prática de Educação Física, com predominância desportiva, de acordo com a legislação específica.

Art. 6º - O presente currículo mínimo poderá ser enriquecido de outras matérias a critério da Instituição.

Art. 7º - Na organização curricular as matérias correspondentes às 3 (três) partes do curso serão distribuídas em disciplinas, estabelecendo-se um sistema de pré-requisitos, de modo a assegurar a ordenação lógica dos assuntos.

Parágrafo único. Ao Enfermeiro que receber, em estudos regulares, a formação pedagógica prescrita para os cursos de licenciatura, será concedido o Diploma de Licenciado em Enfermagem, com direito ao registro definitivo como professor, ao nível de 1º e 2º graus, das disciplinas e atividades relacionadas à Enfermagem, Higiene e Programas de Saúde.

Art. 8º - O curso de Enfermagem e Obstetrícia será ministrado com as seguintes modalidades mínimas de duração:

a) na habilitação geral de Enfermeiro - 2.500 horas de atividades, integráveis no mínimo de 3 (três) anos letivos;

b) nas habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Pública - 3.000 (três mil) horas de atividades, integráveis no mínimo de 4 (quatro) e no máximo de 6 (seis) anos letivos;

c) na modalidade de Licenciatura - além da parte de conteúdo prescrita para qualquer das modalidades anteriores - a formação pedagógica da licenciatura exigida no Parecer nº 672/69.

Art. 9º - Na modalidade geral de Enfermeiro e em todas as habilitações será exigido o Estágio Supervisionado em hospi-

tal e outros serviços médico-sanitários, a critério da Instituição com carga horária não inferior a 1/3 (um terço) da correspondente à parte ou partes profissionalizantes do currículo, e levado a efeito durante todo o transcurso desse período de formação.

Art. 10º - A observância desta Resolução será obrigatória para os alunos matriculados a partir do ano letivo de 1973, podendo as Instituições que assim o entendam adotá-la no corrente ano.

Art. 11º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário - Roberto Figueira Santos - Presidente.

**PARECER Nº 163/72, C. C. R. de Currículos, aprovado em 28 de janeiro de 1972**

**Currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia. (\*)**

A Comissão Central de Revisão dos Currículos, tendo examinado o projeto anexo de currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia, apresentado pelo Subgrupo correspondente e relatado pelo Cons<sup>o</sup> Moniz de Aragão, é de parecer que o projeto atende às exigências para regular a matéria, recomendando sua aprovação pelo Plenário, com as emendas aprovadas pela própria Comissão Central.

Sala das Sessões, em 27 de janeiro de 1972.

Newton Sucupira - Presidente,  
Raymundo Moniz de Aragão - Relator,  
Clóvis Salgado, Tharcísio Damy de Souza Santos, Valnir Chagas .

Roberto Figueira Santos, Presidente,  
José Vieira de Vasconcelos, Pe. Alberto Deodato, Clóvis Salgado, José Milano, Mariano da Rocha, Maria Terezinha Tourinho Saraiva, Newton Sucupira, Valnir Chagas, Tharcísio Meirelles Padilha, T. D. de Souza Santos, Vicente Sobrinho Porto, Abgar Renault, Alaor de Queiroz Araújo, Martins Filho, Lena Castello Branco.

**VOTO DO PLENÁRIO**

O Conselho Federal de Educação, em Sessão Plenária, aprovou o parecer da Comissão Central de Revisão de Currículos e o projeto de resolução que fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.

S. S., em 28 de janeiro de 1972.

**PARECER Nº 292/62, aprovado em  
14 de novembro de 1962**

**Matérias pedagógicas para a licenciatura. (\*)**

Os currículos mínimos dos cursos de licenciatura compreendem as matérias, fixadas para o bacharelado, convenientemente ajustadas em sua amplitude, e os estudos profissionais que habilitem ao exercício do magistério nos estabelecimentos de ensino médio. É desta última parte que nos cabe tratar aqui; e ao fazê-lo temos por suposto que não se há de entender como professor, mesmo "de disciplina", aquele que apenas cumpre mecânicamente a tarefa de "dar aulas". Todo professor é basicamente um educador; e só age como tal o que faz de cada ensino particularizado um instrumento para a formação integral do aluno. Em última análise, portanto, o futuro aluno constitui o dado fundamental a ser levado em conta na preparação pedagógica dos licenciados; e a partir dessa constante desdobram-se as soluções em dois planos mutuamente complementares. Num plano decrescente, encara-se a situação ensinar-aprender em seu triplice e aspecto de aluno, matéria e método, enquanto num plano crescente focaliza-se o processo educativo como um todo mais amplo em que se inserem os componentes aluno, escola e meio.

O primeiro envolve as relações aluno-matéria e matéria-método, causa de longas controvérsias em que se pretende sempre estabelecer a prevalência de um elemento sobre o outro. Tal, porém, já não ocorre no caso presente. A posição em que nos situamos retira dessas relações qualquer

sentido polêmico, visto que se em função do aluno, e *para* ele, é que verdadeiramente existem as matérias, estas valem como ordenações de conhecimentos na medida em que também representam meios para desenvolver-lhe formas positivas de pensamento, sentimento e ação. Na linguagem da fórmula "ensinar -X- a João", soa-nos tão absurdo o restritivo "ensinar X", em que se ignora totalmente o aluno ao erigir o conhecimento à categoria de fim em si mesmo, quanto o dispersivo "ensinar a João" de certo pedagogismo que vai desaparecendo em nossos dias. Impossível como é abstrair qualquer desses três elementos, sem produzir mutilações irreparáveis, não vemos como fugir às duas únicas soluções possíveis: a de "ensinar X a João", admissível em determinadas circunstâncias, e a definição geral de "ensinar a João X", em que *João* tem precedência sobre *X* e ambos sobre o *ensinar*. Como este se ajusta a *João* pela via de *X*, segue-se que desde logo temos como indiscutível a predominância funcional da matéria sobre o método. Afinal, *o que ensinar* preexiste *ao como ensinar* e de certo modo o condiciona, o que não implica negar validade à metodologia teórica e prática da Educação. Do contrário, já não se cogitaria sequer de um treinamento didático, porque este fluiria, então, inteiramente, das próprias matérias encarradas como tais.

Afora, portanto, a parte de conteúdo, fixada no currículo de cada curso, deve o candidato à licenciatura realizar estudos que o familiarizem com os dois *outros* aspectos imediatos da situação docente: o

(\*) Ver Parecer no. 672/69 à pág. 527; Portaria no. 13/69 à pág. 486 Resolução no. 1 \_\_\_\_\_ à pág. 717.

aluno e o método. No primeiro caso, em que se tem em vista o tipo especial de aluno da escola média, parece-nos indispensável a Psicologia da Adolescência, cujo ensino absolutamente não exclui, antes supõe, a consideração em plano secundário, como cores de fundo, das demais etapas do desenvolvimento humano. No segundo caso, deve ser focalizado o ato de ensinar com o seu correlato prévio do aprender. Para isto aconselham-se a Didática e a Psicologia da Aprendizagem (incluindo esta obviamente o capítulo de Motivação), além da Prática de Ensino, para trazer o necessário realismo àquelas abordagens mais ou menos teóricas da atividade docente. É de estranhar que até agora, entre as exigências oficiais para a formação do magistério, ainda não figurasse a Prática de Ensino com o merecido relevo. O fenômeno talvez se explique como um reflexo do próprio meio social, onde não se concebe que uma intervenção cirúrgica - para usar o símile consagrado - esteja a cargo do médico que a faça pela primeira vez e, paradoxalmente, se entregue a educação de uma criança ou de um jovem, ato que tem repercussões para toda a vida, a professores que jamais se defrontaram antes com um aluno.

É certo que a legislação específica de há muito exige um Colégio de Aplicação. A realidade, porém, veio demonstrar a procedência dos receios com que foi recebida tal iniciativa, que não implicava a obrigatoriedade da Prática de Ensino, porquanto esta se entendia mais como tema de programa do que como objeto de um mínimo curricular. Devendo ser um estabelecimento modelo, de montagem evidentemente custosa e difícil, esse deixou de surgir na maioria das faculdades de filosofia. Mesmo naquelas em que foi criado, o seu funcionamento ou reproduziu a rotina dos educandários comuns, ou dele

fez uma autêntica "vitrina pedagógica", onde os alunos-mestres passivamente assistem, como espectadores, ao que a rigor não lhes é dado fazer. E quando excepcionalmente o fazem, através de aulas artificialmente planejadas, a experiência de cada um se limita, por todo um curso de quatro anos, a duas ou três horas, em que assistematicamente captam, se algo podem captar, aspectos circunstanciais da função de ensinar.

Não se põe em dúvida, com isto, a conveniência de que existam colégios-padrão junto às faculdades onde se formam os professores destinados ao ensino de grau médio. O que se discute é a sua característica de órgãos de aplicação; e o que se pretende, pois, é simplesmente redefiní-los como centros de experimentação e demonstração. A Prática de Ensino, esta deve ser feita nas próprias escolas da comunidade, sob a forma de estágios, como os "internatos" dos cursos de Medicina. Só assim poderão os futuros mestres realmente *aplicar* os conhecimentos adquiridos, dentro das possibilidades e limitações de uma escola real, e ter vivência do ato docente em seu triplice aspecto de planejamento, execução e verificação.

É óbvio que não se imagina fique o estudante entregue à própria sorte, cometendo erros e adquirindo vícios que dificilmente se extirparão mais tarde. Esta enfim já é a situação atual, que precisamente se pretende corrigir. Ao invés disso, o que se preconiza é o estágio supervisionado, em que o aluno-mestre será assistido por professores especialmente designados para orientá-lo e, quando for o caso, levado à frequentes observações junto ao Colégio de Experimentação e Demonstração. Assim preparado, e trazendo para discussão a experiência dos seus próprios êxitos e fracassos, transfor-

ma-se ele no veículo de uma contínua renovação dos padrões escolares do meio, o que importa numa vantagem a mais como serviço de extensão. Aliás, a idéia de um "in-service training" para o magistério é hoje reivindicação generalizada. Nos programas que se delineiam para dar-lhe forma, aparece invariavelmente, por entre as diversidades que ela decerto comporta, a solução do *estágio supervisionado* com utilização crescente das *escolas da comunidade*.

Do segundo plano em que se desdobra a formação pedagógica para a licenciatura, cabe ainda considerar as componentes escola e meio, já que do aluno tratamos anteriormente. A fim de que o futuro mestre conheça a *escola* onde atuará, prescreve-se a Administração Escolar estudada não em profundidade, que para tanto existem cursos mais apropriados, porém como uma fixação de elementos relacionados com os seus objetivos, a sua estrutura e os principais aspectos do seu funcionamento. Para tornar presente a influência do *meio*, que se projeta no comportamento de professores e alunos e define a própria escola, pode-se indicar matéria especial ou fazê-lo, indiretamente, através mais uma vez da Administração. Optamos pela segunda hipótese, fiéis ao propósito de fixar um mínimo que, além da sobriedade, tenha a virtude de não interferir demais na parte de conteúdo. Mesmo porque desta forma se torna possível, em estudo para assim dizer introdutório, dar uma visão unitária do binômio escola-sociedade expresso no que imaginamos seja uma autêntica Administração Escolar Brasileira, uma administração em que se focalize a escola, e em primeiro plano a escola média, pelas suas múltiplas conexões com a comunidade local e nacional.

Em resumo, o mínimo a ser exigido para a preparação pedagógica do licenciado deve abranger:

1. Psicologia da Educação: Adolescência, Aprendizagem.
2. Elementos de Administração Escolar.
3. Didática.
4. Prática de Ensino, sob forma de estágio supervisionado.

À primeira vista, este esquema parece reeditar, com algumas atenuações, a sobrecarga dos currículos anteriores; mas isto absolutamente não se verifica. Tais currículos traziam, desde logo, as respectivas disciplinas dispostas pelo mínimo de *anos* ou *séries*. Na solução proposta, que diminui as próprias matérias de um terço, o que se imagina é uma "dosagem" máxima por *semestres*: um semestre para Adolescência, outro para Aprendizagem, um terceiro para Administração e o quarto para Didática, além do estágio supervisionado, num total de cinco semestres - disciplinas que não chegam a constituir um semestre letivo completo, mesmo em regime de tempo parcial. Com isto, a parte pedagógica da licenciatura fica reduzida de um quarto (que ocupa no sistema ainda em vigor) para um oitavo do período de quatro anos, reservando-se assim mais um oitavo, equivalente a um semestre letivo, para o aprofundamento das especialidades relativas aos diversos cursos.

Daí não se há de inferir que todo o ensino profissional deva ser feito concomitantemente, como num ciclo à parte, e sem qualquer ligação com as matérias do conteúdo. Pelo contrário: o seu desenvolvimento supõe a observância de critérios de hierarquia por força dos quais al-

guns temas são pré-requisitos de outros. Adolescência e Aprendizagem, por exemplo, situam-se naturalmente antes de a Administração Escolar e Didática; e o estágio apresentará sem dúvida melhor rendimento se iniciado quando o ensino destas últimas estiver pelo menos a meio-caminho. Ademais é por todos os títulos desaconselhável separar o *como* ensinar do *que* ensinar. A Didática não é "un moulin qui tourne en vide" é a arte de *ensinar alguma coisa* a alguém ou, na definição clássica de Comenius, "a arte de ensinar tudo a todos".

Disso resulta, como aliás foi salientado no Parecer nº 283/62, que já não se concebe um curso exclusivamente de Didática, visto que, até o último semestre do ano terminal (não nos referimos a "série"), sempre estarão presentes matérias de conteúdo. A licenciatura é um grau apenas *equivalente* ao bacharelado, e não *igual* a este *mais* Didática, como acontece no conhecido esquema 3 + 1. O tempo e o esforço utilizados naquela para a formação pedagógica, dentro da duração fixada para o curso, serão no bacharelado empregados para intensificação das respectivas especialidades. Assim, para obter os dois diplomas, terá o aluno de prolongar os estudos pelo tempo correspondente, conforme o plano do estabelecimento, ao aprofundamento dessas especialidades, se for inicialmente licenciado, ou para a sua preparação como professor, se for bacharel.

Como conclusão, reunimos estas considerações no incluso projeto de Resolução, de cujos dispositivos apenas o relativo a Prática de Ensino se aplica à licenciatura em Pedagogia, porquanto as outras matérias estão contidas, com maior amplitude, no currículo já aprovado para esse curso.

(a) Valnir Chagas, relator

Anísio Teixeira, Newton Sucupira.

**Fixa a parte pedagógica dos currículos mínimos  
relativos aos cursos de licenciatura**

(a) Valnir Chagas, relator

Anísio Teixeira, Newton Sucupira.

O Conselho Federal de Educação, usando da atribuição que lhe conferem os Art<sup>os</sup> 9<sup>o</sup>, letra e, e 70 da Lei n<sup>o</sup> 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e nos termos do Parecer número 292/62 que a esta fica incorporado.

Resolve:

**Art. 1<sup>o</sup>** - Os currículos mínimos dos cursos que habilitam ao exercício do magistério em escolas de nível médio, abrangerão as matérias de conteúdo fixadas em cada caso e as seguintes matérias pedagógicas:

1. Psicologia da Educação: Adolescência, Aprendizagem.
2. Didática.
3. Elementos de Administração Escolar.

Parágrafo único. É também obrigatória, sob a forma de estágio supervisionado, a Prática de Ensino das matérias que sejam objeto de habilitação profissional.

**Art. 2<sup>o</sup>** - Ao curso de Pedagogia aplica-se, apenas desta Resolução, o disposto no parágrafo único do artigo anterior.