



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**ANA PAULA RAMOS DA SILVA DUARTE**

**O PROCESSO DE *CURRICULARIZAÇÃO* DA ENFERMAGEM NO BRASIL**

**MACEIÓ/AL**

**2015**

ANA PAULA RAMOS DA SILVA DUARTE

O PROCESSO DE *CURRICULARIZAÇÃO* DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos

Coorientador: Prof. Dr. Sóstenes Ericson Vicente da Silva.

MACEIÓ- AL

2015

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

D812p Duarte, Ana Paula Ramos da Silva.  
O processo de curricularização da enfermagem no Brasil / Ana Paula Ramos da Silva Duarte. - 2015.  
85 f. : il.

Orientadora: Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos.  
Coorientador: Sóstenes Ericson Vicente da Silva.  
Dissertação (mestrado Profissional Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Maceió, 2015.

Inclui bibliografia.  
Apêndices: f. 77-85.

1. Enfermagem – Estudo e ensino. 2. Currículo. 3. Formação em enfermagem.  
4. Enfermagem – Legislação. I. Título.

CDU: 616-083:378



Universidade Federal de Alagoas  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde

FAMED - UFAL - Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária - Maceió-AL  
CEP: 57072-970  
E-mail:mpesufal@gmail.com

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado da aluna Ana Paula Ramos da Silva Duarte, intitulado: "O Processo de Curricularização da Enfermagem Brasileira", orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 16 de Dezembro de 2015.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata Aprovada.

Banca Examinadora:

Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos- (FAMED/UFAL)

Maria do Socorro Aguiar de Oliveira Cavalcante  
Prof. . Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Aguiar de Oliveira Cavalcante- (PPGE/UFAL)

Ana Lydia Vasco de Albuquerque Peixoto  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lydia Vasco de Albuquerque Peixoto- (CESMAC)

Renato Santos Rodarte  
Prof. Dr. Renato Santos Rodarte (Suplente)- (UFAL)

Dedico este trabalho a todos que  
estiveram presentes durante essa  
longa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela concretização desta etapa e por me conceder sempre as melhores oportunidades para crescimento pessoal e profissional.

A minha família, obrigada por compreenderem toda minha ausência, por me darem força sempre e pelo apoio e torcida em mais esta caminhada.

A minha orientadora profa. Dra. Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos por acreditar desde o início na minha proposta de pesquisa e por toda atenção disponibilizada.

Ao meu Coorientador prof. Dr. Sóstenes Ericson Vicente da Silva. Obrigada por todo apoio e incentivo desde a graduação como professor e orientador e em todo percurso do mestrado.

Aos professores do mestrado por todo conhecimento compartilhado e oportunidade de aprendizado.

Aos colegas de mestrado por compartilharmos experiências que jamais serão esquecidas e pelas amizades construídas.

Aos membros da Banca pela atenção e disponibilidade nas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos colegas de trabalho, todo meu carinho e gratidão pela torcida e apoio e por toda compreensão quando tive que ausentar-me. Em especial a Rudja e Ivânia.

A coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Cesmac do Sertão, profa. Alayde Ricardo, por todo apoio e incentivo durante essa jornada, pelas palavras de esperança e encorajamento e principalmente por sua amizade.

À Faculdade CESMAC do Sertão, onde desenvolvo atividades profissionais como docente e assessoramento acadêmico ao Curso de Enfermagem. Agradeço, na pessoa da Diretora executiva Profa. Damares Teixeira Novaes, o apoio institucional dispensado para a realização desta pesquisa e das outras atividades do mestrado.

Não sejas nunca de tal forma que não possas ser também de outra maneira [...] E não perguntes quem é aquele que sabe a resposta, nem mesmo a essa parte de ti mesmo que sabe a resposta, porque a resposta pode matar a intensidade da pergunta e o que se agita nessa intensidade. Sê tu mesmo a pergunta [...].

(Jorge Larrosa).

## RESUMO GERAL

Este Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso apresenta a pesquisa realizada no Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde (MPES) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, durante o período de 2013 a 2015. Esta pesquisa propôs reconstituir o processo de curricularização da enfermagem brasileira. A opção metodológica foi a pesquisa documental como modalidade da pesquisa qualitativa. Os documentos analisados e interpretados pela técnica da análise de conteúdo foram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, e legislação específica de enfermagem, bem como documentos das entidades COREN/COFEN/ABEN. As categorias que emergiram nos resultados foram Formação na enfermagem brasileira e Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil. Observa-se que o processo de curricularização evidencia-se durante esta análise de categorias temáticas de forma muito discreta, porém quando associadas num contexto geral tem-se o que chamamos de processo de curricularização. Além da elaboração do artigo, como produto optou-se pela produção de um livro sobre a temática que encontra-se em fase de elaboração. O objetivo deste produto é produzir material textual (livro) que possa ser disponibilizado e catalogado na biblioteca central da UFAL expandindo o acesso a acadêmicos e docentes dos cursos de graduação em enfermagem, assim também disponibilizado às bibliotecas dos cursos de enfermagem das outras faculdades do estado de Alagoas.

**Palavras Chave:** Currículo. Formação em Enfermagem. Legislação de Enfermagem.



## GENERAL ABSTRACT

This Scholar Paper fulfils the requirements of completion of a Postgraduate Course and presents the research carried out at the Professional Master's Program in Health Education (MEPS) of the Medical School of the Federal University of Alagoas, during the period from 2013 to 2015. This research work had the purpose of reconstitute the process of curricularising at the Brazilian Nursing Schools. The methodological approach selected was a documentary analysis of the data as qualitative research. The documents analyzed and interpreted by the technique of content analysis were: the National Curriculum Guidelines (DCN's), the Course Curriculum Guidelines for Undergraduate in Nursing and Nursing Specific Legislation, as well as documents of entities as Regional Nursing Council, Federal Nursing Council and Brazilian Nursing Association (COREN/COFEN/ABEN). The categories that emerged in the results were: Training in Brazilian Nursing and Nursing Curriculum Documentary Bases in Brazil. It was observed that the curricularising process is evident through all the analysis of the thematic categories, although in a very unobtrusive way, but when associated within a general context it turns out on what it is called a curricularising process. In addition to the preparation of this article, it was decided that the product of this research could also generate a book on the subject, which is in the process of elaboration. The goal of this product is to offer a textual material (book) that can be made available and catalogued at the Central Library of the Federal University of Alagoas, expanding this way the access of the theme to scholars and teachers of undergraduate courses in Nursing, so it will be also available at Libraries of the Nursing Courses of other Colleges existing the State of Alagoas.

**Key word:** Curriculum. Training in Nursing. Legislation Nursing

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CEF	Conselho Federal de Educação
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAU	Departamento de Assuntos Universitários
DCENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Ciência
MS	Ministério da Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
RU	Reforma Universitária

SESu      Secretaria de Educação Superior

SUS      Sistema Único de Saúde

TACC     Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>ARTIGO – O PROCESSO DE CURRICULARIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL</b> .....	14
<b>2.1</b>	<b>Introdução</b> .....	15
<b>2.2</b>	<b>Referencial teórico</b> .....	17
2.2.1	Currículo.....	17
2.2.1.1	Diferentes noções de currículo.....	18
2.2.1.2	Constituição e organização do currículo.....	26
2.3	Percurso metodológico.....	30
<b>2.4</b>	<b>Resultados e discussão</b> .....	32
2.4.1	Formação na enfermagem brasileira.....	34
2.4.1.1	A Influência francesa na formação em enfermagem no Brasil.....	34
2.4.1.2	A formação em enfermagem: bases no século XX.....	42
2.4.2	Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil.....	53
2.4.2.1	Aspectos históricos do currículo da enfermagem brasileira.....	54
2.4.2.2	Diretrizes.....	63
<b>2.5</b>	<b>Conclusão</b> .....	68
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
	<b>APÊNDICES</b> .....	77

**APÊNDICE A – Matriz 1 – *Corpus* da Pesquisa – Brasil (1890-2009)....78**

**APÊNDICE B – Matriz 1 – *Corpus* da Pesquisa – Brasil (1890-200).....80**

## 1 APRESENTAÇÃO

O ingresso no Mestrado em Ensino na Saúde, assim como a definição desta pesquisa advém de duas situações presentes em minha trajetória profissional que merecem ser resgatas aqui.

Durante a graduação em enfermagem inquietava-me a necessidade de conhecer, em vários aspectos, quem era o profissional Enfermeiro, este que eu me tornaria ao concluir a graduação. Buscava definir sua identidade no Ser e no Fazer desse profissional nos dias atuais.

Motivada pelo interesse em entender e discutir o processo de trabalho do profissional do enfermeiro e diante da superficialidade em que a problemática é tratada na graduação, senti necessidade de aprofundar os estudos através da pesquisa que resultou no trabalho de conclusão de curso. A realização do estudo ampliou meu entendimento em relação à enfermagem e a minha atuação no exercício profissional trouxe outras inquietações que sugeriam a continuação do estudo de forma mais aprofundada.

Posteriormente, ao ingressar na docência percebi um significativo despreparo pedagógico quanto ao exercício da função docente, apesar de ter acumulado uma bagagem técnica em outras experiências profissionais. No entanto, o sentimento era de ter a formação exigida, mas não o preparo para tal, pois não houve na formação um desenvolvimento das habilidades de ensinar. Considerava ter adquirido na graduação habilidades técnicas para atuar principalmente na área assistencial e de gerenciamento como “Enfermeira”, mas não para atuar como “Enfermeira professora”, como discutido por Batista, N. e Batista, S. (2004), quando trazem os conceitos de “nativo” e “estrangeiro” na experiência docente em saúde. Segundo os autores, os docentes da área da saúde muitas vezes são nativos no campo técnico, pois são profissionais da saúde, mas geralmente são estrangeiros no campo da educação, pois tornaram-se professores sem aproximação com os saberes necessários para as práticas pedagógicas.

Tal situação me incentivou a buscar uma formação complementar na pós graduação *stricto sensu* no mestrado em Ensino na Saúde. Dessa forma, a motivação inicial para me dedicar a estudar com maior profundidade o ensino na saúde vem, a partir das necessidades do exercício docente, buscando aprofundamento e entendimento sobre práticas pedagógicas e, ao mesmo tempo, na

perspectiva da pesquisa realizada no mestrado, dar continuidade à temática da pesquisa iniciada na graduação que estuda a formação do enfermeiro.

Diante desse contexto, esta pesquisa foi realizada no Programa de Mestrado Ensino na Saúde, durante o período de 2013 a 2015 e propôs reconstituir o processo de curricularização da enfermagem brasileira. A opção metodológica foi a pesquisa documental como modalidade da pesquisa qualitativa. Os documentos analisados e interpretados pela técnica da análise de conteúdo foram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), e legislação específica de enfermagem, bem como os documentos das entidades COREN/COFEN/ABEN. As categorias emergentes nos resultados, Formação na enfermagem e Legislação, ao serem analisadas com mais aprofundamento de forma indissociável no contexto histórico e legal conferem uma contribuição significativa na forma de entender a enfermagem numa perspectiva crítica e real. Pensando na produção textual como produto, optou-se pela produção de um livro sobre a temática que se encontra em fase de elaboração.

## 2 ARTIGO – O PROCESSO DE CURRICULARIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

### RESUMO

Esta pesquisa reflete sobre o processo de *curricularização* e não o currículo individualizado ou institucional buscando resposta ao questionamento de como se constituiu tal processo no caso da enfermagem brasileira, considerando os aspectos históricos, sociais, ideológicos, éticos e legais da profissão até os dias atuais. O objetivo proposto foi reconstituir o processo de *curricularização* da enfermagem no Brasil. A opção metodológica foi uma modalidade da Pesquisa Qualitativa chamada Pesquisa Documental que utilizou como fonte para coleta de dados documentos legais que regulamentam a formação da enfermagem. É feita uma aproximação com a análise de conteúdo, especificamente no que trata da análise documental. As categorias que emergiram nos resultados foram Formação na enfermagem brasileira e Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil. Observa-se que o processo de *curricularização* evidencia-se de forma discreta durante esta análise de categorias temáticas, porém quando associadas num contexto geral tem-se o que chamamos de processo de *curricularização*. O conhecimento já posto neste estudo, precisa ser considerado/revisado/ampliado. Por esta razão, entendemos que a concepção reduzida (distorcida) da enfermagem, em seus múltiplos aspectos, que encontramos nos estudos disponíveis, não dá conta da dinâmica histórica da constituição e de sua atuação profissional.

**Palavras-Chave:** Currículo. Formação em Enfermagem. Legislação da enfermagem.

### THE PROCESS OF NURSING CURRICULARISING IN BRAZIL

#### ABSTRACT

This research proposes to study the process of curricularising and not individual or institutional curriculum seeking to answer the question of how to set up such a process in the case of Brazilian nursing, considering the historical, social, ideological, ethical and legal aspects of the profession until nowadays. The proposed objective was to reconstruct the process of nursing curricularising in Brazil. The methodological option was a form of qualitative research called documentary research, that has used as a source of data collection legal documents that regulates the nursing. An approach analysis, specifically in dealing with the document analysis is made. The categories that emerged in the results were training in Brazilian nursing and documentary nursing curriculum bases in Brazil. It is observed that the process of curricularising do not get evidenced for this analysis of themes, but when combined in a general context, we get what we call curricularising process. The existing Knowledge needs to be considered / revised / expanded. For this reason, we understand that the reduced design (distorted) does not support the historical dynamics of the constitution and nursing practice.

**Keywords:** Curriculum. Training in Nursing. Nursing Legislation.



## 2.1 Introdução

A formação em saúde no Brasil vem sendo objeto de discussão, sobretudo dentre aqueles que se preocupam com a qualidade da formação profissional. Historicamente, o ensino de enfermagem tem sofrido modificações no que se refere a sua relação com as condições econômicas, políticas e ideológicas de cada período. No país, a partir das primeiras décadas do século XX, a enfermagem vem ocupando lugar de destaque no setor saúde, constituindo a maior força de trabalho nessa área. Data também desse momento, o processo de laicização da profissão e da preocupação estatal em legislar sobre a formação e o exercício profissional.

O entendimento da referida situação implica, primeiro, em resgatar e apreender o processo histórico de desenvolvimento da formação em enfermagem e, em seguida, analisar as propostas curriculares em suas bases legais, posicionando-se criticamente sobre as determinações que influenciaram sua trajetória. É razoável entender também o *cuidado de enfermagem*, que precisa ser investigado à luz do processo histórico de constituição da profissão, considerando-se que, a depender da necessidade hegemônica de cada momento histórico, as formas de cuidar se alteram substantiva e significativamente, esta alteração requisita ajustes na formação profissional em enfermagem, como estratégia de uma formação adequada às distintas demandas impostas pelas transformações sociais (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Esta pesquisa propôs reconstituir o processo de *curricularização*<sup>1</sup> e não o currículo individualizado ou institucional, buscando resposta ao questionamento de como se constituiu tal processo no caso da enfermagem brasileira, considerando os aspectos históricos, sociais, ideológicos, éticos e legais da profissão até os dias atuais?

Os resultados decorrem da análise de documentos oficiais, tais como, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), assim como normatizações das entidades COREN, COFEN e ABEN, analisadas indissociavelmente em cada momento histórico.

---

<sup>1</sup> Há seu tempo, neste estudo, esta noção será retomada e definida.

Diversos estudiosos como Germano, Oguisso, Padilha, Porto e outros, têm se encarregado de resgatar, através dos mais diferentes percursos teórico-metodológicos, como a enfermagem vem se firmando no país, com contribuições significativas que ajudam a desvelar aspectos culturais, políticos, ideológicos, legais, técnicos, e outros. Nesse sentido, entendemos que os estudos já realizados facilitam a apreensão mais imediata da questão, ao tempo em que realçam o desafio de avançar em aspectos mais fundamentais, em especial, acerca do processo de formação do profissional enfermeiro e assim contribuir com os estudos da enfermagem.

Lembramos que no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), através da Lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, encontra-se definida a composição da enfermagem no Brasil em categorias profissionais, a saber:

- Art 6º - São Enfermeiros: o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- Art. 7º - São técnicos de enfermagem: o titular do diploma ou do certificado de Técnico de enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;
- Art. 8º - São Auxiliares de enfermagem: o titular do certificado de Auxiliar de enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente e,
- Art. 9º - São Parteiras: a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959 (BRASIL, 1986).

Ao abordar o termo “Enfermagem” entende-se englobar todas as categorias, porém, ressaltamos que este estudo foi direcionado apenas para a categoria Enfermeiro. É importante considerar que a maioria dos estudos no campo da formação profissional se situa no caráter descritivo, ainda que o processo de formação do enfermeiro não ocorra de forma linear e endógena à profissão, pois a orientação curricular se propõe a formar profissionais alinhados com demandas específicas de saúde, em determinados contextos históricos. Isso implica dizer que a tarefa para a qual nos propusemos remete a uma noção da enfermagem, a partir de uma perspectiva que a situe no bojo das contradições sociais, apontando elementos que nos ajudem a entender o momento atual da profissão no país.

A proposta de realização desse estudo decorreu de discussões suscitadas no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Enfermagem intitulado “A Precarização da Atividade Profissional do Enfermeiro Brasileiro no início do século

XXI”. Os desdobramentos das leituras e reflexões encaminharam à abordagem da questão do currículo, o que provocou a necessidade de investigar a formação profissional, apreendida como parte constitutiva do processo de precarização do trabalho, uma vez que precede a atuação profissional e a acompanha, através da formação continuada e da pós-graduação.

Neste sentido a pesquisa propôs reconstituir o processo de *curricularização* da enfermagem brasileira, identificar as propostas curriculares para a formação em enfermagem, em suas bases históricas e legais e analisar as determinações históricas e sociais que influenciaram a trajetória da enfermagem.

O referencial teórico que subsidiou a pesquisa está disposto em uma seção intitulada “Currículo”, na qual são trazidas notas sobre as diferentes noções de currículo, como se constitui e se organiza em suas bases legais. Os resultados e discussão desta pesquisa estão dispostos em duas seções temáticas, são elas; A formação na enfermagem brasileira onde resgata-se o processo inicial da formação do enfermeiro e recupera-se a discussão sobre a influência das bases curriculares europeias e norte americanas, assim como sua dicotomia e o surgimento das bases curriculares brasileiras. A outra seção temática, Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil resgata os aspectos históricos do currículo da enfermagem brasileira e suas diretrizes atuais que compõem a análise dessa conjuntura, estabelecendo nexos importantes entre o processo inicial da formação em Enfermagem e a necessidade hegemônica de cada momento histórico, assim como sua formação e atividade profissional nos dias atuais.

## **2.2 Referencial teórico**

### **2.2.1 Currículo**

Abordar como se constitui o processo de *curricularização* é uma tarefa intelectual que exige além do conhecimento sobre o objeto “currículo”, um entendimento acerca dos aspectos históricos, sociais, ideológicos, políticos, culturais e legais que subsidiam a construção deste objeto. .No sentido de definir o que é “currículo” observamos que este possui sentidos diversos e localizados historicamente. As formas de definir o objeto currículo geralmente são partes de um argumento que se posiciona sendo contrário à noção hegemônica, ou apontando insuficiências em relação às definições anteriores.

Sob tais definições, se esconde uma série de outras questões que discutiremos ao longo do primeiro subitem, ao abordarmos as diferentes noções de currículo, que vêm permeando disputas nas teorias curriculares. No segundo subitem desta seção, nos voltamos à apreensão da constituição e organização do currículo, baseadas nos preceitos legais da Educação Brasileira.

#### 2.2.1.1 Diferentes noções de currículo

Embora seja direta, a pergunta “o que é currículo?” não tem resposta fácil e unificada. Desde o início do século passado, ou mesmo desde um século antes, os estudos curriculares têm definido currículo de formas muito diversas. Indo dos guias curriculares propostos pelas redes de ensino àquilo que acontece em sala de aula, currículo tem significado, entre outros, a matriz curricular com disciplinas/atividades e cargas horárias, o conjunto de ementas e os programas das disciplinas, os planos de ensino dos professores, as experiências propostas e vividas pelos alunos (LOPES; MACEDO, 2011). Existe um aspecto comum a tudo isso que tem sido chamado currículo: a ideia de organização, prévia ou não, de experiências/situações de aprendizagem realizadas por docentes/redes de ensino de forma a levar a cabo um processo educativo.

Segundo Lopes e Macedo (2011), estudos históricos apontam que a primeira menção ao termo currículo data de 1633, quando este aparece nos registros da Universidade de Glasgow referindo-se ao curso inteiro seguido pelos estudantes. Embora essa menção ao termo não implique propriamente o surgimento de um campo de estudos de currículo, é importante observar que ela já embute uma associação entre currículo e princípios da globalidade estrutural e de sequenciação da experiência educacional ou a noção de um plano de aprendizagem. Já nesse momento, o currículo dizia respeito a organizar a experiência escolar de sujeitos agrupados, característica presente em um dos mais consolidados sentidos de currículo.

É importante ressaltar, no entanto, que desde as primeiras menções o currículo apresenta-se como seleção e organização do que “vale a pena” ensinar, sendo definido como as experiências de aprendizagem planejadas e guiadas. Talvez hoje seja óbvio afirmar que o ensino precisa ser planejado e que esse planejamento envolve a seleção de determinadas atividades ou componentes curriculares e sua

organização ao longo do tempo de escolarização. Para Lopes e Macedo (2011), nem sempre, no entanto, essa noção foi tão óbvia. Na segunda metade do século XIX, por exemplo, aceitava-se com tranquilidade que as disciplinas tivessem conteúdos/atividades que lhes eram próprios e que suas especificidades ditavam sua utilidade para o desenvolvimento de certas faculdades da mente. O ensino tradicional ou jesuítico operava com tais princípios, defendendo que certas disciplinas facilitavam o raciocínio lógico ou mesmo ampliavam a memória. Na virada para os anos 1900, com o início da industrialização americana, o filósofo norte-americano John Dewey, criou nos Estados Unidos, a University Elementary School acoplada à Universidade de Chicago como campo experimental da “educação nova” (o que gerou o termo “escolanovismo”, para identificar a doutrina dessa experiência e de outras, semelhantes ou não) (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

Em meados da década 1920, já havia autores brasileiros não só capazes de escrever sobre “escolanovismo”, como historiá-lo. Foi o que fez Lourenço Filho em seu livro *Introdução ao Estudo da Nova Escola*, publicado pela primeira vez em 1929 e que, depois, tornou-se um clássico da literatura pedagógica brasileira. Não havia ainda um Ministério da Educação, e o que se fez no Brasil, nessa época, deve-se a jovens intelectuais que procuraram dar consistência à educação estadual e reorganizar as condições escolares. Entre outros, podemos destacar a atuação de Anísio Teixeira (Bahia, 1925), Fernando de Azevedo (Distrito Federal, 1928), Lourenço Filho (São Paulo, 1923; Ceará, 1923), Francisco Campos (Minas Gerais, 1927) (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009). Com o movimento da Escola Nova no Brasil, a concepção de que era preciso decidir sobre o que ensinar ganha força e, para muitos autores, como os mencionados acima, aí são iniciados os estudos curriculares.

Em 1920, Anísio Teixeira e Fernando de Azevedo, introduziram princípios de Dewey na base das reformas educacionais. Anísio Teixeira trouxe a experiência de cursos de educação realizados nos Estados Unidos, onde foi aluno de John Dewey, o grande idealizador do movimento norte-americano da Escola Nova, que inspirou o movimento no Brasil.

Segundo Goodson (1998, p. 8), o currículo não é construído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados “socialmente válidos”. Assim, a produção de saberes seria resultante de um processo constituído entre conhecimentos científicos, crenças e visões sociais. Nesse sentido, aquilo que é considerado currículo num determinado momento, numa determinada sociedade, é o

resultado de um complexo processo no qual considerações epistemológicas ou deliberações sociais racionais e calculadas sobre o conhecimento talvez não sejam nem mesmo as mais centrais e importantes.

O estudo realizado por Lopes e Macedo (2011) aponta que, num momento marcado pelas demandas da industrialização, a “escola” ganha novas responsabilidades: ela precisa voltar-se para a resolução dos problemas sociais gerados pelas mudanças econômicas da sociedade. Independentemente de corresponder ou não a campos instituídos do saber, os conteúdos aprendidos ou as experiências vividas na escola precisam ser úteis. Mas como definir o que é útil? Útil para quê/quem? Quais as experiências ou os conteúdos mais úteis? Como podem ser ordenados totalmente? Por onde começar?

Não tem sido fácil responder a tais questões e as muitas perspectivas assumidas ao longo do tempo têm criado diferentes teorias curriculares. Em comum entre elas, a definição do currículo como plano formal das atividades de ensino e de aprendizagem, a preocupação com a administração, em algum nível centralizada. Algumas teorias curriculares tentam oferecer respostas começando pelos dois movimentos surgidos nos EUA no momento em que as questões surgem no horizonte de preocupação: o eficientismo social e o progressivismo, este trazido para o Brasil pela Escola Nova (LOPES; MACEDO, 2011). Nos anos 1910, momento em que a sociedade norte-americana se industrializa, as demandas sobre a escolarização aumentam, como forma de fazer face à rápida urbanização e às necessidades de trabalhadores para o setor produtivo.

Surge, assim, a preocupação com a “eficiência” da escola que tem como função socializar o jovem norte-americano segundo os parâmetros da sociedade industrial em formação, permitindo sua participação na vida política e econômica. Percebe-se, desse modo, que a industrialização da sociedade requer cooperação entre a escola e o currículo que são, portanto, importantes instrumentos capazes de interferir nas demandas sociais.

Lembramos que as primeiras teorizações curriculares tradicionais tiveram início nos Estados Unidos, sendo evidente o papel de Franklin Bobbitt. Na década de 1920, Bobbitt propôs um modelo de currículo para a escola baseado na teoria de administração econômica proposta por Frederick W. Taylor, tendo como base as palavras *eficiência* e *controle*. A escola deveria estar organizada como uma fábrica, tendo rigorosidade para com os resultados que pretendia alcançar (SILVA, 2010).

A partir daí, deu-se início ao *eficientismo*, caracterizado como um movimento de muitas nuances e que pode ser resumido pela defesa de um currículo científico associado à administração escolar e baseado em conceitos de *eficiência*, *eficácia* e *economia*. Defende um currículo com função de preparar o aluno para a vida adulta economicamente ativa, a partir do que se chama “currículo direto” e “experiências indiretas”, buscando determinar as grandes áreas da atividade humana encontradas na sociedade e subdividi-las no currículo como objetivos do curso (LOPES; MACEDO, 2011).

Em contraposição ao *eficientismo*, no controle de elaboração de currículos, no *Progressivismo*, a educação se caracteriza como um meio de diminuir as desigualdades sociais, geradas pela sociedade industrial e seu objetivo é uma sociedade harmônica e democrática (LOPES; MACEDO, 2011). Todavia, a nosso ver, a eliminação das desigualdades sociais é impossível no capitalismo e o próprio sistema põe limites estruturais à diminuição de tais desigualdades, basta lembrar, por exemplo, da necessária existência do *exército industrial de reserva*, nos termos apresentados por Marx.

John Dewey é nome mais conhecido do *progressivismo*, defendendo que o foco do currículo é a experiência direta da criança. Nesse sentido, o *progressivismo* se constitui como uma teoria curricular única que encara a aprendizagem como um processo contínuo e não como uma preparação para a vida adulta. O ambiente escolar é organizado de modo que a criança se depare com uma série de problemas, também presentes na sociedade, criando oportunidades para ela agir de forma democrática e cooperativa. Para Dewey, o foco central do currículo está na resolução de problemas sociais (LOPES; MACEDO, 2011). Sem romper com suas estruturas fundamentais.

Cabe ressaltar que o *progressivismo* é um movimento com muitas divisões internas e diferentes correntes hierarquizadas. Em uma delas, destaca-se o trabalho de William Kilpatrick, pedagogo norte-americano, responsável pela sistematização de projetos, visando à construção de um método de ensino, que de alguma forma hibridiza as ideias de Dewey (KILPATRICK, 2008). Ainda que definida apenas como método pelo autor, sua contribuição é considerada como uma teoria progressivista.

Em 1949, Ralph Tyler articula abordagens técnicas, como as *eficientistas*, com o pensamento *progressivista*. Ainda que sua abordagem seja eclética, a sua apropriação se caracteriza muito mais próxima do *eficientismo*. A racionalidade

proposta por Tyler se impõe, quase sem contestação, por mais de 20 anos, nos EUA e no Brasil em 1960. Portanto, Bobbit e Ralf Tyler circunscrevem o campo curricular nas teorias tradicionais por tratarem o currículo de forma técnica, Tecnicismo. Essa racionalidade tyleriana estabelece um vínculo entre currículo e avaliação, propondo que a eficiência da implementação dos currículos seja inferida pela avaliação dos alunos (LOPES; MACEDO, 2011).

Segundo Lopes e Macedo (2001), diante das críticas do papel reprodutivo da escola (onde o sistema educativo prepara sujeitos de cada classe social para assumir papéis distintos, ajustados às imposições do sistema capitalista, o que se convencionou chamar de teoria da reprodução), a sociologia britânica dos anos 1970 explicita um conjunto de preocupações que se direcionam mais fortemente para as questões que podemos chamar de curriculares. Neste contexto, o livro *Conhecimento e controle: novas direções para a Sociologia da Educação*, publicado em 1971 por Michael Young, lança as bases do movimento chamado Nova Sociologia da Educação (NSE).

Para entender como a diferenciação social é produzida por intermédio do currículo, os autores da NSE propõem questões sobre a seleção e a organização do conhecimento escolar. Lopes e Macedo reportam ainda que

a elaboração curricular passa a ser pensada como um processo social, preso a determinações de uma sociedade estratificada em classes, uma diferenciação social reproduzida por intermédio do currículo. Ao invés do método, o currículo torna-se um espaço de reprodução simbólica e/ou material. Surgem na agenda dos estudos curriculares questões como: por que esses e não outros conhecimentos estão nos currículos; quem os define e em favor de quem são definidos; que culturas são legitimadas com essa presença e que outras são deslegitimadas por aí não estarem. Abre-se uma nova tradição nesses estudos, qual seja, a de entender que o currículo não forma apenas os alunos, mas o próprio conhecimento, a partir do momento em que seleciona de forma interessada aquilo que é objeto da escolarização (LOPES; MACEDO, 2001, p. 126).

Lembramos que em 1973, aconteceu a I Conferência sobre Currículo, realizada na Universidade de Rochester em Nova Iorque/EUA. Reuniram-se diversos especialistas em questões curriculares para discutir a formação de um currículo que tivesse como intenção central identificar e eliminar aspectos que estavam contribuindo para a opressão de diversos segmentos sociais. Nascia o



reconhecido “Movimento de Reconceptualização”, introduzindo a teorização crítica: A tradição humanista x neomarxismo (SILVA, 2010).

Moreira e Silva (1999) ressalta que foi a partir desta Conferência que surgiram duas grandes correntes, sendo uma associada às Universidades de Wisconsin (EUA), mais fundamentada no Neomarxismo e na Teoria Crítica, sendo os representantes mais conhecidos no Brasil: Michael Young, Michael Apple e Henry Giroux; e outra, ligada à tradição humanista, mais presente na Universidade de Ohio, também nos EUA, sendo William Pinar o seu principal representante.

Foi através de Michael Apple que, em 1979, as análises do Movimento crítico reprodutivista passaram a tratar especificamente do currículo, tendo enorme popularidade na área. No Brasil, o trabalho de Apple ganhou notoriedade nos anos 1980, tendo sido seus livros traduzidos poucos anos depois de publicados. Vivia-se, então, o processo de abertura política depois de alguns anos de Ditadura, marcada, no campo da educação, pela valorização do tecnicismo e, no currículo, por abordagens derivadas da racionalidade tyleriana. A redemocratização trazia novos governos estaduais e reincorporava perspectivas marxistas aos discursos educacionais (LOPES; MACEDO, 2011).

De maneira bastante elucidativa, Moreira (2001) aponta que o caminho para a superação dos métodos baseados em concepções únicas e absolutas na área curricular resultou em uma desconstrução do conhecimento produzido, pois nem toda teoria é forte o suficiente e inquestionável para sempre e a sociedade está vulnerável a mudanças em todas as áreas. Dessa forma, educação e currículo estão profundamente implicados em relações de poder dentro da sociedade, gerando na escola um currículo manifesto ou explícito e um currículo oculto.

Segundo Lopes e Macedo (2011), Apple reformulou o conceito de currículo oculto, definido nos anos 1960 por Philip Jackson, para dar conta das relações de poder que o permeiam, a exemplo de currículo oculto, inscrito na própria forma como os currículos são organizados e pensados. Ao optarem por modelos sistêmicos para a definição do que e do como ensinar, tais perspectivas assumem o fazer curricular como questão técnica, científica, ocultando a dimensão ideológica presente nessa seleção. É como se qualquer decisão sobre o que e o como ensinar não envolvesse disputas ideológicas. A hegemonia dessa visão de currículo elimina um importante aspecto do social: a contradição. A crença na harmonia social daí advinda é um importante princípio que oculta as relações de poder e as desigualdades sociais. Em

outras palavras, pode-se dizer que há um currículo oculto a todo currículo organizado segundo os moldes sistêmicos das perspectivas técnicas.

Gimeno Sacristán e Pérez Gómez (2007), para descrever o que é o currículo real, afirma que é preciso transcender e relativizar sua dimensão manifesta que é definida em um documento no qual se concretizam os objetivos e conteúdos. O saber que o aluno adquire a partir desse currículo real é filtrado por condições que acontecem no cotidiano da sala de aula. Neste sentido, o currículo oculto caracteriza-se por duas condições: o que não se pretende e o que é obtido por meio da experiência natural que não é contemplado no planejamento dos professores. Em termos mais precisos: “o currículo oculto são as normas e os valores que estão implícitos, porém efetivamente transmitidos pelas escolas e que não aparecem no currículo oficial” (APPLE, 1982, p.127).

Em sua essência, primeiro surgem as teorias tradicionais, que tratam questões como ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento e objetivos. Segundo, as teorias críticas que apontam para questões como ideologia, reprodução cultural e social, poder, classe social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência. Correlatos a elas, estão os paradigmas contemporâneos, que questionam as grandes narrativas e as formas como os discursos e linguagens tratam da cultura, identidade, alteridade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, gênero, raça, etnia, sexualidade e multiculturalismo (SILVA, 2010).

Em linhas gerais, é esperado que o currículo seja definido, a partir do desenvolvimento de cada teoria no período da história da educação. De todo modo, é importante considerar que as abordagens técnicas do currículo não são apenas criticadas pelas perspectivas marxistas das teorias de reprodução. Tais abordagens são questionadas em função de um novo contexto social.

Paulo Freire é, sem dúvida, uma das importantes influências para as concepções de currículo. Ainda que influenciado pelo marxismo, em sua contraposição clássica entre opressores e oprimidos para analisar a educação como bancária e antidialógica, Freire propõe uma pedagogia baseada no diálogo.

No campo da teoria curricular em âmbito internacional, o conceito de *currere*, proposto por William Pinar em 1975, é a mais relevante contribuição da fenomenologia para a ampliação do conceito de currículo. Trata-se de um método

constituído de quatro momentos – *regressivismo*, retorno ao passado, com objetivo de regredir as experiências escolares e revivê-las; *progressivismo* – momento em que o sujeito lida com o futuro, associando livremente seus interesses intelectuais, *analítico* – descrição do presente, que inclui a resposta do sujeito ao passado e ao futuro; e *sintético* – no qual o sujeito deve ser capaz de responder qual o sentido do presente para si. Todavia, do ponto de vista do currículo, praticamente não se pode falar de uma matriz fenomenológica no Brasil (LOPES; MACEDO, 2011).

O que observamos é um conceito multifacetado de currículo, composto por três dimensões numa abordagem estruturalista, que considera que para descrever o currículo é preciso falar do *formal*, do *oculto* e do *vivido*. Não está em questão apenas integrar esses níveis, mas pensar o currículo desprovido deles. Nessa perspectiva, a função da teoria curricular é apreender e descrever fenômenos da prática curricular, para que se possa ter o entendimento do objeto e das intenções de um determinado grupo social. Dentro dessa conjuntura, ainda que consideremos os fundamentos das teorias tradicionais e das teorias críticas, não há um conceito único, definitivo e completo do que seria o currículo.

É nesse contexto, que Lopes e Macedo (2001) colocam que são necessários aportes teóricos, trazidos pelo pós-estruturalismo para os estudos curriculares, que apontam para outra definição de currículo. Os primeiros estudos pós-estruturais do currículo iniciam no EUA nos fins dos anos 1970 e no Brasil até meados de 1990 ainda não havia praticamente nenhuma menção ao pós-estruturalismo nos estudos curriculares, intensificando-se somente no início deste século. A partir desse momento, as teorias que se fundamentam no pós-estruturalismo advogam que o conhecimento é algo incerto e indeterminado. Não é um repertório de sentidos dos quais alguns serão selecionados para compor o currículo. É a própria produção de sentidos que se dá em múltiplos momentos e espaços, um dos quais denomina-se currículo.

É nesse contexto evolutivo do currículo, que o mencionamos como uma prática discursiva. Atribuindo a ele uma prática de poder, de significados e de sentidos. Ele nos governa, nos limita, constrói realidades, desconstrói conceitos, projeta nossa identidade, produzindo sentidos e recriando discursos sociais e culturais, de forma que este discurso está envolto nas relações de poder, onde nem tudo pode ser dito.

### 2.2.1.2 Constituição e organização do currículo

Em 1948, acontece a discussão do anteprojeto da LDBEN, que levou 13 anos para transformar-se em lei, depois da luta entre forças conservadoras que desejavam permanecer com um ensino elitista e os representantes da educação popular que lutavam em defesa da escola pública.

Conhecida como Lei 4.024/61, a nossa primeira LDBEN garantiu igualdade de tratamento por parte do Poder Público para os estabelecimentos oficiais e os particulares, o que garantia que as verbas públicas poderiam, inexoravelmente, ser carreadas para a rede particular de ensino em todos os *graus* (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

A Lei, que ficou treze anos no Congresso, e que inicialmente destinava-se a um país pouco urbanizado, acabou sendo aprovada para um Brasil industrializado e com necessidades educacionais que o Parlamento não soube, ou não quis perceber. Assim, vigora a LDBEN, Lei n. 4.024/61 (BRASIL, 1961), já com seu conteúdo ultrapassado para a época.

Em 1964 o golpe militar optou pelo aproveitamento do capital estrangeiro. Os brasileiros perderam o poder de participação e crítica. A partir de 1968, a repressão recrudesciu, com torturas e mortes. Na educação, os estudantes foram reprimidos, professores eram exilados em outros países, a exemplo de Paulo Freire, e os que permaneciam no país trabalhavam sob o risco de censura e delação (ARANHA, 2006, p. 314-315). Com o passar dos tempos, surgem propostas de reformas: Lei 5.540/1968 (para o ensino universitário) e a Lei 5.692/1971 (para o 1º e 2º graus) (LOPES; MACEDO, 2011). Estas duas propostas seguem orientações norte-americanas através do acordo MEC/USAID.

A reforma universitária promovida pela Lei 5.540/68 nunca foi aceita pelos setores não conservadores, ela foi imposta, e não chegou a empolgar nem mesmo as parcelas da comunidade acadêmica simpática às inovações do governo ditatorial (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

Para Ghiraldelli Júnior (2009) o ensino superior, no Brasil até 1964, já significava, cada vez mais, a chance de alguns setores ascenderem socialmente e, de outros, caírem. A reforma universitária, incluída nas Reformas de Base propostas no período João Goulart, direcionava-se no sentido de democratização do ensino superior. A reforma implantada pela Ditadura através da Lei 5.540/68 (BRASIL,

1968) se fez no sentido contrário do que seria a reforma pretendida no período de João Goulart, apesar de dissimular suas intenções visando ao abafamento do movimento estudantil que se aguçou naquele ano. Crise esta que, pelo menos em parte, espelhava justamente os desejos dos setores médios em democratizar o acesso à universidade.

A Ditadura Militar, de fato, corroborou com o problema da democratização do ensino superior, criou barreiras para o acesso, com o incentivo à privatização do ensino — na década de 1970 o governo colaborou com a abertura de cursos de terceiro grau, alguns de duvidosa idoneidade moral. Aparentemente simples tais medidas provocaram, ao longo dos anos, uma profunda alteração na vida universitária e na qualidade do ensino, o que vem ocorrendo até os dias atuais (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

A segunda a LDBEN Lei nº 5.692/71, (BRASIL, 1971) veio implementar a profissionalização para o ensino secundário. A Lei referida nasceu de um projeto elaborado por um grupo de trabalho instituído em junho de 1970. O clima da época era radicalmente diferente do vivido no período anterior, quando da elaboração do projeto da Lei 5.540/68. A Lei 4.024/61 (BRASIL, 1961) refletiu princípios liberais vivos na democracia relativa dos anos de 1950, enquanto a Lei 5.692/71 refletiu os princípios da Ditadura Militar, verificados pela incorporação de determinações no sentido da racionalização do trabalho escolar e na adoção do ensino profissionalizante no Segundo Grau de forma absoluta e universal para as escolas públicas, impedindo assim o acesso ao vestibular (GHIRALDELLI JR., 2009).

A Ditadura Militar durou 21 anos. Iniciou-se em 31 de março de 1964 com o golpe que depôs o presidente João Goulart e teve seu fim com a eleição indireta (via Colégio Eleitoral) de Tancredo Neves e José Sarney. O período ditatorial, ao longo de duas décadas, se pautou em termos educacionais pela repressão, privatização de ensino, exclusão de boa parcela dos setores mais pobres do ensino elementar de boa qualidade, institucionalização do ensino profissionalizante na rede pública regular, tentativas variadas de desmobilização do magistério através de uma confusa legislação educacional. Diante desse cenário, é bem difícil encontrar indícios de algum saldo positivo na herança deixada pela Ditadura Militar (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

Observando as evoluções e involuções políticas dos 21 anos de Ditadura Militar, o período pode ser dividido em três etapas. Uma primeira etapa corresponde

aos anos dos governos dos generais Castelo Branco e Costa e Silva (1964-1969); uma segunda etapa abrange o governo da Junta Militar e do general Garrastazu Médici (1970-1974); finalmente o terceiro momento compreende os governos dos generais Ernesto Geisel e João Baptista Figueiredo (1975-1985). As reformas do ensino foram elaboradas durante o primeiro período, implantadas praticamente no segundo (no caso da Lei 1692/71) e evidenciadas como desastrosas no terceiro. Ao governo civil pós Ditadura (Presidente José Sarney), restou apenas a triste herança de um sistema educacional destroçado pela atrocidade de uma selva legislativa que, em parte, tornou determinados setores do ensino comprometidos com a ineficácia e a falta de direção até os dias atuais, no início do século XXI (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

No contexto entendido, por muitos, como de redemocratização, que avançou já sem possibilidades de controle pelo último governo militar, foi criada a Associação Nacional de Educação (ANDE) em 1979. Tratava-se de uma entidade não corporativa herdeira da luta dos educadores progressistas em prol do ensino público, gratuito, obrigatório, universal, laico e de boa qualidade. Foi criado o Centro de Estudos Educação & Sociedade (CEDES). A ANDE, o CEDES e a Associação Nacional de Pós-Graduação em Educação (ANPEd) passaram a organizar, a partir de 1980, as Conferências Brasileiras de Educação. Essas conferências, chamadas popularmente de CBEs, aconteceram em 1980 em São Paulo, em 1982 na cidade de Belo Horizonte, em 1984 em Niterói e, já fora do período ditatorial, em 1986 em Goiânia. Retomou-se, portanto, a nível nacional, um espaço de crescente fluxo de idéias no campo educacional. O pensamento marxista no Brasil especificamente no campo pedagógico ganhou um espaço especial e um estilo próprio nos escritos do professor Dermeval Saviani (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

Em seguida, o Brasil ganhou uma nova Constituição em 1988, certamente uma das mais avançadas quanto a direitos sociais, se comparada com as anteriores. Durante o processo de elaboração da nova Constituição, em todos os setores, houve debates, pressões, movimentos populares, movimento de bastidores das elites e grupos corporativos, para verem seus interesses defendidos na Carta Magna. A educação não fugiu dessa regra. A própria Constituição determinou que se elaborasse uma nova Lei de Diretrizes Bases da Educação Nacional que resultou de uma intensa luta parlamentar e extraparlamentar. Entidades da sociedade, com interesses diversos, porém convergentes em relação à defesa do ensino público e

gratuito, se reuniram em diversos momentos, criando versões de uma LDB mais apropriada. Todavia, a LDB resultante não foi esta, mas uma mistura entre o projeto que ouviu os setores da população e o projeto do Senador Darcy Ribeiro (GHIRALDELLI JÚNIOR, 2009).

A educacional é conferida pela Lei nº 9.394/96, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aos diversos entes federativos: União, Distrito Federal, Estados e Municípios, sendo que a cada um deles compete organizar seu sistema de ensino, cabendo, ainda, à União a coordenação da política nacional de educação, articulando os diferentes níveis e sistemas e exercendo função normativa, redistributiva e supletiva (BRASIL, 1996).

Para Ghiraldelli Júnior (2009) outra medida relativamente positiva foi a maneira não autoritária como colocou que deveria existir um núcleo comum, para todo território nacional, e uma parte diversificada. Assim fazendo, ela permitiu o aparecimento, por obra do Ministério da Educação e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), que incentivaram e incentivam uma vasta literatura em torno de cada tópico abordado.

A formulação de Diretrizes Curriculares Nacionais constitui, portanto, atribuição federal, que é exercida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), nos termos da LDB e da Lei nº 9.131/95, que o instituiu. Esta lei define, na alínea “c” do seu artigo 9º, entre as atribuições de sua Câmara de Educação Básica (CEB), deliberar sobre as Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação. Esta competência para definir as Diretrizes Curriculares Nacionais torna-as mandatórias para todos os sistemas (BRASIL, 1995).

Quanto ao ensino superior, a nova LDB Lei nº 9.394/96 deu início a um processo de transformação no cenário, ao permitir às instituições e aos cursos que exercessem sua autonomia e criatividade, dentro das diretrizes, na elaboração de propostas específicas capazes de articular as demandas locais e regionais de formação profissional com os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis (BRASIL, 1996). A LDB propôs fundamentar o processo de formação superior no desenvolvimento de competências e habilidades, no aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão, na flexibilização dos currículos e a implementação de projetos pedagógicos inovadores. Essas premissas passaram a requerer uma reestruturação dos cursos de graduação, direcionado a construção de diretrizes curriculares para cada curso (MALISKA et al., 2011, p. 354).

Isso nos reporta às mudanças que ocorrem e se refletem em todo o cenário acadêmico, como se constata, através das orientações, no relatório elaborado pela Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (DELORS, 2010), em Seminário organizado pelo Ministério da Educação. Daquele seminário resultaram os Quatro Pilares da Educação, Aprender a aprender, Aprender a ser, Aprender a fazer e Aprender a conviver, para o novo século e que, sinteticamente, constituem-se em aprendizagens fundamentais. Observa-se uma ênfase na interdisciplinaridade, nas relações interpessoais, na convivencialidade, na diversidade e na cultura. Outro aspecto enfatizado é a articulação (interdisciplinar) entre ensino, pesquisa e extensão e entre graduação e pós-graduação (WALDOW, 2007).

### **2.3 Percurso metodológico**

Com base no objetivo proposto para reconstituição do processo de *curricularização* da enfermagem no Brasil, a opção metodológica escolhida foi uma modalidade da Pesquisa Qualitativa chamada Pesquisa Documental. Definiu-se como pesquisa documental porque utilizou métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise dos documentos utilizados.

Para viabilizar esta pesquisa documental optou-se entre as diferentes formas de interpretação do conteúdo de um texto, pela sugestão das autoras Ludke e André (1986) para a técnica da análise de conteúdo, que é "uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social" (BAUER; GASKELL, 2002, p. 191). Segundo este mesmo autor, a análise de conteúdo é uma técnica para a produção de inferências a partir de um texto focal para seu conteúdo social.

Neste caso é feita uma aproximação com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), especificamente no que trata da análise documental. A pesquisa com os documentos legais, sua produção e o contexto histórico-social em que eles foram elaborados.

A análise de conteúdo adota normas sistemáticas para extrair significados temáticos. A mensagem pode ser apreendida, decompondo-se o conteúdo do documento em fragmentos mais simples, que revelem sutilezas contidas em um texto. Os fragmentos podem ser palavras, termos ou frases significativas de uma



mensagem (CHIZZOTTI, 2006).

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005 *apud* SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012).

A primeira perspectiva da análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador; também pode ser percebida como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, uma vez que busca a reconstrução crítica dos dados passados no intuito de obter indícios para projeções futuras (PIMENTEL, 2001; RAIMUNDO, 2006 *apud* SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012).

A análise documental pode ainda ser conceituada como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Isto é, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (IGLESIAS; GÓMEZ, 2004, *apud* SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012).

Para Ludke e Andre (1986) o objetivo da análise documental é identificar em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa. Por representarem uma fonte natural de informação, documentos "não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto ( LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Como critérios de procedimento desta pesquisa documental foram seguidos os seguintes passos: A delimitação do estudo que iniciou com a definição do tema, do objeto, dos questionamentos, dos objetivos e do caminho de condução da investigação. Este processo que permite ao investigador constituir o *corpus da pesquisa* inicia com a pesquisa bibliográfica por meio de busca em bases de dados, *sites* oficiais, livros, periódicos e monografias.

Após levantamento e leitura cuidadosa de todo material bibliográfico

pertinente ao objeto da pesquisa, estabeleceu-se uma categorização provisória cuja seleção foi estabelecida a partir da fundamentação em autores que estudam a Educação, Currículo e a Formação profissional do enfermeiro. Os textos foram selecionados de acordo com a questão norteadora, que tenta estabelecer uma relação acerca do processo de *curricularização* e a formação do enfermeiro; Inicialmente, foi feita a classificação de todos os artigos e matérias, bem como a categorização dos assuntos. Em seguida estabeleceu-se uma categorização provisoriamente para a escolha do referencial teórico. As categorias escolhidas foram: I. Educação, a) História da educação, Ensino superior; II. Currículo, a) Noções de currículo, b) Constituição e organização do currículo; III. Formação em enfermagem, a) História da enfermagem, b) Currículo do curso de enfermagem, c) Legislação da enfermagem.

A partir dessa primeira análise categorial optou-se por construir os dados da pesquisa a partir dos documentos referentes à legislação da enfermagem. Estes documentos foram extraídos com base nas recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) e da legislação específica de enfermagem, os documentos das entidades COREN/COFEN/ABEN obtidos do *site* do Ministério da Educação e *sites* oficiais das referidas entidades, respectivamente, livros, trabalhos de conclusão de curso e dissertações.

Dessa maneira, o *corpus* da pesquisa foi constituído por documentos legais que são uma fonte primária sobre a legislação da enfermagem brasileira. O procedimento para a análise documental seguiu critérios como: tipo de norma jurídica; ano de publicação; conteúdo e contexto histórico. Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo sistematizada por Bardin (2010) onde o material documental é submetido como um todo à leitura exaustiva e releitura caracterizando a sua exploração e o tratamento dos dados construídos que originaram as categorias que serão apresentadas nos resultados.

Esta Pesquisa foi isenta de submeter-se ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), visto que trabalhou com documentos de domínio público.

## **2.4 Resultados e discussão**

Esta seção apresenta os resultados provenientes da pesquisa documental onde foram analisados 18 documentos referentes à legislação da enfermagem, no

período de 1890 a 2009 (Quadro1.) Os documentos de norma jurídica como decretos, leis, diretrizes e pareceres, são apresentados no quadro a seguir, com ano de publicação em cronologia sequencial. Os documentos foram colocados numa matriz, em que constou também o seu conteúdo e o contexto histórico que perpassava o momento de sua elaboração. Desta matriz aflorou uma outra que filtra especificamente o desenvolvimento curricular da enfermagem, sistematizando os documentos analisados no contexto histórico ( Apêndice).

**Quadro 1 – Documentos referentes à legislação da enfermagem no Brasil**

TIPO DE NORMA JURÍDICA	ANO DE PUBLICAÇÃO
Decreto n. 791	1890
Decreto nº 16.300	1923
Decreto de 1926 (não publicado)	1926
Decreto n. 20.109	1931
Lei n. 775	1949
Lei n. 2.604	1955
Lei n 4.024	1961
Parecer n. 271	1962
Lei nº 5.540	1968
Lei n 5.692	1971
Parecer 163	1972
Lei n. 5.905	1973
Lei 7.498	1986
Parecer n.314	1994
Lei n 9.394	1996
Parecer CNE/CES n. 1133	2001
Resolução CNE/CES de n. 3	2001
Resolução nº 4	2009

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos dados foi feita mediante a técnica da análise de conteúdo, onde foi realizada a leitura e releitura dos documentos e em seguida a exploração desse material. A partir dessa sistematização emergiram duas categorias: Formação na enfermagem e Bases Legais. As categorias foram descritas, inferidas e interpretadas dando origem às seções intituladas; “Formação na enfermagem brasileira”, no sentido histórico e “Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil”, no sentido legal que serão abordadas a seguir.

### 2.4.1 A formação na enfermagem brasileira

Para adentrarmos na estruturação do curso de Enfermagem no Brasil, se faz necessário investigar sua origem e influências, pois segundo Barreira (1999) a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico e tarefa de (re) construção da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo do percurso da história da profissionalização da enfermagem nos possibilita elucidar o contexto das transformações de sua constituição.

É partindo dessa premissa, que iniciaremos essa seção considerando o contexto do final do século XIX, abordando a influência francesa na formação em enfermagem no Brasil, resgatando a trajetória de como se dava a formação em enfermagem. Trataremos também da influência da formação médica brasileira, que ocorria na Europa e se consolidava no Brasil com o surgimento das primeiras faculdades de Medicina. Foi através desta influência que os médicos tomaram a referência francesa para o ensino de Enfermagem no Brasil no final do século XIX e início do século XX.

Abordaremos, em seguida, as bases da formação em enfermagem no século XX, sob a influência inglesa e também norte-americana, constituindo uma ruptura com o primeiro momento. Esse contexto marca o início da organização curricular da enfermagem, caracterizado pela presença de enfermeiras como docentes do curso de enfermagem e não mais o profissional médico. Em seguida, discorreremos sobre o aparato legal das diretrizes curriculares brasileiras e do curso de enfermagem.

#### 2.4.1.1 A Influência francesa na formação em enfermagem no Brasil

Com o crescimento populacional e o aumento do domínio da Igreja sobre parcelas significativas da população, surgiu a necessidade de institucionalizar o *cuidado religioso*<sup>2</sup>, para além dos Templos, uma vez que era preciso um espaço específico para o atendimento aos doentes e necessitados. Segundo Germano (2007), data desse período a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, seguida da Santa Casa do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas no século

---

<sup>2</sup> *Cuidado religioso* - Historicamente desenvolvido pela atuação dos sacerdotes em seu ofício e pelas irmãs de caridade (SILVA, 2015).

XVI. A designação da referida instituição, bem como o seu caráter expansivo dão o tom de sua finalidade. Em linhas gerais, pode-se considerar que, dito de outro modo, a Santa Casa representava um lugar sagrado destinado à “prática da misericórdia”, sendo tal prática um sinônimo da noção de cuidado ali predominante.

Nesse contexto, torna-se fundamental destacar que os requisitos impostos ao *cuidado em geral*<sup>3</sup> precisavam ser direcionados a uma prática que excedesse o campo religioso convencional e alcançasse o processo de desenvolvimento científico, em franca expansão. Se as mulheres religiosas eram, predominantemente, as responsáveis pelo *cuidado em geral* e pelo *cuidado religioso*, na Medicina, o cuidado foi assumido pelos homens, afastando-se do caráter religioso. Entretanto, a enfermagem, naquele período, manteve a sua forma característica (feminina e religiosa) e tentou apenas mudar a substância; conferindo cientificidade ao *seu* processo de cuidar (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

A essa altura, a ênfase não poderia estar voltada à apreensão dos elementos constitutivos do *cuidado em geral*, mas seria primordial entender como as particularidades dessa atual expressão do *cuidado em geral* poderiam atender às necessidades sociais, o que revestiria a profissão de importância para o conjunto da sociedade vigente, considerando seus anseios e demandas. O *cuidado religioso* e o *cuidado de enfermagem*<sup>4</sup> (exercido posteriormente) são expressões do *cuidado em geral*. Enquanto o primeiro se assenta sobre a dualidade da caridade e da fé, o segundo procura se constituir a partir da cientificidade, voltado para o atendimento de necessidades específicas, o que não elimina, por completo, as influências religiosas, antes apenas não as torna predominante. É possível apreender que o *cuidado de enfermagem* surge com o processo de profissionalização, na busca pela cientificidade e pela sistematização, sendo, de algum modo, uma reificação<sup>5</sup> do caráter feminino e religioso, peculiares às expressões históricas do *cuidado em geral* (SILVA, 2015).

<sup>3</sup> *Cuidado em geral* – Cuidado empírico e assistemático. Sobretudo *cuidado materno*, *cuidado religioso* e *cuidado de enfermagem* são expressões particulares do cuidado em geral (SILVA, 2015).

<sup>4</sup> *Cuidado de enfermagem* - É uma expressão do *cuidado em geral*, caracterizado a partir de Nightingale pela cientificidade e sistematização, sua formulação se destina ao alcance de resultados previamente estabelecidos. Se utiliza de parâmetros avaliativos, pois é passivo de mudanças revisões e adaptações (SILVA, 2015).

<sup>5</sup> Reificação porque não há ruptura com o *cuidado materno*, ou mesmo com o *cuidado religioso*, antes o que ocorre é um processo que os submete ao crivo científico e sistemático (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

De acordo com Silva e Cavalcanti (2013), a criação das Santas Casas de Misericórdia figurou, nesse contexto, como uma primeira tentativa de institucionalizar e profissionalizar o *cuidado em geral*, nos moldes do que entendemos como as “protoformas” da enfermagem. Um aspecto decisivo, nesse processo, diz respeito ao fato de tais instituições terem voltado seu enfoque à assistência hospitalar, vinculando-se diretamente à prática assistencial curativa, o que, por razões de sua especificidade, contribuiu para uma diferenciação substancial com relação ao *cuidado em geral*, cuja empiricidade representa sua maior característica.

Com base em Germano (2007), os autores Silva e Cavalcanti (2013) chamam a atenção para dois fatos que merecem atenção nesse período. O primeiro é o da prática do *cuidado em geral*, associada à enfermagem, não requisitar qualquer nível de escolaridade, o que, sem dúvida, trouxe influências na continuidade da enfermagem, no tocante ao *status quo* da profissão. O segundo, que merece uma maior atenção de nossa parte, consiste no fato de que não havia uma base científica, nacional ou estrangeira, da própria enfermagem para nortear o desenvolvimento da cientificidade pretendida, haja vista que o principal livro que norteava a prestação de cuidados, era na verdade um livro de Medicina. Os livros consultados eram de Medicina popular, em especial, um guia que data de 1783, chamado *Luz da medicina ou prática racional metódica*, que fora publicado em Portugal, por Francisco Morato Roma.

Esse período é caracterizado pela inexistência de instituições destinadas ao ensino das *práticas de enfermagem*, atrelado aos preceitos católicos de assistência aos enfermos e à caridade. Nesse período, a Igreja mantinha a direção das instituições de saúde, e o que havia de científico no processo de ensino tinha por base alguns escritos destinados aos médicos e que não tratavam, especificamente, das necessidades de saúde da sociedade brasileira em formação (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Silva e Cavalcanti (2013) ressaltam que era inegável a preocupação com os prejuízos provocados pelas moléstias da época, sobretudo, na população que vivia nas regiões portuárias. O comprometimento da força de trabalho obrigava o governo e instituições sociais, a exemplo da Igreja, a desenvolver estratégias de assistência à saúde, com base nas especificidades epidemiológicas de cada região. Tal resposta se deu não apenas pelos danos econômicos gerados, mas também pelos

riscos da minoria abastada vir a adoecer e morrer, sobretudo em decorrência das doenças transmissíveis.

Todavia, a insubordinação das irmãs de caridade às prescrições médicas, uma vez que para os médicos eram eles que deveriam ocupar o topo da hierarquia dentro das instituições, constituiu causa primeira de conflito no contexto das Santas Casas à época. Sem questionar a pretensa supremacia médica, o governo brasileiro buscou criar um espaço que permitisse capacitar pessoas para suprir esta lacuna nas instituições, desde que o custo com a formação não fosse dispendioso e que as pessoas se dispusessem a não questionar as ordens médicas, o que evitaria novos conflitos (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Dada a emergência de sua finalidade, a assistência praticada em tais instituições possuía um caráter quase que, exclusivamente, curativista, destinado ao atendimento de parcelas específicas da população, por ocasião das mazelas e epidemias da época. Desse modo, o confinamento de doentes nas Santas Casas era, na realidade, uma forma encontrada pela elite dominante para afastar os pobres e doentes do convívio social, o que poderia trazer diversos riscos aos mais abastados, o que não significa que outras parcelas da população, a exemplo dos soldados, também não fossem ali atendidas (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Somente no final do século XIX é que inicia uma preocupação mais efetiva com a questão da assistência aos doentes, com base em elementos científicos. Em um momento anterior a este, a criação da primeira escola de Medicina já refletia uma necessidade de formação nacional de profissionais para os cuidados com a saúde, uma vez que até então os filhos da elite da época precisavam buscar uma formação em Medicina em Portugal e em outros países da Europa (AMANTE, 2011). Nesse momento, a necessidade hegemonicamente enxergada pela classe dominante estava centrada no médico, uma vez que, para as famílias representantes desse segmento, possuir um membro na família com tal formação era sinônimo de poder e de prestígio social, assim como também o era ser atendido por tal profissional (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

O Hospício Nacional dos Alienados foi o berço para a criação da primeira Escola destinada à formação de enfermeiros no país. A necessidade de fundar um local no qual fossem ensinadas práticas destinadas ao cuidar surgiu imediatamente após a cisão entre o corpo médico e as irmãs de caridade, à época, responsáveis

pela prestação desse serviço nas Santas Casas e em outras instituições assistenciais (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Com a situação política estável, a exportação do café atingiu o auge e possibilitou a concentração de capitais para as primeiras indústrias. A consolidação do republicanismo levou a substituição do governo monárquico católico por um estado laico que, por sua vez, retirou o protagonismo do cuidado das irmãs de caridade, substituindo-as por enfermeiras leigas vinda da França (GEOVANINI et al., 2010).

Ainda no Brasil colônia, a enfermagem brasileira, especialmente a pré-profissional, teve forte influência francesa<sup>6</sup>, em decorrência da vinda das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, em 1852, para o Brasil. Segundo Maliska et al. (2010), estas vieram para assumir a direção dos serviços hospitalares e os cuidados de enfermagem a serem ministrados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, expandindo posteriormente para outras instituições, sob encargo da Ordem da Misericórdia, além de outras instituições públicas e privadas. Gradativamente, esta e outras irmandades francesas continuaram a vir para o Brasil e assumiram atividades em outros hospitais e escolas de enfermagem brasileiras.

É nesse contexto que consideramos que após o cenário de ameaça ao comércio exterior e ao desenvolvimento da produção, sobretudo na região sudeste, surgiu a primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras datada de 1890, cujo objetivo “explícito” era o de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares. Essa escola foi criada pelo Governo Provisório da República, sendo organizada por enfermeiras francesas, devido à crise causada pela saída abrupta das irmãs de caridade e pela necessidade de pessoal iniciado no ramo do cuidado e da administração (MARTINS et al., 2003).

Enquanto tal processo de formação ia se configurando no início dos anos 1890, o Marechal Deodoro da Fonseca contratou 40 enfermeiras Francesas da Escola Salpêtrière, com o intuito de suprir a deficiência do corpo de cuidadores, ocasionado pela saída das irmãs de caridade, como também formar homens e mulheres aptos à execução dos cuidados (MIRANDA, 1994). É nesse momento que a enfermagem começa a assumir, no Brasil, a condição de responsável pelo cuidado

---

<sup>6</sup> A profissionalização da Enfermagem na França foi marcada por uma história de luta por reconhecimento, valorização e desenvolvimento da profissão (MALISKA et al. 2010).



sistematizado, em bases historicamente determinadas e cientificamente orientadas. Entendemos que somente a partir desse instante, teremos iniciado o processo de profissionalização da Enfermagem.

A primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mais tarde chamada Escola Alfredo Pinto. Teve sua regulamentação através do Estado, com o Decreto 791/1890, assinado pelo então presidente Deodoro da Fonseca (ARAUJO; MOREIRA; PORTO, 2010). Inicia-se, portanto, o processo de laicização da profissão e de constituição de suas bases legais. As formandas da escola tinham por objetivo integrar-se a hospitais civis e militares e posteriormente às atividades de saúde pública uma vez que a principal preocupação do Estado era sanear o Rio de Janeiro e livrá-lo da presença dos portadores de transtornos mentais (GEOVANINI et al., 2010).

Segundo Ambrozano (2002), a criação de uma Escola, que formasse profissionais enfermeiros e enfermeiras, fora uma necessidade da classe médica. Desse modo, o processo de profissionalização da enfermagem inicia tornando a profissão secundária e subordinada no campo hospitalar. Outras razões para a profissionalização se referem ao seguinte fato:

a escola promovia a instrução e profissionalização das mulheres pobres. Disso decorriam algumas vantagens: incorporação e disciplinarização de um segmento excluído e “perigoso” (mulheres e meninas pobres abandonadas), subordinação garantida dessas aos médicos, evitando os conflitos que foram anteriormente enfrentados com as religiosas no hospício, e o estabelecimento do hospício como instrumento médico e de intervenção e sob sua direção (OLIVEIRA; ALESSI, 2003, p. 45).

Chama a atenção, além da finalidade de garantir a “dominação” médica nos hospitais, que supostamente seria mais facilmente exercida sobre mulheres pouco instruídas, o fato de o governo procurar resolver a questão das mulheres pobres e abandonadas, cuja existência representava uma ameaça potencial à ordem vigente, encaminhando-as para a enfermagem (SILVA; CAVALCANTI, 2013). Evidentemente, garantir uma oportunidade de formação profissional e de emprego, para quem estava na indigência, consistia em uma ação meritória, entretanto, as razões que a justificaram são passíveis de discussão.

Todavia, a presença maciça da mulher no período de profissionalização da Enfermagem no Brasil não configura, nesse momento, um avanço para o *status*

feminino na sociedade. Assim, comungando do contexto das demais profissões modernas, a entrada da mulher no mercado de trabalho, particularmente na Enfermagem, apresenta-se também como uma necessidade do sistema produtor de mercadorias, não significando em sentido restrito uma conquista, mas sim, muito mais, uma concessão do capitalismo emergente (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

O Curso de enfermagem tinha duração de dois anos e contava com aulas práticas e teóricas, segundo Oguisso (2007). No entanto, relata Silva e Cavalcanti (2013) que apesar de ser oriundo de um hospital psiquiátrico, o currículo não apresentava direcionamento para as atividades relativas ao campo psiquiátrico. Um aspecto que chama a atenção refere-se ao fato de que a direção da Escola de Enfermagem era composta em sua totalidade por profissionais de medicina, que orientavam os conteúdos curriculares e as práticas a serem realizadas por enfermeiros. O fato de ser dirigida por médicos pode também explicar o fato de que a maior parte da literatura não a reconhece como sendo a primeira Escola de Enfermagem, título atribuído à Escola Ana Nery, fundada 33 anos depois da Escola Alfredo Pinto, para alguns autores o marco da Enfermagem moderna no Brasil – 1923.

Para Carvalho (1976) não há como negar que os significados da profissionalização da enfermagem influenciam sobremaneira a forma como o próprio conceito de enfermagem é entendido. Silva e Cavalcanti (2013) relatam que isso pode ser exemplificado pelo discurso de Ethel Parsons que, ao criar o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública no Brasil em 1920, hesitou em utilizar a palavra enfermeira em português devido a sua conotação negativa na época, preferindo *nurse*, em inglês, a fim de diferenciar as profissionais formadas sob sua orientação das demais existentes na sociedade brasileira. O termo, porém, não teve aderência, prevalecendo designações adjetivadas como “enfermeira de alto padrão”, “de saúde pública” ou simplesmente “diplomada” para indicar a nova categoria que se criava.

No caso brasileiro, esta fase de transição entre a prática do *cuidado em geral* e a sistematização do cuidado, fazendo-o assumir a expressão do que consideramos *cuidado de enfermagem*, perdurou, segundo Germano (2007), do início da colonização até o início do século XX, o que demonstra um caráter “tardio” da profissionalização da Enfermagem no país. Segundo Silva e Cavalcanti (2013) a

atuação de Anna Nery<sup>7</sup> na Guerra do Paraguai (1866 a 1870) constitui um marco para a projeção nacional da necessidade de formação profissional de uma categoria, cujo objeto de atuação fosse o cuidado, cientificamente sistematizado em bases distintas das já existentes em outras profissões.

Mas é importante destacar que, para além da significativa atuação de Anna Nery no fronte da Guerra, ou mesmo da suposta defesa dos brasileiros e dos interesses nacionais, a guerra do Paraguai “significou para a história da América Latina uma verdadeira destruição do país e do povo paraguaio para garantir o imperialismo britânico”. Desse modo, ainda que o interesse mais imediato de Anna Nery tenha sido o de assistir os seus parentes que estavam lutando na Guerra - tendo, posteriormente, se estendido aos soldados brasileiros feridos - sua atuação representa também uma exemplificação de como interesses particulares podem ser (e geralmente são) cooptados na esteira dos interesses econômicos, fundamentais à expansão e aprofundamento do domínio do capital (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Com muitas semelhanças a Anna Nery, temos o exemplo de Florence, a quem Germano (2007) denominou de o “grande vulto da Enfermagem”. O fato de serem mulheres, com forte influência religiosa, e dispostas a atuar em situações de Guerra não são as únicas semelhanças entre elas. Vejamos que nos dois casos, a principal motivação da Guerra diz respeito a garantir a expansão do imperialismo britânico. A determinação, portanto, que instaura a necessidade de desenvolvimento de práticas sistematizadas de cuidado, não se justificam apenas pela necessidade humana da sobrevivência em situação de Guerra, mas, sobretudo, pela importância da manutenção da vida dos soldados, condição fundamental para garantir a sua permanência nos campos de Guerra (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Não observamos uma ruptura com os aspectos envolvidos com o *cuidado religioso*, a exemplo dos princípios de benevolência e mansidão exigidos aos cuidadores em momentos precedentes. Entendemos que a projeção social da enfermagem, no bojo de sua profissionalização, recuperou tais princípios e os submeteu a um processo sistematizado, que perdura no seu ciclo de formação profissional, por vezes, ao estabelecer um perfil social e moral para os ingressos; outras vezes, pelas exigências comportamentais durante o período de formação e

---

<sup>7</sup> Ana Néri nasceu na cidade de Cachoeira – BA, em 13 de dezembro de 1814, e faleceu no Rio de Janeiro, aos 66 anos de idade, em 20 de maio de 1880. Casou-se com oficial da armada e enviuvou-se aos 30 anos, tendo três filhos, dos quais dois eram médicos militares e um oficial do exército (PAIXÃO, 1969).

na sua finalização e, em seguida durante a atuação profissional (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Os relatos até aqui se concentraram no período compreendido a partir do século XIX. Vimos aqui, uma enfermagem permeada pelas influências do cristianismo e das lutas por desenvolvimento, num contexto de forte presença da Igreja católica (no caso brasileiro), nos setores saúde e educação, bem como os desdobramentos no campo das alianças e conflitos entre Igreja e Estado, desde o segundo Império.

#### 2.4.1.2 A formação em enfermagem: bases no século XX

Supomos que, no Brasil, a aproximação com a enfermagem norte-americana (de influência britânica) provocou uma ruptura com o momento anterior, de influência francesa. O entendimento dos aspectos mais centrais desse contexto impõe resgatar as condições em que surgiu a enfermagem moderna na Inglaterra e sua difusão para os EUA, bem como os nexos entre esta e a enfermagem brasileira.

Sabemos que a enfermagem moderna surgiu na Inglaterra, a partir de 1860, sob a liderança de Florence Nightingale, sob a égide do capitalismo e da revolução industrial, recebendo influência de quatro aspectos no seu desenvolvimento: religião, guerra, ciência e feminismo (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

Segundo Nightingale (2010), em 1860, foram criadas, no Hospital Saint Thomas, em Londres, a Escola de Treinamento Nightingale<sup>8</sup> e a Casa dos Enfermeiros, financiadas pelo fundo que Florence havia criado no tempo da Guerra da Criméia. As enfermeiras tinham treinamento prático e moravam numa casa, onde eram submetidas a rígida disciplina e a princípios morais dogmatizantes. Desse modo, a Enfermagem deixou de ser uma profissão desprestigiada, tornando-se uma profissão respeitável. A concepção norteadora da prática do ensino, naquela época, segundo Florence, pode ser sintetizada na seguinte afirmação: “a arte da Enfermagem deve incluir as condições que por si mesmas tornem possível o que eu compreendo por Enfermagem” (NIGHTINGALE, 2010, p. 9).

---

<sup>8</sup> Florence estabelece alguns critérios para o que passou a ser o Sistema Nightingale, dentre eles a rigorosa seleção de candidatas, a direção de escolas por enfermeiras, e ensino teórico e prático metódicos. Este sistema foi com o passar do tempo, adequando-se às culturas, modos e costumes de vida dos países para onde foi sendo importado sendo que, atualmente, talvez tenhamos tantos modelos quanto as nações nas quais o Sistema Nightingale foi implantado. O Sistema Nightingale, criado no século XIX, na Inglaterra é difundido por todo o mundo e chega também ao Brasil em 1923” (BUDÓ; SAUPE, 2004, p. 166).

Seria enganoso, no entanto, atribuir o movimento para criação e desenvolvimento da enfermagem moderna somente às ideias de Florence Nightingale. A referida autora *aprendeu* enfermagem com as diaconisas protestantes de Kaiserwert, na Alemanha, e também com as irmãs de caridade de São Vicente de Paula na França, vestindo-se, aliás, com o hábito das irmãs para, segundo declarou, delas “absorver o espírito de cuidado e religião”. Poderíamos dizer que, por meio da Escola e de tudo que escreveu sobre a forma de cuidar do outro, Nightingale deu significado ao silêncio que havia na prática de enfermagem, até então envolta em regulamentos e correspondências internas, executados apenas por aquelas que faziam parte das associações específicas, na maioria das vezes religiosas, com espírito vocacional para servir o outro por amor a Deus, e não com o espírito e o desejo de construir uma profissão (PADILHA, 1998).

Nightingale (2010, p.12) afirma que utilizou “a palavra enfermagem por falta de outra melhor”; entendia que a profissão era uma arte, no sentido de fazer, e, como tal, deveria apresentar qualidades que tornassem possível a assistência em enfermagem. Em *Notas sobre enfermagem* se refere ao que a enfermagem “deve ser”, apresentando aspectos que podem ser facilmente relacionados com o que se espera de uma mulher:

Toda enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira ‘de confiança’ [...] Deve ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, uma mulher religiosa e devotada. Deve ser uma observadora segura, direta e rápida, e uma mulher de sentimentos delicados e modestos (NIGHTINGALE, 2010, p.164).

Na Inglaterra, o processo de hierarquização também se deu dentro da profissão:

nos dois primeiros anos, as alunas permaneciam em período probatório, findo o qual eram qualificadas como enfermeiras (nurses), cujo estágio poderia durar até cinco anos, com direito a alojamento, alimentação e salário. Depois de cinco anos atuando como enfermeiras, passavam à categoria de suster. [...] Cabe lembrar que esse modelo hierárquico na enfermagem inglesa perdura até os dias de hoje, ou seja, nurses, enfermeiras de cabeceira e de unidade, e sisters, as supervisoras (OGUISSO, 2007, p. 61).

Esse foi o momento em que Florence deu importantes contribuições para a constituição da enfermagem moderna, a partir da Inglaterra, sendo tal momento

marcado por profundas transformações sociais, culturais e econômicas. Nesse período, a Europa passava por um processo de reconfiguração colonial importante e a atuação da Inglaterra na Guerra da Criméia possibilitou a Florence as condições de instaurar as bases científicas do cuidado, sistematizando-o e a partir de então, profissionalizando-o através de um processo de formação educacional (OGUISSO, 2007). É nesse contexto que localizamos o surgimento da enfermagem *moderna*, pautado, em linhas gerais, na particularização do *cuidado em geral* para o *cuidado de enfermagem*. O ensino de enfermagem é, portanto, um requisito à profissionalização e esse caráter profissionalizante se torna definitivamente hegemônico desde então, com difusão para outros continentes (SILVA; CAVALCANTI, 2013).

No Brasil, após a criação da Escola Alfredo Pinto, por volta de 1901 a 1902, na cidade de São Paulo, deu-se início ao que seria o segundo Curso de Enfermagem no Brasil, realizado no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano. Diferentemente da Escola Alfredo Pinto, que tinha como influência a enfermagem francesa católica, a escola vinculada ao Hospital Evangélico tinha como orientação a enfermagem inglesa protestante, ainda que aqui também a direção fosse exercida por outras categorias profissionais. O objetivo principal da escola era preparar uma força de trabalho local para atuar na própria Instituição (GERMANO, 2007). Quinze anos após a criação da Escola do Hospital Evangélico, no ano de 1916, foi criada outra unidade de ensino em enfermagem, a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira<sup>9</sup>, com o intuito de preparar voluntárias para o atendimento emergencial, em virtude da deflagração de I Guerra Mundial, para prestar cuidados aos soldados feridos na guerra (GEOVANINI et al., 2010).

Registramos também:

a fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915, com a presença de Wickliffe Rose, diretor da International Health Commission, a qual, a partir de 1916, passou a se chamar International Health Board (IHB) e que desempenhou papel de destaque na condução das atividades da Rockefeller no Brasil para coletar informações e identificar áreas de atuação, fato este que estreitou relações e abriu caminho para a

---

<sup>9</sup> A Cruz Vermelha Brasileira se destacou devido à sua atuação na primeira Guerra Mundial, sendo fundadas filiais nos estados. Colaborou na organização de postos de socorro durante a epidemia de gripe espanhola em 1918, enviando socorristas para vários domicílios e instituições hospitalares e hospitalizando doentes. Atuou também socorrendo vítimas das inundações, nos estados da Bahia e Sergipe, e as das secas do Nordeste. Muitas das socorristas continuaram suas atividades após o término da guerra, dedicando-se ativamente à formação de voluntários (SILVA, 2012).

entrada de médicos e sanitaristas norte-americanos da Rockefeller no país (FREIRE; AMORIM, 2010, p. 98).

Segundo Silva e Cavalcanti (2013), para muitos, a Fundação Rockefeller significou um enorme avanço para a saúde pública, sendo destinada à população em geral. Os referidos autores, creditam à referida Fundação o título de representante de interesses capitalistas na América do Sul, uma vez que, com base em Germano (2007), a função da organização Rockefeller nessa região era propiciar as condições sanitárias necessárias ao desenvolvimento capitalista.

Nas primeiras décadas de século XX, se configurava um cenário de instabilidade na economia brasileira, pois a grande fonte econômica da época, o setor agrário-exportador (principalmente o cafeeiro), estava sendo afetada pela redução das exportações de café, em consequência da sua desvalorização no mercado externo. Somando-se a isso, repercutia no Brasil uma forte pressão do setor comercial, para que o Estado interviesse nos problemas sanitários relacionados às constantes epidemias da época, uma vez que muitos navios não estavam mais atracando em portos brasileiros, devido ao risco de adoecimento de sua tripulação (SILVA; CAVALCANTI, 2013). Nesse sentido, o governo procurou buscar primeiramente criar um departamento exclusivo para saúde pública. O então Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, através do Decreto n. 3978, de 2 de janeiro de 1920, foi ainda naquele ano dirigido pelo sanitarista Carlos Chagas, que deu início ao que mais tarde se chamou de “A Reforma Carlos Chagas” (FREIRE; AMORIM, 2010).

No que se refere ao Brasil, a enfermagem moderna foi introduzida a partir da Reforma Carlos Chagas, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, fundada em 1923, na época denominada Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública. A organização administrativa e docente, sob a responsabilidade de enfermeiros, é a principal razão utilizada por diversos autores para considerá-la como marco para a profissionalização da enfermagem moderna no Brasil.

Segundo Silva e Cavalcanti (2013), na época, o então diretor do DNPS, Carlos Chagas, solicitou a conveniente ajuda da Fundação Rockefeller para a criação de um ensino sistematizado em enfermagem nos moldes norte-americanos. A fundação Rockefeller enviou então nove enfermeiras norte-americanas para o Brasil, com a “missão” de estruturar o Serviço de Enfermagem e de Saúde Pública

do Rio de Janeiro, sendo também responsáveis por estruturar e ministrar as aulas do Curso de Enfermagem. Chamamos a atenção para o fato de que, apesar de a Escola do DNPS ser a primeira com estrutura gerencial e pedagógica sob responsabilidade de enfermeiras, durante oito anos a direção fora exercida por enfermeiras norte-americanas, e isso influenciaria significativamente a continuidade do ensino de enfermagem no território brasileiro.

Em 1923, a referida Escola passou a se chamar Escola de Enfermeiros Anna Nery, numa homenagem à pioneira da enfermagem brasileira. Em 1931, a Escola passou a ser denominada Escola de Enfermeiras Anna Nery, nome conservado até os dias de hoje. A Instituição recebeu do governo brasileiro o título de “Escola padrão”, o que significava dizer que as demais Escolas de Enfermagem, que viessem a ser criadas em todo o território nacional, deveria, obrigatoriamente, se moldar e se equiparar às diretrizes da Escola Anna Nery, uma vez que somente cumprindo tais requisitos é que receberiam o registro para emitir diplomas, por parte do Departamento Nacional de Saúde (CARVALHO, 2006, p. 232). Está posto o fundamento do primeiro currículo imposto e único, na formação em enfermagem no país.

As primeiras alterações realizadas no currículo compuseram o programa de ensino de 1926 que, no entanto, não apresentou diferenças significativas em relação ao anterior. Ao analisar as cargas horárias de ambos, Rizzotto (1999) verificou que houve aumento significativo de disciplinas relacionadas ao atendimento do indivíduo, comprovando novamente a predominância do modelo biomédico e voltado ao corpo individual. A ênfase na formação de base clínica evidenciava-se no fato de que mais de 90% do ensino prático era realizado em hospitais. Assim, pode-se dizer que na década de 1930, o exercício da enfermagem no Brasil, que pretendia ser vinculado à saúde pública, caracterizou-se definitivamente como voltado para o modelo de assistência hospitalar (BARREIRA, 1999).

É de suma importância ressaltar a fundação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras em 1926, atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)<sup>10</sup>, pela primeira turma de enfermeiras formada pela Escola

---

<sup>10</sup> Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) – Fundada em 1926, órgão de representação cultural, científica e política da enfermagem, congrega enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, estudantes, e instituições de ensino em enfermagem e sociedade de especialistas. É responsável pela organização dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, Seminários Nacionais de Educação e outros eventos e atividades de promoção do desenvolvimento



Anna Nery. Em 1928, esse órgão foi registrado juridicamente e filiado em julho de 1929 ao Conselho Internacional de Enfermagem, tendo suas comissões um papel importante no desenvolvimento da enfermagem, principalmente nos aspectos de legislação e educação (GERMANO, 2003).

Na esfera econômica, da década de 1930, o setor agrário exportador começou a dar lugar ao um novo patamar do desenvolvimento capitalista, o que contribuiu para o financiamento do processo tardio de industrialização do país, sendo este período marcado pelo aumento da população urbana e desenvolvimento das cidades, sobretudo das capitais da região sul e sudeste. Havia um mercado voltado às necessidades de saúde pública, em especial nessa região, produtora de café para exportação (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 33).

O ano de 1931 foi marcado pela sanção do Decreto nº 20.109 que regulamentou o exercício profissional da enfermagem no Brasil (GEOVANINI et al., 2010). A Escola de Enfermeiras Anna Nery é elevada à categoria de escola oficial padrão, a direção foi assumida por uma enfermeira brasileira e a partir daí os docentes são enfermeiros. O currículo passou a ser padrão para as demais escolas com registro pelo DNSP.

No entanto, as transformações econômicas levaram as tecnologias hospitalares e a indústria farmacêutica a ter papel de destaque na formação profissional. Tendo em vista o crescimento desordenado das cidades e a modernização, o governo assumiu uma postura de direcionamento da saúde para os setores produtivos. Deixaram-se de lado campos como o de saneamento básico e de nutrição em favor da medicina curativa, o que colocou o hospital no papel central do sistema de saúde (GEOVANINI, et al., 2010).

Na década de 1940 o que chama a atenção é a ampliação do número de escolas de auxiliares e de enfermagem subsidiadas por verbas públicas através da Lei nº 775 e do Decreto 27.496, de 1949. Tal fato demonstrou interesse do governo na época, de aumentar a oferta de profissionais no mercado e direcionar as atividades de auxiliar de enfermagem para a assistência curativa, constituindo força de trabalho barata e ser absorvida pela iniciativa privada e, assim, diminuir os custos com a contratação de enfermeiras diplomadas (KLETEMBERG et al., 2010).

A exemplo do currículo norte-americano, o currículo de 1949 continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem (CARVALHO, 1976) Para a autora, a enfermagem brasileira adotou o paradigma norte-americano, porém sem dispor dos mesmos avanços tecnológicos e vivenciando outra realidade. O currículo de 1949 era "pouco inovador relacionado ao programa inicial, prevalece a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que tolham a criatividade das alunas e com a centralização no estado da doença e não do doente".

Prosseguiram os serviços de saneamento para erradicação da febre amarela e também aumentou a procura por cursos de enfermagem, ocorrendo a expansão dos cursos em 1940 (OGUISSO, 2007). O impulso industrial ampliou o número de trabalhadores nos mais diversos segmentos. Na saúde, as ações preventivas foram entendidas como responsabilidade da enfermagem, por isso o principal mercado empregador foi o serviço de saúde pública até 1940 (KLETEMBERG et al., 2010). Entendemos que, por esta razão, até 1943, cerca de 66% do corpo de enfermagem trabalhava na saúde pública, enquanto, apenas 9,5% se destinavam a exercer suas funções em hospitais, apesar de o currículo está direcionado para a formação hospitalocêntrica, Em 1950, ocorreu uma inversão, uma vez que 49,4% das enfermeiras se encontravam na área hospitalar e 17,2%, na saúde pública permanecendo sem mudanças sensíveis até 1962 (GERMANO, 2007).

Dessa forma, à medida que as necessidades geradas na esteira das fábricas e de outros setores produtivos não iam sendo atendidas pelo Estado, os trabalhadores começavam a organizar as formas de reivindicações. Esse é o campo de reivindicações e manifestações ocorridas, principalmente no governo de João Goulart, que tinha na revolta das classes subalternas sua maior expressão. Para Silva e Cavalcanti (2013), a conjuntura econômica e política da época reclamavam mudanças estruturais também no campo educacional, uma vez que o país precisaria adotar um modelo de educação afinado com os princípios políticos e sociais vigentes e que atendesse também às necessidades do processo de desenvolvimento econômico.

Em meados dos anos 1950, vinha sendo discutida a reforma universitária, porém a discussão foi neutralizada em 1964, pelo golpe militar, trazendo, assim, muitas mudanças na educação de nível superior exercido pela ditadura.

Em dezembro de 1961, foi promulgada a Lei n 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior. Foi indicada uma comissão de peritos para discutir as diretrizes do ensino de enfermagem, porém a determinação sobre a duração e o currículo dos cursos superiores dependia das novas diretrizes a serem definidas a partir da nova lei. Após inúmeras reuniões, inclusive com o Diretor de Ensino Superior, foi entregue à Diretoria do Ensino Superior o relatório no qual era proposto um curso com duração de quatro anos, distribuído em nove cadeiras de enfermagem e onze disciplinas, com a recomendação que fossem realizados concursos de ingresso e cursos de pós-graduação (CARVALHO, 1976). No ano de 1961, todas as escolas iniciaram a exigência do curso secundário dos candidatos, porém só em 1962 a enfermagem passou a ser ensino de nível superior.

Consistia uma tendência, naquela época, já quase universal de fomentar o desenvolvimento do conhecimento tecnológico. De fato, tal processo não se deu apenas na área da enfermagem:

a visão produtiva da educação empenhou-se no primeiro período, entre os anos de 1950 e 1970, em organizar a educação de acordo com os ditames do taylorismo-fordismo através da chamada “pedagogia tecnicista”, que se procurou implantar, no Brasil, através da lei n. 5.692 de 1971, quando se buscou transportar para as escolas os mecanismos de objetivação do trabalho vigentes nas fábricas. No segundo período, a partir do final dos anos de 1980, entram em cena as reformas educativas ditas neoliberais que se encontram em andamento. Sob a inspiração do toyotismo, busca-se flexibilizar e diversificar a organização das escolas e o trabalho pedagógico, assim como as formas de investimentos. Em ambos os períodos, prevalece a busca pela produtividade guiada pelo princípio de racionalidade, que se traduz no empenho em se atingir o máximo de resultados com o mínimo de dispêndio. Para esse fim, o Estado, agindo em consonância com os interesses dominantes, transfere responsabilidades, sobretudo no que se refere ao financiamento dos serviços educativos (SAVIANI *apud* LOMBARDI et al., 2005, p.23).

Em consequência à RU/68, houve um forte investimento para criação de cursos superiores, assim como federalização de escolas e faculdades isoladas, o que não foi diferente na área da saúde, especialmente na área de enfermagem, tanto que o Departamento de Assuntos Universitários – DAU, pertencente ao MEC, emvidou esforços para criação de cursos de enfermagem em Universidades Federais (COSTA et al., 2010).

Convém enfatizar que existia no MEC uma proposta de implantação de novos cursos nas Universidades Federais. Além desse propósito, havia também o reconhecimento de que era necessário rever as normas de formação deste profissional. Enquanto o MEC designou uma comissão de médicos para estudar estas questões, dentro do DAU, uma comissão composta por três enfermeiras não só analisou a situação da formação de enfermeiras em relação à quantidade e distribuição no país, como propôs alterações significativas no currículo desses cursos. Esta comissão ficou conhecida como “Comissão das Três Marias”: Maria Rosa Souza Pinheiro, Maria Nilda de Andrade e Maria Dolores Lins de Andrade. Esse trabalho sugeriu a expansão dos cursos de enfermagem no país e mudanças de conteúdos na formação (COSTA et al., 2010).

Em meio à ditadura, a chegada de grandes monopólios industriais acentuou o modelo hospitalocêntrico. A reorganização da Previdência Social determinou a emergência da atenção médica individualizada para os trabalhadores, levando a saúde pública a uma posição secundária nas prioridades governamentais. A saúde curativa e especializada ganhou espaço com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, em 1966. O setor saúde foi privatizado aos poucos, beneficiando empresas médicas e firmas comerciais e industriais, sem oferecer serviços que atendessem as expectativas. Para a enfermagem, tal fato significou, por um lado, a ampliação do campo profissional, mas por outro, a redução da presença do profissional de nível superior no segmento privado, tendo em vista o baixo custo dos profissionais auxiliares (GEOVANINI, et al., 2010).

Essa condição reforçou, significativamente a subdivisão do trabalho em enfermagem, provocando a existência de outras subcategorias, em que atendentes<sup>11</sup>, auxiliares e técnicos de enfermagem eram responsáveis por cuidados diretos aos pacientes, enquanto os enfermeiros exerciam funções burocráticas e administrativas. A Lei n. 2.604, de 17.09.1955 (BRASIL, 1955), regulou o exercício profissional da enfermagem inserindo parteiras, "práticos" e auxiliares de enfermagem. Os atendentes passaram a integrar legalmente o quadro de enfermagem apenas em 1976, por meio da Resolução COFEN/76. A criação da categoria de técnico de enfermagem se deu em 1966 que, ao mesmo tempo em que

---

<sup>11</sup> Para o Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, o atendente de enfermagem correspondia à categoria não formalmente preparada pelo sistema de ensino. Recebia alguma forma de treinamento em serviço nas várias instituições de saúde onde executava tarefas de enfermagem, nem sempre devidamente supervisionadas (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

leva a ampliação do campo de atuação da enfermagem, reduz o campo de atuação dos enfermeiros, força de trabalho com maior acesso a um conhecimento crítico. Nesse contexto, a força de trabalho técnica e auxiliar era formada para o seguimento privado, enquanto a enfermagem universitária destinava-se ao setor público (GEOVANINI, et al., 2010).

O aumento de profissionais técnicos e auxiliares provocou o surgimento do Conselho Federal de enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) em 1973, no intuito de organizar o contingente profissional. A filiação ao sistema COFEN/COREN tornou-se obrigatória para todas as categorias, tendo esse sistema o poder para aplicar desde uma advertência para quem não seguir as normas e resoluções aprovadas, até cassar o direito ao exercício profissional do indivíduo (OGUISSO, 2007).

Germano (2007) esclarece que o Parecer nº 163/72 veio aprimorar o existente, em nada contribuindo para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde. Ao contrário, o mesmo foi antecedido por uma introdução cuidadosa, mostrando a necessidade de o enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica.

Assim, a formação do enfermeiro buscou servir muito bem à profissão médica, que por sua vez, necessita de uma Enfermagem também especializada para juntos atuarem nos centros cirúrgicos sofisticados e nas clínicas médicas requintadas, no campo das cirurgias cardiovasculares, doenças degenerativas, cirurgias plásticas, enfim uma assistência curativa. Foi nesse contexto que o Estado interventor reduziu os gastos com saúde, e abriu caminho para que as clínicas e hospitais particulares dominassem o cenário de saúde no Brasil. Em linhas gerais, considera-se que o enfoque curativista do ensino em enfermagem permaneceu até a Reforma Sanitária, ocorrida já no período de redemocratização do país, em meados da década de 1980, embora o seu legado tenha se perpetuado até os nossos dias.

Em 1986 foi aprovada a Lei nº 7.498, com novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e reconhecendo as categorias profissionais (enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras). Porém, mesmo com a diferenciação, Geovanini et al., (2010) aponta que não foi suficiente para esclarecer a sociedade quem de fato era cada profissional e quais suas competências específicas .

Identificamos que a necessidade de manutenção da hierarquia, com base na divisão técnica do trabalho em enfermagem, repercutiu na reorganização do ensino, requisitando bases científicas bem mais definidas, para a consolidação de um modelo de formação mais ajustado às bases contemporâneas do processo de tecnificação do cuidado. Essa busca pela cientificidade (sob o argumento de apreender os fundamentos teóricos das técnicas de enfermagem) operou, desde então, um movimento de afastamento, por parte de muitos enfermeiros, da assistência de enfermagem “propriamente dita”, para se dedicarem ao estudo e às funções gerenciais do serviço.

Para atender às novas exigências de saúde, o governo implantou em 1994, o então Programa de Saúde da Família (posteriormente “Estratégia”), que privilegia a atenção básica e, assim implanta um modelo assistencial popular, baseado na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde (GEOVANINI et al., 2010).

Segundo Geovanini et al., (2010), a partir da década de 1990, enquanto um contingente de enfermeiros especializou-se para atender às demandas hospitalares da iniciativa privada, outra parcela voltou-se para o resgate da saúde pública, diante da precariedade das condições gerais de saúde, conquistando espaços na saúde coletiva. Este último interesse foi o que possibilitou, em parte, a consolidação da Estratégia Saúde da Família - ESF e sua estruturação plena como modelo de atenção a saúde nesses mais de 20 anos.

Para Silva e Cavalcanti (2013), nesse sentido, o processo de formação em enfermagem sempre esteve, de algum modo, determinado a partir da conjuntura econômica, social, política e ideológica, de cada momento histórico. De fato, a atuação profissional está em constante transformação, como aponta Varella e Pierantoni (2008, p. 125) ao afirmarem: “o papel do enfermeiro nos serviços de saúde vem passando por transformações que transitam por novas formas de inserção no mercado de trabalho, pela assunção cada vez maior a cargos de gerência e gestão”.

As transformações sociais pelas quais passou a sociedade brasileira contemporânea sempre incidiram sobre a atuação da enfermagem, com caráter econômico-político peculiar ao momento histórico (DUARTE; ARAGÃO, 2008). Na avaliação da trajetória da enfermagem na sociedade brasileira, é necessário considerar inicialmente que os diversos momentos da vida do país resultaram do

jogo de forças políticas, econômicas e ideológicas que também configuraram a organização sanitária de cada época, e que não se estruturaram apenas para atender às necessidades da população, mas resultaram da concorrência entre os vários grupos sociais que formam o sistema produtivo e que apresentavam demandas divergentes entre si (BARREIRA, 1999).

No caso da enfermagem brasileira, observamos uma preocupação, desde o início, em fomentar uma formação profissional que atendesse aos requisitos da cientificidade e dos valores morais defendidos pelas precursoras da enfermagem no país, que, não raro, defendiam que o perfil das alunas precisava evidenciar boa aparência, gentileza no trato e benevolência. São destaques, nesse contexto, as relações de subalternidade na enfermagem, a atuação em condições hierarquizadas, as limitações do *status quo*, as diferenças salariais e de condições de atuação, a jornada de trabalho mais inflexível em relação a outras profissões e desarticulação política, enquanto categoria profissional, condições agravadas à medida que as contradições do processo de complexificação societária vão se intensificando (SILVA, 2012).

Para compreender um pouco mais sobre a formação da enfermagem esplanada até aqui, analisaremos na próxima seção, de forma cronológica, os documentos que compõem as bases legais da formação em enfermagem associando ao contexto histórico e concomitantemente analisando a evolução curricular da formação em enfermagem.

#### 2.4.2 Bases documentais do currículo de enfermagem no Brasil

Os resultados aqui decorrem da análise de documentos que compõem as bases legais da formação em enfermagem. Foram analisados Pareceres, Decretos, Leis Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), assim como normatizações das entidades COREN, COFEN e ABEN, analisadas indissociavelmente em cada momento histórico, num período que compreende de 1890 a 2009, lançando novas possibilidades de entender a enfermagem brasileira.

Para melhor sistematizar esta seção, analisamos cronologicamente em um primeiro subitem, os aspectos históricos do currículo da enfermagem brasileira fazendo uma abordagem da primeira proposta curricular de 1890 e dos currículos

mínimos de 1923, 1949, 1962, 1972 e 1994 que estão mencionados no contexto histórico. Para sistematização das informações e melhor visibilidade elaboramos uma matriz que agrega o processo de constituição curricular da formação em enfermagem que encontra-se no Apêndice deste estudo. Compõe também esta seção, um subitem intitulado “Diretrizes Curriculares”, onde discutiremos a formação da enfermagem a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

#### 2.4.2.1 Aspectos históricos do currículo da enfermagem brasileira

A enfermagem brasileira deu seu primeiro passo para a profissionalização com a criação do Decreto nº 791, de 27 de Setembro de 1890, assinado pelo presidente Deodoro da Fonseca, que criou a primeira Escola de Enfermagem, em seguida, chamada Escola Alfredo Pinto. Inicia-se a partir daí o processo de laicização da profissão e de constituição de suas bases legais.

É nesse contexto que surge a necessidade de sistematização curricular dos estudos da Enfermagem, cuja noção de currículo, no sentido de ordenar processo de formação, confere-lhe um caráter científico, metodológico, estruturalmente novo, quando comparamos ao ensino dito *empiricista* do momento anterior. Se tomarmos a análise do primeiro currículo da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), conforme assinala Germano (2007), onde as disciplinas eram de caráter biologicista e se destacavam em relação às outras. Fato este que explicaria a determinação da Escola em formar profissionais alinhados com as demandas de saúde pública da época, cumprindo assim, as exigências sanitárias, porém, o currículo se propõe a atender outras necessidades econômicas do país.

De acordo com Vieira (2005), tornou-se necessária uma readequação curricular à medida que a enfermagem passou a ocupar novos espaços que melhor atendessem à realidade social. É nesse contexto que entendemos que a educação, a exemplo de outros complexos existentes na sociedade, reflete a estrutura econômica, social e política vigente, os interesses, valores e correlações de forças. Assim, o currículo se corporifica como elemento que materializa as intenções educativas dos diferentes grupos, especialmente os hegemônicos.



A Primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorre com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras datada de 1890, cujo objetivo “explícito” era o de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares. Essa escola foi criada pelo Governo Provisório da República, sendo organizada por enfermeiras francesas, devido à crise causada pela saída abrupta das Irmãs de Caridade e pela necessidade de pessoal iniciado no ramo do cuidado e da administração (MARTINS et al., 2003). A partir daqui tem-se o primeiro registro de currículo regulamentado da enfermagem datado de 1923 que abordaremos por tópicos, a partir deste, cada um a seguir.

### ➤ **O currículo mínimo de 1923**

Nesse período, o país vivia problemas de saúde pública estava instalado um quadro de epidemias. Apesar de que, na realidade, a enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa e não para a saúde pública. Ao analisar o primeiro currículo, essa afirmação é baseada nos conteúdos e carga-horária teórica e prática que compunham o currículo implantado no DNSP, onde das trinta e cinco disciplinas ministradas, apenas quatro eram voltadas para a saúde pública. Estes achados permitem-nos entender que a criação da escola e a orientação do ensino vão ao encontro das necessidades do mercado que estavam postas naquele momento, visto que nesta época ocorreu o início do processo de industrialização do país e, no que se refere à organização de assistência à saúde, a situação traduziu-se pela pressão da classe trabalhadora por assistência médica individual (RIZZOTTO, 1995).

O Curso tinha duração de 28 meses, passando posteriormente para o período de 32 meses e tinha caráter intensivo. O programa de ensino de 1923 apresenta-se sob total influência das tendências da educação de enfermagem norte-americana. Uma das restrições encontradas para a efetivação do curso como de nível superior foi a precária formação das mulheres brasileiras naquela época, o pouco acesso à educação, realidade distinta daquela encontrada nos Estados Unidos, e, portanto, responsável pelo lento desenvolvimento do ensino de enfermagem nesses primeiros anos (ALCÂNTARA, 1963).

Ao analisar o programa de 1923, Rizzotto (1999) observou que este não diferia basicamente do programa instituído nos Estados Unidos em 1917, centrado na formação hospitalar, o que a leva pensar que houve grande empenho em reproduzir no Brasil o modelo da enfermagem americana, principalmente no que diz respeito à estruturação dos serviços de enfermagem nos hospitais.

A Escola de Enfermeiras Anna Nery, também denominada "Escola padrão", teve o seu programa de ensino utilizado como modelo para as escolas criadas posteriormente, reproduzindo de forma hegemônica o currículo norte - americano, direcionado para o trabalho de enfermagem em instituições hospitalares, atendendo à medicina curativa e hospitalar.

Em 1926, houve as primeiras alterações realizadas no currículo, não apresentando diferenças significativas em relação ao anterior. Constatou-se apenas, a predominância do modelo biomédico. Assim, pode-se dizer que na década de 1930, o exercício da enfermagem no Brasil, que deveria está voltado à saúde pública, caracterizou-se definitivamente como voltado para o modelo de assistência hospitalar (BARREIRA, 1999).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), fundada em 12 de agosto de 1926, sob o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, preocupou-se com a educação desde sua criação e assim permaneceu ao longo de sua existência, o que pode ser comprovado nos seus diversos estatutos, congressos, documentos das comissões e principalmente no seu veículo de maior divulgação, a Revista Brasileira de Enfermagem.

#### ➤ **O currículo mínimo de 1949**

Não houve mudança sensível nos currículos de 1923 e 1949. Ambos deveriam direcionar para às necessidades de caráter preventivo, embora o mercado apontasse forte tendência para o campo hospitalar. Apresentava grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem. Para Carvalho (1976) a enfermagem brasileira adotou o paradigma norte-americano, porém sem dispor dos mesmos avanços tecnológicos e vivenciando outra realidade.

Em 1943, registravam-se 334 enfermeiras em serviço ativo, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais. Em 1950, 49,4% das enfermeiras encontravam em campo hospitalar e 17,2%, na saúde pública (GERMANO, 2007).

Após a publicação da Lei n.775/49, entre 1949 e 1956 as escolas puderam continuar recebendo candidatas apenas com o curso ginásial completo, prazo prorrogado por mais cinco anos pela Lei n.2995/1956. O baixo nível de conhecimento das candidatas, entretanto, provocava elevado índice de reprovação devido à dificuldade de acompanhar os estudos. Sendo assim, o VII Congresso Nacional de Enfermagem, em 1954, recomendou a seleção através do vestibular e o uso de testes psicotécnicos para avaliar as condições das ingressantes (CARVALHO, 1976).

A Lei n. 2.604, de 17/09/1955 Regulou o exercício profissional da enfermagem inserindo parteiras, "práticos" e auxiliares de enfermagem. Em 1957, reuniu-se uma subcomissão de Diretoras de Escolas de Enfermagem e Obstetrícia para discutir a integração da formação de enfermeiras e obstetrizes (CARVALHO, 1976). O encontro resultou em dois relatórios distintos, prevalecendo aquele realizado pela ABEn, que previa três níveis de formação para a enfermagem: superior, médio e elementar. O nível médio formaria o técnico de enfermagem em curso de duração de três anos, com acesso ao nível superior. O nível elementar continuaria formando o auxiliar de enfermagem.

Em 1960, o projeto de Lei n.2684/60 tentou prorrogar o prazo que as Escolas de Enfermagem teriam para aceitar candidatas apenas com o curso ginásial, porém as escolas foram unânimes em votar pela retirada do projeto e pela manutenção do nível superior para o ensino da enfermagem.

Em dezembro de 1961, foi promulgada a Lei n 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior. Foi indicada uma comissão de peritos para discutir as diretrizes do ensino de enfermagem, porém a determinação sobre a duração e o currículo dos cursos superiores dependia das novas diretrizes a serem definidas a partir da nova lei. Após inúmeras reuniões, inclusive com o Diretor de Ensino Superior, foi entregue à Diretoria do Ensino Superior o relatório no qual era proposto um curso com duração de quatro anos, distribuído em nove cadeiras de enfermagem e onze disciplinas, com a recomendação que fossem realizados concursos de ingresso e cursos de pós-graduação (CARVALHO, 1976).

➤ **O currículo mínimo de 1962**

O currículo de 1962 emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador de renda e, dessa forma, não coincidentemente, a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo.

Em 1962, o Parecer CFE n.271/62 fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem, com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem nomeada pelo Ministério da Educação (MEC), da ABEn e das 19 Escolas de Enfermagem do país. Este currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. Nele, a disciplina Saúde Pública já não aparecia como obrigatória, mas apenas como conteúdo de especialização (GERMANO, 1993).

Apesar de existir a Comissão de Peritos de Enfermagem, uma comissão do CFE, composta de três médicos, apresentou sugestões que resultaram no Parecer n.271/62 que regulamentou o currículo mínimo de enfermagem, reduziu a duração do curso para três anos, introduziu especializações num quarto ano optativo e eliminou a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública do currículo mínimo, cuja inclusão nos currículos plenos das escolas passou a ser optativa. A exclusão da disciplina Enfermagem em Saúde Pública restringiu ainda mais a formação da enfermeira, voltada somente ao atendimento individual e curativo, reduzindo a possibilidade das alunas entrarem em contato com esse conteúdo durante a graduação (CARVALHO, 1976). A reivindicação para a duração de quatro anos do curso geral de enfermagem permeou todas as discussões posteriores ao Parecer n. 271/62.

Em 1968, a Comissão de Educação da ABEn elaborou proposta para a revisão do currículo mínimo do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, propondo a distribuição semestral das disciplinas, com dois semestres básicos e seis de formação profissional, incluindo a Enfermagem de Saúde Pública. No último ano, as alunas podiam optar entre Enfermagem Obstétrica, Enfermagem da Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica (CARVALHO, 1976).

Ainda naquele ano, foi apresentado um currículo experimental que previa a inclusão da disciplina Enfermagem em Saúde Pública e apresentava a preocupação com o melhor aproveitamento do tempo de estudos e a possibilidade do estudante trabalhar (CARVALHO, 1976). Para tanto propunha a redução das férias e da carga horária prática de campo, à semelhança das atuais Diretrizes Curriculares para o

Ensino de Graduação em Enfermagem. Em 1968, a justificativa principal era a redução da evasão e permitir que o aluno pudesse trabalhar como faziam outros universitários, sem abandonar o curso. A razão principal parecia ser a diminuição dos custos dos cursos de graduação de enfermagem, com o oferecimento de maior número de disciplinas teóricas, que podem ser ministradas simultaneamente para um contingente bem maior de alunos. Vale dizer que a redução de custos favorece prioritariamente as escolas privadas, cujo número tem crescido significativamente.

Após a Reforma Universitária de 1968, a Lei n.5.540/68 fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com o ensino médio. Tal Reforma resultou de um processo iniciado no final da década de 1940 com o intuito de modernizar e democratizar o ensino superior do país. Assimilou a experiência do Estado e as demandas estudantis, porém a implantação de um Estado de Segurança Nacional de cunho ditatorial buscou inviabilizar um projeto de universidade crítica e democrática (GERMANO, 1993).

Considerando o currículo do curso de enfermagem de 1949 e o de 1962 – parecer 271/62 do CFE, percebemos uma mudança considerável: o primeiro surge numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a lógica da privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando, por conseguinte, o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva. O segundo emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador de renda e, dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo. A saúde pública, antes considerada tão básica, já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização, caso pretenda o aluno continuar os estudos após graduar-se (GERMANO, 2007, p. 28).

### ➤ **O currículo mínimo de 1972**

A alteração curricular do Parecer n. 163/72 veio aprimorar apenas o já existente, em nada contribuindo para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde. O mesmo foi antecedido por uma introdução tendenciosa, mostrando a necessidade de o enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica. Vale salientar que esse

atendimento mais especializado é praticamente restrito a uma minoria, às camadas privilegiadas da sociedade.

O Parecer CFE n.163/72 reformulou o currículo mínimo de enfermagem, criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa. Contudo, a especialização dava-se durante a graduação, prejudicando a formação mais geral. Entretanto, essa formação não era onerosa ao sistema de ensino, o que ocorreria se a especialização fosse em nível de pós-graduação (RIZZOTTO, 1999).

O currículo mínimo de 1972 foi questionado por um segmento de enfermeiras engajadas com as questões relacionadas ao ensino de enfermagem, em relação à fragmentação do eixo da formação, à ênfase dada ao modelo hospitalar, à especialização precoce decorrente das habilitações e à denominação composta para designar o curso (Enfermagem e Obstetrícia). Tais questões foram resgatadas nas discussões posteriores que subsidiaram a elaboração do currículo mínimo de 1994 (ABEn, 1991).

A atuação da ABEn na conformação dos currículos de enfermagem vigentes até então no país havia sido criticada por Germano (1985):

a ABEn exerceu e continua exercendo decisiva influência na história do ensino da enfermagem no Brasil [...] [porém] [...] não é possível, por outro lado, obscurecer, ao longo de sua existência, seu apoio no sentido de legitimar as políticas de educação e de saúde oriundas do Estado brasileiro, nem sempre condizentes com as necessidades básicas dos setores subalternos da população e a influência dessas políticas na formação e prática desses profissionais de enfermagem.

Com os movimentos sociais na década de 1980 para a redemocratização da sociedade brasileira, também evidenciou-se na enfermagem a necessidade de uma ampla reforma na prática profissional, a começar pela entidade representativa, o que se materializou na chapa de oposição da ABE que tinha como propósito aliar-se ao projeto da Reforma Sanitária, comprometido com mudanças nas condições de vida da população mais necessitada. A redefinição da política de formação e, conseqüentemente, do trabalho da enfermagem, eram algumas de suas prioridades (MOURA, 1997). A definição de novas diretrizes educacionais para a enfermagem demandava a incorporação de conteúdos que proporcionassem o exercício de novas atribuições para atender as necessidades sociais. Intensificaram-se as críticas ao

currículo vigente, destacando-se a exclusão do ensino da saúde pública do tronco profissional comum.

A ABEn, as Escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC realizam seminários regionais, oficinas de trabalho, comitês específicos e finalmente o Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro, no Rio de Janeiro, em 1989.

Uma proposta de reformulação do currículo foi encaminhada em 1991, fundamentada em discussões sobre o perfil sanitário e epidemiológico da população, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e a articulação entre o ensino e os serviços. As reformulações incluíam a extinção das habilitações, o aumento de carga horária, o redimensionamento dos conteúdos das ciências humanas e biológicas, a valorização do compromisso com a sociedade e a reflexão sobre a prática profissional. Essa proposta resultou no Parecer n.314/94, de 6 de abril de 1994 (CHRISTÓFARO, 1991).

#### ➤ **O currículo mínimo de 1994**

A ABEn, mantendo-se vigilante ao desenvolvimento do ensino de enfermagem no país, cria, a partir de 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns), que trouxeram contribuições significativas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, além de se constituírem em espaços para aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em enfermagem (TEIXEIRA et al., 2006).

Após um longo e exaustivo processo de discussão organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) com a participação de escolas, instituições de saúde, entidades de classe e outros, concluiu-se uma nova proposta curricular, oficializada em 1994 pela Portaria nº 1721/94. O novo currículo prevê a formação do enfermeiro em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa. Tem como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência crítica, levando o enfermeiro à reflexão sobre a prática profissional e ao compromisso com a sociedade capitalista.

A carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo às 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvido sob supervisão docente. Buscava assegurar a participação do enfermeiro dos serviços de saúde no ensino através de propostas de integração docente-assistencial.

O artigo 3º definiu que os currículos plenos dos cursos de graduação em enfermagem deveriam conter disciplinas relativas às Ciências Biológicas e Humanas e quatro áreas temáticas, tal como se segue: "*Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem*" (BRASIL, 1994).

Os conteúdos relativos à Saúde Pública, excluídos do currículo mínimo anterior, retornaram sob a designação de Saúde Coletiva. Entretanto, manteve-se a subdivisão em especialidades médicas na área temática Assistência de Enfermagem, evidenciando a dificuldade de ruptura com a matriz que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil.

Vale ressaltar o movimento político gerado pela categoria para a sua definição e ao processo coletivo de sua construção. O interesse em considerar o *perfil epidemiológico e quadro sanitário* demonstra a preocupação com as distintas realidades do país e a divisão por áreas temáticas permite maior dinamicidade ao ensino. No entanto, a preservação ainda da matriz antiga resulta em uma formação prioritariamente voltada à assistência curativa e individual.

Em todas as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no Brasil, denuncia-se a predominância do modelo médico/hospitalar no ensino de graduação. A legislação sobre o ensino de enfermagem desde a criação da Escola Anna Nery, compreendendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revelou que a formação do enfermeiro era centrada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época.

Para Silva (2015), de modo geral, considerando as diferentes áreas de atuação da enfermagem, didaticamente, podemos observar que sua atuação se dá até então, com menor relevo, nas ações de ensino, gerenciamento e pesquisa, enquanto, de maneira mais predominante, na assistência de enfermagem.

O resgate histórico apresentado neste estudo sobre as mudanças curriculares no ensino de enfermagem deixa transparecer que a adequação ao mercado de trabalho constituiu-se em uma das preocupações para justificar as alterações



ocorridas, o que nos impõe o questionamento a respeito de como acontecem as relações entre a formação profissional e o mercado de trabalho.

#### 2.4.2.2 Diretrizes

Na década de 1980 surgiram novas propostas de saúde, visando uma melhor organização do sistema, trazendo os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade, como princípios norteadores das políticas no setor saúde, exigindo profissionais com formação *generalista*, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, houve discussões entre as entidades de classe, escolas, instituições de saúde entre outros acerca da necessidade de reformulação do currículo de 1972, pois o mesmo não seria mais capaz de atender as necessidades impostas pelo setor da saúde no Brasil.

Em meados de 1980, a chamada “revolução curricular” na educação em enfermagem, iniciada nos Estados Unidos, sugere:

a predominância do enfoque técnico biomédico são criticados, mas dificilmente são abandonados. O conteúdo nos currículos de Enfermagem praticamente não muda, apenas a forma de abordagem precisa ser modificada. Os valores são diferentes, a ênfase e a natureza diferem. Para que o cuidado seja privilegiado, os tipos de atividades de ensino-aprendizagem precisam ser diferentes, assim como o papel de docentes e discentes (WALDOW, 2007, p.166).

Persiste a manutenção do caráter tecnicista da formação do enfermeiro, com supressão curricular de disciplinas desprovidas dos elementos necessários a uma ação mais contundente na formação dos enfermeiros, principalmente no que diz respeito ao exercício da docência. Por esse prisma, observa-se que esses profissionais, mesmo sem ter tido qualquer subsídio pedagógico, exercem atividades docentes que podem comprometer a qualidade do ensino (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

No bojo das mudanças curriculares empreendidas, As DCN passaram a compor os projetos pedagógicos e a nortear a atuação docente em diversas dimensões, o que já vinha sendo discutido desde a década anterior, tendo em vista que:

a partir da década de 1980, com o processo de redemocratização, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu um amplo debate por meio dos seminários nacionais e regionais sobre “Perfil e

competência de enfermeiros” e “Proposta de currículos mínimos de Enfermagem”, mobilizando professores, alunos e profissionais, com a finalidade de construir, coletivamente, um projeto educacional para a Enfermagem do país. A troca de experiências e discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer 314/94 do então Conselho Federal de Educação, em 15 de dezembro de 1994. Nesse Parecer ficou estabelecido, para o curso de graduação em Enfermagem, o currículo mínimo de quatro anos (ou oito semestres) letivos e máximo de seis anos (ou doze semestres), compreendendo uma carga horária de 3.500 horas-aula. O conteúdo proposto à época foi: Bases biológicas e sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; e Administração em Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; TEIXEIRA et al. *apud* MALISKA et al., 2011, p. 353, 354).

Neste contexto histórico do ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que, em virtude da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, há inovações e mudanças na educação nacional, onde é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. A nova LDB assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica, bem como autonomia em fixar os currículos dos seus cursos e programas. Assim, as universidades não têm a obrigatoriedade em seguir a regulamentação do currículo mínimo determinada pela Portaria 1721/94. No momento atual, o currículo não é mais o único determinante, mas base para direcionar e orientar o ensino de graduação em enfermagem (BRASIL, 1996).

A LDB trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior, docentes, discentes e sociedade, pois permite a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola, esperando melhor adaptação ao mercado de trabalho, já que as instituições de ensino terão a liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos.

Ao contrário do currículo mínimo, que define cursos e perfis profissionais estáticos, as diretrizes curriculares abrem a possibilidade das Instituições de Ensino Superior (IES) definirem diferentes perfis de seus egressos e adaptem, esses perfis às transformações das ciências contemporâneas e às necessidades sócio-político-econômico da sociedade.

Como podemos observar, em todo o percurso histórico do ensino de enfermagem no Brasil as relações sociais, políticas, de educação e de saúde influenciam diretamente no contexto da formação da enfermagem moderna, o qual

passou por diversas modificações com atuação constante e fundamental das associações de classe voltadas para as adequações na formação do enfermeiro às necessidades da sociedade brasileira.

Em 1997, o MEC, por intermédio da SESu, tornou público e convocou as Instituições de Ensino e as associações profissionais interessadas a participar e apresentar propostas para discussão das novas Diretrizes Curriculares para os cursos superiores. Tal convocação desencadeou a realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil - SENADEn, promovidos pela ABEn, com o objetivo geral de discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação (BRASIL,1999).

No 2º SENADEn, no conjunto das questões referentes ao ensino de graduação, destacava-se a existência de muitos cursos com ênfase no modelo biomédico, com dissociação entre a teoria e a prática. No 3º SENADEn, delineou-se o perfil da enfermeira cujas características foram assim sintetizadas: "profissional generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico-científica, ético-político, social e educativa" (SENADEn, 1998). Quanto aos conteúdos essenciais, foram mantidos aqueles propostos pelo Parecer CFE n.314/94, com exceção das Ciências Humanas, em que foram acrescentados os conteúdos de Filosofia e Comunicação, e também da Psiquiatria, que passou a ser designada Psiquiatria/Saúde Mental (BRASIL,1999).

As propostas de Diretrizes do Ensino Superior foram discutidas e sistematizadas pela Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESu/MEC. Em dezembro de 1998, foram divulgados os primeiros documentos-síntese e solicitadas novas contribuições às IES para a elaboração da sua versão final. As IES deveriam compor um curso respeitando o mínimo de 4.000 horas-aula e oito semestres letivos. O estágio curricular deveria ser no mínimo de 500 horas, sob coordenação docente e contando com a participação de enfermeiros dos serviços de saúde. O estágio curricular não deveria substituir o ensino clínico, previsto como atividade complementar. A proposta privilegiava a formação do enfermeiro "crítico e reflexivo com competência técnico-científico-éticopolítico-social-educativa" (BRASIL,1999)

Em 1999, no Fórum Nacional de Cursos, Escolas e Faculdades de Enfermagem realizado em Florianópolis, durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería, discutiu-se amplamente

a Proposta de Enquadramento das Diretrizes Curriculares. Considerou-se que a mesma "põe em risco os eixos norteadores da proposta político-pedagógica construída coletivamente durante as décadas de 80 e 90", estabelece uma concepção fragmentada do processo ensino-aprendizagem, impossibilita às IES a implantação de seu próprio projeto pedagógico, não propicia a formação integral do profissional, principalmente ao introduzir a especialização precoce, e permite a inserção da modalidade do curso sequencial (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999).

O documento síntese que resultou das discussões plenárias indicou que a flexibilização curricular deve compreender uma estrutura dinâmica passível de adaptações e de atualizações que garantam o redimensionamento dos perfis de formação, que a formação do bacharel em enfermagem deve ser garantida e obrigatória, que a duração mínima do curso deve ser de 3.500 hora/aula e oito semestres letivos, incluindo o estágio supervisionado e a realização de monografia para sua conclusão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999).

Em abril de 2000, em continuidade às discussões, realizou-se em Fortaleza o 4º SENADEN, com o tema central "Enfermagem: tendências e perspectivas político-pedagógicas", cujas recomendações finais podem ser assim sintetizadas: as competências e habilidades do bacharel em Enfermagem devem assegurar a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, sem a retomada das habilitações; não devem ser oferecidos cursos seqüenciais de formação específica e/ou complementação; o estágio curricular supervisionado deve corresponder a atividades que dão terminalidade ao curso de graduação e deve efetivar a articulação ensino-serviço e a avaliação institucional deve ser balizada pelo projeto político-pedagógico dos cursos e norteadas por critérios construídos coletivamente. (

A partir da LDB, concretizou-se, em 07/08/2001, o Parecer 1.133 do CNE/CES, que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Após esse Parecer, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 3 de 7/11/2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF). A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do país. As Diretrizes

Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros (BRASIL, 2001).

No contexto brasileiro, a década de 2000 representou um importante momento de reestruturação da formação de enfermeiros a partir da implantação das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) em 2001. As DCN representam um instrumento norteador do processo de construção dos Projetos Político Pedagógicos (PPP) e revelam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação. A implantação dessas Diretrizes tem sido assumida como um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população (TEIXEIRA, 2011).

São diversos os aspectos implícitos no processo de mudança curricular mais recente realizado no país, com destaque para o perfil do egresso, que, uma vez definido, leva as instituições a repensarem o processo de formação, no sentido de identificar se o enfoque do Curso corrobora para tal finalidade. No entanto, é necessário entender quais condições sociais requisitam tal perfil e a que interesses atendem. Uma vez respondidos tais questionamentos, tornar-se mais explícito em que direção o Curso pretende encaminhar seus discentes.

Com a aprovação da LDB, no entanto, abriu-se espaço para que as Instituições e Cursos exercessem sua “autonomia e criatividade, na elaboração de propostas específicas capazes de articular as demandas locais e regionais de formação profissional com recursos humanos, físicos e materiais disponíveis” (BRASIL, 1996). Segundo Silva e Cavalcanti (2013), embora esteja explícita a recomendação de flexibilização do ensino, ajustando-o às demandas locais e regionais, caberia às Instituições a elaboração de estratégias e parcerias para fomento de sua reestruturação, momento em que diversas pesquisas começam a ser financiadas, em maior escala, por Instituições privadas, valendo-se da infraestrutura das Universidades públicas do país.

Outra conquista da categoria liderada pela ABEn, foi a aprovação da Resolução CNE/CES nº. 04, de 6 de abril de 2009 que dispõe sobre Carga Horária Mínima e procedimento relativos à integralização na modalidade presencial: curso de graduação em enfermagem com a carga horária mínima de 4000 horas e integralização em 5 (cinco) anos e 10 (dez) semestres letivos. (BRASIL, 2009).

Ao longo do período em que se segue, surge uma presente e constante necessidade de reformulações curriculares, ora de forma mais abrangente, quando toma partido na formação para um modelo de saúde universal – caso do Sistema Único de Saúde (SUS), ora em sentido mais específico, como no caso da carga horária e dos conteúdos específicos por categoria profissional que compõe a enfermagem brasileira. Esse processo iniciado nas primeiras décadas do século passado compreende o que entendemos por início do processo de curricularização, cuja noção está presente em Maia (2004) quando lembra que “currículo” vem do latim “curriculum” e significa um caminho, capaz de ordenar o processo de formação. Nesta perspectiva, o currículo deve ser visto como uma construção social que delimita o espaço e o tempo em que vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, visando ao processo de formação.

Dessa forma, percebemos que a mudança curricular em si confere uma transformação na forma e não na substância. Trata-se de mais uma proposta curricular que incorpora aspectos teórico-metodológicos implementados numa perspectiva de desenvolvimento profissional. Contudo, não interfere significativamente no caráter norteador da profissão, uma vez que desde o seu momento mais embrionário a enfermagem moderna esteve comprometida com interesses. Além disso, estudos anteriores apontam que apenas uma mudança curricular não teria condições de mudar determinações histórico-sociais. A proposta de mudança deveria estar associada a uma conjuntura bem mais complexa.

## **2.5 Conclusão**

Estudos já realizados que abordam a temática da formação em enfermagem se encarregam, na maioria das vezes, em resgatar esse contexto, de forma descritiva através de diferentes percursos teórico-metodológicos, facilitando a apreensão mais imediata da questão, ao tempo em que realçaram o nosso desafio de avançar em aspectos mais fundamentais numa perspectiva crítica.

A análise dos resultados desta pesquisa se deu numa perspectiva social e, para Silva (2015), boa parte das pesquisas realizadas pela enfermagem no Brasil não toma assento em suas teorias, o que pode estar relacionado à dificuldade de muitos pesquisadores em fundamentar seus estudos a partir das teorias formuladas pela enfermagem, configurando certo esvaziamento teórico, principalmente em uma

teoria de cunho social da enfermagem que faça relação a uma abordagem crítica. Lembramos que Germano (2007) identificou uma distorção no sentido de “social” empregado nas produções acadêmicas da enfermagem. Ressaltou a autora: “não se percebe nos textos relacionados com essa preocupação social uma análise mesmo que superficial da realidade. O social a que a enfermagem se refere está estritamente relacionado apenas ao servir”.

Nos deparamos com uma lacuna, no que diz respeito a uma vertente crítica, orientada pela necessidade de redefinição dos fundamentos da enfermagem moderna. É a partir desse pressuposto, incomum no campo da enfermagem, que buscamos a análise crítica, indissociável do processo de formação em enfermagem, os fundamentos para apreender o ser/fazer da enfermagem através do processo de curricularização da mesma.

Entendemos, desta forma, ter sido necessário aprofundar-se no estudo da história para a formação do pensamento crítico. Foi nesse contexto que conduzimos as análises que constituem os resultados e discussão desta pesquisa.

Ao resgatar e apreender o processo histórico de desenvolvimento da formação em enfermagem e analisar, de forma indissociável desse contexto, as propostas curriculares e suas bases legais foi possível, a partir daí, definir essa relação como processo de curricularização.

Observamos que no desenvolver da discussão das seções temáticas individualizadas o processo de curricularização da enfermagem ainda não se evidenciava, porém quando associadas num contexto geral tem-se o que chamamos de processo de curricularização.

Portanto, ao finalizar esta etapa de estudos à qual nos propusemos, definimos que o processo de curricularização é a designação a qual temos nos referido para definir o processo de formação da enfermagem brasileira no contexto histórico e legal em que se desenvolveu a enfermagem até os dias atuais. Cabendo ressaltar que, em seus termos, nos referimos ao estudo deste processo, o que se opõe ao estudo de um currículo físico e institucional.

A elaboração desta pesquisa e seu produto foram desafiadores por representar um caminho novo que tivemos de percorrer, e torna-se necessário reafirmar que com base na perspectiva assumida em nossa pesquisa, tratar-se de um estudo inacabado, no entanto, o conhecimento já posto aqui, precisa ser considerado/revisado/ampliado. Por esta razão, entendemos que nos encarregamos

de definir as bases que compõem o processo de curricularização da enfermagem brasileira, assim definido por este estudo.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira.** 125 f. 1963. Tese (Provimento de Cátedra) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1963.
- ALCÂNTARA, G. Resenha histórica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 15, n. 2, p. 88-91, abr.1962.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.
- AMBROZANO, R. M. **Enfermagem: formação interdisciplinar do enfermeiro.** São Paulo: Unicid, 2002.
- APPLE, Michael. **Ideologia e currículo.** São Paulo: Brasiliense, 1982.
- ARANHA, A. L. M. **História da educação.** São Paulo: Moderna, 2006.
- ARAÚJO, L. A.; MOREIRA, A.; PORTO, F. et al. Anúncios para enfermeiros (as) no alvorecer da República (1889-1890). In: PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.). **História da enfermagem.** São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Documento final da Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem:** Carta de Florianópolis. Florianópolis, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem:** a formação do enfermeiro. Brasília, DF, 1991.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2010.
- BARREIRA, I. de A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13480.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.
- BARREIRA, I. de A. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 129-143, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a14.pdf> >. Acesso em: 4 dez. 2014.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. Introdução. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: SENAC, 2004. p. 101-133, 2004.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes; 2002.



BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez 1996. Seção 1 p. 27833-41.

BRASIL. Lei n. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Edição extra.

BRASIL. Lei n 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em: 9 jan. 2015.

BRASIL. Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 12 agosto de 1971. Retificado 18 ago. 1971.

BRASIL. Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 1968. p. 10369. Retificado em 3 dez. 1968.

BRASIL. Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 27 nov. 1961. p. 11429.

BRASIL. Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, 21 set. 1955. p. 17738.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1.721, de 15 de dezembro de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 1994. Seção 1, p. 19801.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Nacional. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Nacional. Resolução CNE/CES n. 4, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 abr. 2009. Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. **Parecer 314, de 6 de abril de 1994**. Diretrizes do currículo mínimo para o curso de enfermagem. Brasília, DF, 1994.

BUDO, M. de L. D. SAUPE, R. Conhecimentos populares e Educação em Saúde na Formação do Enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p. 165-169, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a07v57n2.pdf> >. Acesso em: 3 dez. 2014.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem**: documentário 1926/1976. Brasília, DF: Folha Carioca, 1976.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHRISTOFARO, M. A. C. Currículo Mínimo Para a Formação do Enfermeiro: na ordem do dia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 44, n. 2-3, p. 7-8, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n2-3/v44n2-3a02.pdf> . Acesso em: 9 jan. 2015.

COSTA, L. de C. C. et al. Produção de pesquisa histórica relativa à criação de cursos de graduação em enfermagem: uma revisão integrativa. **Hist. Enf.: Rev. Eletr.** - HERE, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 1-17, 2012. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo1.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI: destaques. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira. Brasília, DF: Setor de Educação da Representação da UNESCO no Brasil: Faber-Castell, c2010.

DUARTE, A. P. R. S.; ARAGÃO, M. I. **A Precarização da Atividade Profissional do Enfermeiro Brasileiro no início do século XXI**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso ( Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário CESMAC, Palmeira dos Índios, 2008.

FREIRE, M. A. M.; AMORIM, W. O Relatório Goldmark e a enfermagem de saúde pública na capital do Brasil – 1923 a 1927. In: PORTO; F.; AMORIM, W. (Org.). **História da enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

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

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

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

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**: 1955-1980. 4. ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

GERMANO, R. M. Percurso revisitado: o ensino de enfermagem no Brasil. **Pró-Posições**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 13-28, 2003. Disponível em: <http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/40-dossie-Germanorm.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.

GHIRALDELLI JÚNIOR, P. **História da educação brasileira**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

GIMENO SACRISTÁN, J.; PÉREZ GÓMEZ, A. I. **Compreende e transforma o ensino**. Tradução Ermani F. da Fonseca Rosa. Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Maria da Graça Souza Horn. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GOODSON, I. F. **Currículo: teoria e história**. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

KILPATRICK, W. **O método de projectos**. Mangualde: Edições Pedagogo, 2008.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias do currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde, In: BATISTA, N., A.; BATISTA, S. H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004.

MALISKA, I. C. A. et al. A organização da Enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea: a revolução tecnológica (1990-2008). In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

MALISKA, Isabel Cristina Alves et al. A francesa enfermagem: assistência e educação - considerações acerca de sua história e perspectivas atuais. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 325-333, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/14.pdf> >. Acesso em: 5 mar. 2015.

MARTINS, J. T. et al. Transformações históricas na assistência de enfermagem. **Rev. Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 16, p. 20-28, 2003.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. F. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 1, 2006. Disponível em: < [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista1\\_1/Escolenf.html](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista1_1/Escolenf.html) >. Acesso em: 1 dez. 2014. doi:10.5216/ree.v1i1.666.

MENDES, M. M. R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994: mudança de paradigma curricular?** 1996. 311 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

- MEYER, D. E. Espaços e sombra de luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 2, p.27-42.
- MIRANDA, C. M. L. **Parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994.
- MOREIRA, A. **A profissionalização da enfermagem**. In: OGUISSO, T. A trajetória histórica e legal da enfermagem. 2. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).
- MOREIRA, A. F. B. (Org.). **Currículo: questões atuais**. São Paulo: Papyrus, 2001.
- MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. (Org.). **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1999.
- MOURA, A. **A produção da força de trabalho da enfermagem no nível de terceiro grau**. São Paulo, 1997. 197p. Tese (Doutorado) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.
- NIGHTINGALE, F. **Anotações de enfermagem: o eu e o que não é**. São Paulo: Rideel, 2010.
- OGUISSO, T. **Trajetoória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. ampl. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).
- OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais **Rev. Latino-Am. Enfermagem** de Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf> >. Acesso em: 23 maio 2015.
- OLIVEIRA, L. S. S. et al . Profissionalização de atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo: um estudo sobre a oferta e demanda de formação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 637-643, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a3.pdf> >. Acesso em: 7 dez. 2014.
- PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio na enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX**. Pelotas: UFPel, 1998.
- PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.241-252, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2014.
- PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Liv. Julio C. Reis, 1979.
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.). **História da enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

RIZZOTTO M. L. F. **(Re) vendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil**: a escola de enfermagem profissional e o mito da vinculação com a saúde pública. 1995. Dissertação (Mestre em Educação) -. Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, 1995.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

RODRIGUES, M. T. P.; MENDES SOBRINHO, J. A. de C. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 456-459, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a19.pdf> >. Acesso em: 1 dez. 2014.

SAVIANI, D. Transformações do capitalismo, do mundo do trabalho e da educação. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (Org.). **Capitalismo e educação**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

SILVA, R. P. **Diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem e os desafios para a formação no âmbito das práticas e do estágio supervisionado**: uma análise a partir do curso de enfermagem da UENP. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

SILVA, S. E. V. Por uma teoria social da enfermagem. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Contribuições à crítica da enfermagem moderna**. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, S. E. V.; CAVALCANTI, F. M. S. **O processo de formação do enfermeiro brasileiro face às imposições do modelo neoliberal**. Maceió: EDUFAL, 2013.

SILVA, V. C. **A escola e o professor frente ao currículo inclusivo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM: Enfermagem: tendências e perspectivas político-pedagógicas, 4., 2000?, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn, 1998.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011. Disponível em: < <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469> > Acesso em: 30 ago. 2015.

TEIXEIRA, E. et al . Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 479-487, 2006 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a02v59n4.pdf> >. Acesso em 22 dec. 2014.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. A profissionalização do enfermeiro no Brasil: um mercado de trabalho em transformação? In: PIERANTONI, C. R. et al. (Org.). **Trabalho e educação em saúde no Mercosul**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Rio de Janeiro: Europa, 2008.

VIEIRA, A. C. N. C. A reforma da educação profissional e o currículo: considerações acerca da identidade profissional hoje. In: MAGALHÃES, B.; BERTOLDO, E. (Org.). **Trabalho, educação e formação humana**. Maceió: EDUFAL, PPGE, CEDU, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. (Série Enfermagem).

## APÊNDICES

## APÊNDICE - A

Matriz 1 – *Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)*

Continua

Desenvolvimento Curricular da Enfermagem	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
<b>Decreto n. 791/1890</b>	Dispõe sobre a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mais tarde chamada Escola Alfredo Pinto.	<p>O Inicia-se o processo de laicização da profissão e de constituição de suas bases legais.</p> <p>Curso de Enfermagem tinha duração de dois anos e contava com aulas práticas e teóricas.</p> <p>Primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil</p> <p>A literatura não a reconhece como primeiro currículo pelo fato de ser dirigida por médicos</p>
<b>Currículo de 1923</b> Decreto nº 16300/23	Dispõe sobre o Ensino oficial sistematizado da Enfermagem e regulamenta a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.	<p>Objetivo: formar enfermeiros para a saúde pública.</p> <p>Contradição: exigência de 08 h diárias de estágio no Hospital Geral de Assistência do DNSP</p> <p>Direção assumida por uma enfermeira brasileira e ensino sistematizado agora a cargo de enfermeiros.</p> <p>Currículo padrão para as demais escolas com registro pelo DNSP</p> <p>Duração de 28 meses, passando posteriormente para o período de 32 meses. Tinha caráter intensivo</p>
<b>Currículo de 1949</b> Lei n. 775/49, de 06 agosto de 1949	Regula o ensino de enfermagem no país através do Ministério da Educação e Saúde.	<p>Não houve mudança sensível nos currículos de 1923 e 1949.</p> <p>Estabelecia que o ensino de enfermagem no país deveria estar compreendido em dois cursos: o de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem.</p> <p>Determina que por período de sete anos as escolas poderiam receber candidatos portadores de certificados de curso ginásial ou equivalente. A Lei n. 2.995/56 prorroga por mais cinco anos a escolaridade mínima exigida.</p>



**Matriz 1 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)**

Conclusão

<b>Desenvolvimento Curricular da Enfermagem</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>CONTEXTO HISTÓRICO</b>
<b>Currículo de 1962</b> Parecer n. 271/62	Dispõe sobre o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem.  A enfermagem passa a seu curso de nível superior	Este currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. A disciplina Saúde Pública já não aparecia como obrigatória, mas apenas como conteúdo de especialização. Reduziu a duração do curso para três anos, introduziu especializações num quarto ano optativo
<b>Currículo de 1972</b> Parecer 163/72	Reformulou o currículo mínimo de enfermagem, criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa.	Veio aprimorar o existente, em nada contribuindo para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde.
<b>Currículo de 1994</b> Parecer n.314/94	O CFE reformulou o currículo mínimo, a carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo as 500 horas destinadas ao estágio curricular.	Os conteúdos relativos à Saúde Pública, excluídos do currículo mínimo anterior, retornaram sob a designação de Saúde Coletiva. Manteve-se a subdivisão em especialidades médicas, evidenciando a dificuldade de ruptura com a matriz que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil.
<b>Currículo a partir da Lei n 9.394/96</b>	Dispõe sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional	Acarretou novas responsabilidades para as IES, sociedade, professores e alunos, permitindo a formação de diferentes perfis profissionais com melhor adaptação ao mercado de trabalho, tendo as instituições liberdade para definir grande parte de seus currículos
<b>Currículo a partir das DCENF</b>	Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.	Define o perfil do formando egresso/profissional, as competências e habilidades assim como os conteúdos.

## APÊNDICE – B

### Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)

Continua

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Decreto n. 791/1890	Dispõe sobre a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mais tarde chamada Escola Alfredo Pinto.	<p>Nesse período o país vivia problemas de saúde pública. Estava instalado quadro de epidemias de doenças transmissíveis que comprometia as relações comerciais do país. Iniciava a concentração de capitais para as primeiras indústrias.</p> <p>Com a crise causada pela saída abrupta das Irmãs de Caridade das Santas Casas de Misericórdia surgiu a primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil.</p> <p>Inicia-se o processo de laicização da profissão e de constituição de suas bases legais.</p> <p>A literatura não a reconhece como primeiro currículo pelo fato de ser dirigido por médicos.</p>
Decreto nº 16.300/1923, de 31/12/1923	Regulamenta o ensino oficial sistematizado da Enfermagem Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.	<p>Cenário era de instabilidade na economia brasileira, a grande fonte econômica da época, o setor agrário-exportador (principalmente o cafeeiro), estava sendo afetada pela redução das exportações.</p> <p>Forte pressão do setor comercial, para que o Estado interviesse nos problemas sanitários relacionados às constantes epidemias da época. Os navios não estavam mais atracando em portos brasileiros, devido ao risco de adoecimento de sua tripulação.</p> <p><b>1º currículo do curso de enfermagem</b>            Objetivo: formar enfermeiros para a saúde pública.            Contradição: exigência de 08 horas diárias de estágio no Hospital Geral de Assistência do DNSP</p>

## Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)

Continuação

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Decreto de 1926 não publicado	Regula as primeiras alterações realizadas no currículo, compondo o programa de ensino de 1926.	Fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras em 1926, atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) <b>Reformulação Curricular</b> Ao analisar as cargas horárias de ambos, verifica-se que houve aumento significativo de disciplinas relacionadas ao atendimento do indivíduo, comprovando novamente a predominância do modelo biomédico e voltado ao corpo individual. No entanto, não apresentou diferenças significativas em relação ao anterior.
Decreto n. 20.109, de 15.06.1931	Regula o exercício profissional da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem.	Setor agrário exportador começou a dar lugar ao desenvolvimento capitalista, o que contribuiu para o financiamento do processo tardio de industrialização. Aumento da população urbana e desenvolvimento das cidades. Necessidades de saúde pública. Escola de Enfermeiras Anna Nery é levada à categoria de escola oficial padrão . Direção assumida por uma enfermeira brasileira. Docentes são enfermeiros. Currículo padrão para as demais escolas com registro pelo DNSP

## Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)

Continuação

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Lei n. 775/49, de 06 agosto de 1949	Regula o ensino de enfermagem no país através do Ministério da Educação e Saúde.	<p>A conjuntura econômica e política da época reclamavam mudanças estruturais também no campo educacional, o país precisaria adotar um modelo de educação afinado com os princípios políticos e sociais vigentes e que atendesse também às necessidades do processo de desenvolvimento econômico.</p> <p>Expansão das escolas de enfermagem</p> <p><b>Reformulação curricular</b></p> <p>Estabelecia que o ensino de enfermagem no país deveria estar compreendido em dois cursos: o de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem.</p> <p>Determina que por período de sete anos as escolas poderiam receber candidatos portadores de certificados de curso ginásial ou equivalente. A Lei n. 2.995/56 prorroga por mais cinco anos a escolaridade mínima exigida.</p> <p>O currículo de 1949 era pouco inovador relacionado ao programa inicial.</p>
Lei n. 2.604, de 17.09.1955	Regula a primeira Lei do exercício profissional da enfermagem inserindo parteiras, "práticos" e auxiliares de enfermagem	A lei não conseguiu evitar o crescimento desordenado de práticos; no entanto, ampliou a possibilidade de formação de nível médio, através de cursos volantes em localidades onde não existissem escolas de Enfermagem.
Lei n 4.024/61	Fixa a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional	Criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior onde propôs um curso com duração de quatro anos e com a recomendação que fossem realizados concursos de ingresso e cursos de pós-graduação. Em 1961 todas as escolas passam a exigir o curso secundário completo ou equivalente.

## Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)

Continuação

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Parecer n. 271/1962	Dispõe sobre o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem.	<p>A economia brasileira começa a tender para um processo excludente e a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo.</p> <p><b>Reformulação curricular</b></p> <p>A enfermagem passa a ser curso de nível superior</p> <p>Este currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. A disciplina Saúde Pública já não aparecia como obrigatória, mas apenas como conteúdo de especialização.</p> <p>Reduziu a duração do curso para três anos, introduziu especializações num quarto ano optativo</p>
Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968	<p>Reforma Universitária</p> <p>Fixa as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com o ensino médio.</p>	<p>Tal Reforma resultou de um processo iniciado no final da década de 40 com o intuito de modernizar e democratizar o ensino superior do país. A discussão foi neutralizada pelo Golpe Militar de 1964.</p> <p>Assimilou a experiência do Estado e as demandas estudantis, porém a implantação de um Estado de cunho ditatorial buscou inviabilizar um projeto de universidade crítica e democrática.</p>
Lei n 5.692/1971	Atualiza a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional	Reformulou o ensino de 1º e 2º. Foi bem aceita pela comunidade docente.
Parecer 163/1972	Aprimora o currículo mínimo de enfermagem existente, criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa.	<p>Capitalismo favorável devido ao processo de industrialização, tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica, privilegiando a Medicina curativa, sendo o paradigma de um sistema de saúde que tem o hospital como principal centro de referência.</p> <p><b>Reformulação curricular</b></p> <p>Reforçou o aprimoramento da atenção curativa, dominando cada vez mais as “técnicas avançadas em saúde” e tendo como foco a evolução científica preconizada no parecer citado, partindo contra os problemas de grande parte da população, que se encontrava na saúde pública</p>

## Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)

Continuação

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Lei n. 5.905/73, de 12.07.1973	Cria os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem	O aumento de profissionais técnicos e auxiliares levou a necessidade de criação dos Conselhos Intuito de organizar o contingente profissional. A filiação ao sistema tornou-se obrigatória para todas as categorias.
Lei 7.498/86	Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.	Veio substituir a Lei nº 2.640/55, que não mais atendia as mudanças ocorridas na enfermagem. Novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Reconhecimento das categorias profissionais (enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras)
Parecer n.314/94	Dispõe sobre a reformulação do currículo mínimo; carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo as 500 horas destinadas ao estágio curricular.	O Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. <b>Reformulação curricular</b> Os conteúdos relativos à Saúde Pública, excluídos do currículo mínimo anterior, retornaram sob a designação de Saúde Coletiva. Manteve-se a subdivisão em especialidades médicas, evidenciando a dificuldade de ruptura com a matriz que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil.
Lei n 9.394/96 de 20 de Dezembro	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional	Acarretou novas responsabilidades para as IES, sociedade, professores e alunos, permitindo a formação de diferentes perfis profissionais com melhor adaptação ao mercado de trabalho, tendo as instituições liberdade para definir grande parte de seus currículos.
Parecer CNE/CES n. 1133 do 7/8/2001	Dispõe sobre a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação reabilitação da saúde.	Discussão e elaboração das DCENF - Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem

**Matriz 2 – Corpus da Pesquisa – Brasil (1890-2009)**

Conclusão

TIPO DE NORMA JURÍDICA/ANO DE PUBLICAÇÃO	CONTEÚDO	CONTEXTO HISTÓRICO
Resolução CNE/CES n. 3 de 7/11/2001	Institui as DCENF - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.	<b>Reformulação curricular</b> Define o perfil do formando egresso/profissional, as competências e habilidades assim como os conteúdos.
Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009	Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial.	<b>Reformulação curricular</b> Define carga horária de 4.000h e limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos.