

**UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
CIÊNCIAS SOCIAIS PUC-SP**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ADRIANI GERALDA RIBEIRO

**A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA
REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

VILA VELHA

2012

**UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**MESTRADO ASSOCIADO AO PROGRAMA DE ESTUDOS
PÓS-GRADUADOS EM CIÊNCIAS SOCIAIS – PUC/SP**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ADRIANI GERALDA RIBEIRO

**A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA
REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

VILA VELHA

2012

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central/UVV-ES

R484f Ribeiro, Adriani Geralda.
A formação de enfermeiros no contexto da reorganização do sistema de saúde / Adriani Geralda Ribeiro. – 2012.
119 f.

Orientadora: Teresa Cristina da Silva Rosa.
Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Vila Velha, 2012.
Inclui bibliografias.

1. Enfermeiros – Treinamento - Brasil 2. Política de saúde 3. Sistema único de saúde SUS (Brasil) I. Rosa, Teresa Cristina da Silva. II. Universidade Vila Velha. III. Título.

CDD 610.73069

**UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
CIÊNCIAS SOCIAIS PUC-SP**

**A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA
REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha-ES, como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, associado ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais PUC-SP, para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

ADRIANI GERALDA RIBEIRO

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Teresa Cristina da Silva Rosa**

VILA VELHA

2012

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA
REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

ADRIANI GERALDA RIBEIRO

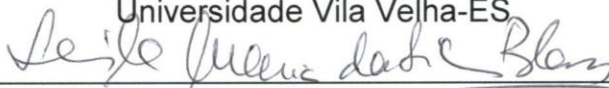
Aprovada em 10 de maio de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Teresa Cristina da Silva Rosa

Universidade Vila Velha-ES



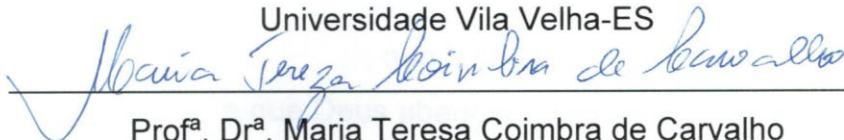
Prof^ª. Dr^ª. Leila Maria da Silva Blass

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo



Prof. Dr. Irineu Francisco Barreto Júnior

Universidade Vila Velha-ES



Prof^ª. Dr^ª. Maria Teresa Coimbra de Carvalho

Universidade Vila Velha-ES

Dedico este trabalho
à Mancha 2 Sheila Cruz,
pelo espírito alegre e falante,
quem transforma nossos encontros em alegria...

à Mancha 3 Regina Diniz,
sempre cautelosa, cuidadosa,
nosso ponto de equilíbrio e lucidez,
você é minha referência...

e à Mancha 4 Claudia Roberta,
que sempre “defendeu as Manchas com unhas e dentes”,
e quem nos ajuda a “abrir os inocentes olhos”...

... que o tempo nunca apague nossa linda amizade,
e que Deus abençoe cada uma de nós e nossos agregados.

AGRADECIMENTOS

Uma amiga e referência, apelidada carinhosamente de Mancha, a primeira a trilhar o caminho do mestrado, disse-me uma vez “Adri, no mestrado a gente aprende muito, mas é um caminho muito solitário”. Isso se concretizou para mim acrescentado às falas de diversos professores do programa de mestrado quando afirmavam que no mestrado “a gente se isola, (ou é isolado), pois só queremos falar sobre o nosso tema, só temos assunto sobre o objeto da pesquisa... e ninguém está muito interessado no que estamos estudando”... “temos que ler muito e tirar as nossas conclusões”, “às vezes precisamos deixar o texto dormir e voltar à leitura com outro olhar”... e assim foi.

Esse caminho de crescimento pessoal, intelectual e profissional que o mestrado nos permite, porém, além de ser solitário, também me oportunizou reforçar os laços com as pessoas que realmente amo e que estão comigo nesta jornada de crescimento e progresso, mesmo quando sem tempo para prestigiá-las. Agora, não posso deixar de registrar meus agradecimentos e declarar meu amor a todas.

Agradeço a Deus, causa primária de todas as coisas, pelo entendimento, mesmo que pouco, da Lei de Progresso e Trabalho.

Às Manchas que tanto me induziram a trilhar este caminho solitário, fui a última a “pegar a estrada, e a caminhar”, agora, o doutorado nos espera...

Obrigada à minha mãe Zê, por mais uma vez entender minha falta de tempo, e pela dica “sempre faça o que for bom para você”...

André Luis, “meu anjinho”, já crescido, motivo de orgulho, e com quem muitas vezes discuti sobre Gramsci, Rousseau, Democracia, Ética, enfim, Deus te conserve sempre no bom caminho.

José Salviano, meu companheiro, às vezes irritado pela minha ausência, até enfartou para chamar minha atenção... ora amável, ora paciente e ora “doido para sair de casa, ir ao cinema, passar final de semana fora”, mas acima de tudo compreensivo quando eu tinha um artigo para escrever, um fichamento para

entregar, um texto ou seminário para apresentar e a dissertação para terminar. Obrigada Broh.

Agradeço também à Lane, Mah, família e amigos... faltou tempo, mas não faltou amor.

Obrigada aos colegas de turma, aos professores do programa, à Prof^a Teresa, minha orientadora que me deu liberdade para abordar o tema de forma tão leve; à Prof^a Leila, minha co-orientadora, quem me inquietou e estimulou para a busca de novos saberes das ciências sociais; ao Prof Irineu, mostrando olhares novos para as políticas públicas. Um agradecimento especial e carinhoso para Angela Simões e também para Paulete, minhas professoras da graduação, hoje colegas, enfermeiras que sempre torceram por mim, e também para Maria Tereza.

Enfim, agradeço com um abraço especial a todos que conviveram comigo nestes últimos dois anos, pessoalmente, virtualmente. Sei que fui ora ausente, ora estressada, às vezes intransigente, muitas vezes impaciente, e até mestranda... Deus abençoe cada um de vocês.

MINISTÉRIOS

“Cada um administre aos outros o dom como o recebeu, como bons despenseiros da multiforme graça de Deus.”

1ª Epístola a Pedro, capítulo 4, versículo 10.

Toda criatura recebe do Supremo Senhor o dom de servir como um ministério essencialmente divino.

Se o homem levanta tantos problemas de solução difícil, em suas lutas sociais, é que não se capacitou, ainda, de tão elevado ensinamento.

O quadro da evolução terrestre apresenta divisão entre os que denominais “magnatas” e “proletários”, porquanto, de modo geral, não se entendeu até agora no mundo a dignidade do trabalho honesto, por mais humilde que seja.

É imprescindível haja sempre profissionais de limpeza pública, desbravadores de terras insalubres, chefes de fábricas, trabalhadores de imprensa.

Os homens não compreenderam, ainda, que a oportunidade de cooperar nos trabalhos da Terra transforma-os em despenseiros da graça de Deus.

Chegará, contudo, a época em que todos se sentirão ricos. A noção de “capitalista” e “operário” estará renovada. Entender-se-ão ambos como eficientes servidores do Altíssimo.

O jardineiro sentirá que o seu ministério é irmão da tarefa confiada ao gerente da usina. Cada qual ministrará os bens recebidos do Pai, na sua própria esfera de ação, sem a idéia egoística de ganhar para enriquecer na Terra, mas de servir com proveito para enriquecer em Deus.

*do livro **caminho verdade e vida**, psicografia de Francisco Cândido Xavier, ditado por Emmanuel, 1948.*

RESUMO

Esta dissertação de mestrado aborda a formação de enfermeiros, adequando-a ao modelo de saúde vigente no Brasil, expresso no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo se baseia em uma pesquisa bibliográfica, privilegiando o enfoque histórico e uma abordagem qualitativa do tipo descritiva exploratória. Pretende mostrar: 1) a importância de uma formação profissional voltada para a atenção primária à saúde, sem especializações precoces, mas com formação generalista crítica e reflexiva; 2) as interfaces das políticas públicas com a formação continuada dos trabalhadores da saúde na medida em que as políticas de saúde são executadas também por esses profissionais cuja formação de qualidade se torna uma das condições para a implantação dessas políticas de saúde. Desse ponto de vista, a reorganização do setor da saúde através de ações de promoção, prevenção e recuperação voltadas para seus usuários, e, não somente para doença supõe mudanças no projeto de formação e nas práticas profissionais a fim de alcançar a efetividade dos programas propostos pelo SUS.

Palavras-chave: Formação de Enfermeiros. Brasil. Políticas de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This dissertation addresses the training of nurses, adapting it to the current public health policy in Brazil, as expressed in the Unified Health System (SUS). The study is based on a literature search, focusing on the historical approach and a qualitative exploratory descriptive type. It intends to show: 1) the importance of training focused on primary health care, without early specialization, but with general education critical and reflective, 2) the interfaces of public policies with the continuing education of health workers in that health policies are also performed by these professionals whose education quality becomes one of the conditions to implement these health policies. From this point of view, the reorganization of the health sector through health promotion, prevention and recovery focused on its users, and not only for disease assumes changes in the design of training and professional practices to achieve the effectiveness of the programs proposed by SUS.

Keywords: Training of Nurses. Brazil. Health Policies. Unified Health System (SUS).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DA ENFERMAGEM-AÇÃO À ENFERMAGEM-PROFISSÃO	20
2.1 A “ENFERMAGEM” ENTRE ASPAS	21
2.2 A ENFERMAGEM NA MODERNIDADE OCIDENTAL	27
2.3 O SISTEMA MODERNO DE ENFERMAGEM: FLORENCE NIGHTINGALE	29
2.4 DA ENFERMAGEM-AÇÃO À ENFERMAGEM-PROFISSÃO NO BRASIL	34
2.4.1 As escolas de enfermagem	35
2.4.2 A profissão de enfermeiro	43
3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	48
3.1 O PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA	52
3.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	53
3.2.1 O modelo biomédico de atenção à saúde	58
4 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	67
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	67
4.2 A CRISE NA SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA UM NOVO MODELO DE SAÚDE ...	69
4.3 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	77
4.3.1 As estratégias de saúde	81
5 REGULAMENTAÇÕES EM TORNO DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	88
5.1 O CURRÍCULO DE 1949	89
5.2 A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL	90
5.3 O CURRÍCULO DE 1962	90
5.4 O CURRÍCULO DE 1972	91
5.5 O CURRÍCULO DE 1994	93
5.6 A NOVA LDB E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	95
6 A POLÍTICA PARA FORMAÇÃO NA ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DO SUS	98
6.1 A SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE E SEUS PROGRAMAS	98
6.2 OS DESAFIOS DO SUS	102
7 CONCLUSÃO.....	106
REFERÊNCIAS	112

1 INTRODUÇÃO

No caminho percorrido por mim nesses quase quinze anos de vida profissional, não tão separado da vida pessoal, tenho acumulado observações, aprendido, estudado, refletido; enfim, tenho vivido da e na enfermagem. Isto me levou, e me leva, a buscar cada vez mais entender sobre as práticas de trabalho na enfermagem, suas mudanças, adaptações, adequações, do “fazer” de uma equipe de saúde, e em particular, da equipe de enfermagem em relação os serviços prestados aos usuários.

Minha observação da rotina de trabalho dos profissionais de saúde e especificamente da enfermagem nas instituições de ensino e de prestação de cuidados à saúde, durante a internação, nos ambulatórios ou mesmo em domicílio, leva-me a questionamentos quanto ao preparo desses profissionais em relação à assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Alguns programas e projetos de profissionalização, dos quais participei e participo, são disponibilizados para o profissional da enfermagem, e outros profissionais, como por exemplo o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Esse projeto foi implantado a partir de 1999 através da portaria 1262/GM.

Segundo essa portaria, o Ministério da Saúde, definiu como meta humanizar o atendimento nos serviços e de prover assistência à saúde sem riscos para os seus usuários. No entanto havia cerca de 225.000 trabalhadores que estavam na área de enfermagem, em atendimento nos serviços de saúde, públicos e privados sem uma qualificação correspondente, pondo em risco seus empregos. Além disso, a modernização e a flexibilização administrativa das instituições formadoras de recursos humanos vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram fomentadas para responder com certa eficácia às demandas formuladas pelo setor saúde quanto à qualificação profissional de nível básico, técnico e pós-técnico.

O PROFAE, então, com a profissionalização em grande escala dos trabalhadores na enfermagem de nível médio, especificamente os auxiliares e

técnicos de enfermagem, foi um marco relevante, retratando a construção de uma política pública de formação profissional que foi realizada com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Contribuiu também para o desenvolvimento das políticas de saúde e de recursos humanos do Sistema Único de Saúde a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, na medida em que surgiram cursos para formação de auxiliares de enfermagem (QP) e para complementação na formação dos técnicos de enfermagem (CQP).

Outros dois destaques relevantes, conforme cita Ferreira *et al* (2007), um deles está relacionado à demanda reprimida por emprego por parte de trabalhadores inseridos nesse mercado mas que necessitavam de programas de qualificação. Este fato levaria a aplicabilidade e o alcance de Projetos Políticos Pedagógicos que estavam amparados na corrente teórico-pedagógica da problematização, que norteou a formação/qualificação presumidas a partir do PROFAE.

A proposição de políticas públicas de saúde deveria, portanto, articular-se com políticas públicas de formação/qualificação dos trabalhadores da saúde, pois a execução de quaisquer ações de saúde se realiza pelos profissionais. Assim, as tentativas de formação de qualidade criaram uma condição necessária para que as políticas de saúde se efetivem.

Outro projeto de qualificação importante nessa área se refere ao curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde, direcionado aos profissionais graduados atuantes no que se chama Atenção Primária à Saúde dos municípios do Estado do Espírito Santo, incluindo os da área administrativa. Este projeto se realizava através de uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), os municípios e as escolas credenciadas de pós-graduação desse Estado. Esta proposta teve início em 2009, fez parte da Política Estadual de Qualificação dos Profissionais de Saúde, lançada em 2008, buscando melhorar os indicadores de saúde dos municípios e a qualidade de vida da população e um dos objetivos seria oferecer conhecimentos de uma nova forma de “fazer” saúde, focada na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Conforme propunha o Secretário Estadual de Saúde do Espírito Santo, até 2011 seriam capacitados 5.250 profissionais com nível superior de ensino

integrantes dos serviços de saúde dos 78 municípios capixabas, com o investimento total de 40 milhões de reais. Para seu dirigente, na época, Anselmo Tose, o mais importante seria organizar a atenção básica que, quando bem estruturada, resolveria cerca de 80 a 90% de todos os problemas de saúde. Com profissionais melhor qualificados para atender ao usuário do sistema público de saúde, ocorreria, assim, melhoria da atenção básica prestada pelos municípios, melhorando a “entrada” do usuário no SUS, o acesso às consultas especializadas, os exames mais complexos, e até aos serviços de atenção secundário e terciário de saúde. Com este intuito, a Secretaria Estadual de Saúde em parceria com as secretarias municipais criou o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde.

O plano diretor é uma estratégia para organizar a atenção primária à saúde através de acessórias às secretarias municipais de saúde dos municípios que participam do projeto, reorganizando a assistência primária à saúde no âmbito da logística do sistema, envolvendo os laboratórios, os serviços de referência e contra-referência dos demais âmbitos secundário e terciário de serviço de saúde.

A participação no plano diretor envolve os atores da saúde, sejam os gestores, usuários e servidores dos serviços, fortalecendo as ações da atenção primária. O plano diretor abrange também as inovações tecnológicas tais como: atendimento informatizado, através do prontuário eletrônico; cartão magnético do SUS; atendimento com classificação de risco; ainda uma central de telefonia que atende ao usuário, a telemedicina, fortalecendo a rede em saúde.

Essas medidas parecem mostrar que políticas públicas bem propostas, efetivamente implementadas e articuladas entre si, seriam uma garantia para atender às demandas sociais, tornando-se um bem comum, compartilhado por todos, ou seja, usuários, gestores e prestadores dos serviços de saúde.

A descentralização das políticas públicas, após a redemocratização ocorrida no final do Século XX, promoveu uma aproximação dos serviços de saúde, segundo Sousa (2002) e Hartz e Vieira-da-Silva (2005). Apesar de, muitas vezes, as suas intervenções serem avaliadas informalmente no cotidiano das instituições de saúde, elas não são suficientes para se obter um quadro mais preciso dos serviços prestados. Por isso, esses autores argumentam a importância de avaliações formais, sistematizadas, baseadas em critérios metodológicos, científicos e técnicos para que

seja possível estimar as conquistas de um programa de saúde e dos resultados alcançados.

Durante décadas, as políticas de saúde construídas no país, configuraram um modelo assistencial centrado em procedimentos médicos individualizantes, concentrado na doença e com a tecnologia voltada para as especialidades (CARVALHO, 2001). As mudanças econômicas e políticas ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas incluem também a política de saúde do Brasil, principalmente quanto ao modelo assistencial.

A implantação de outro modelo assistencial e dos modos de se produzir saúde se concretiza através dos usuários dos serviços de saúde e das práticas desenvolvidas por seus profissionais e gestores no atendimento cotidiano como escreve (CRUZ, 2007). O processo de trabalho da equipe de saúde “não deve se manter no modelo médico hegemônico, bem como no procedimento centrado, pois com isso, a capacidade de promoção de mudanças no modelo assistencial fica comprometida” (MERHY *et al*, 2004, p. 56).

As mudanças no mundo assistencial na área da saúde, executadas através das práticas de trabalho dos profissionais em saúde, principalmente na enfermagem, devem passar do modelo hospitalocêntrico, curativo para um modelo de atenção primária à saúde baseadas em uma abordagem multidisciplinar e de atividades em equipe. Neste sentido, a questão norteadora desta dissertação é: Quais foram as mudanças ocorridas no processo de formação dos profissionais da enfermagem, em especial o enfermeiro, devido ao processo de reorganização do sistema de saúde, implementado através das políticas públicas de saúde no Brasil?

Um dos seus principais objetivos é, portanto, relacionar a formação dos enfermeiros e a sua institucionalização como profissão, adequando ao modelo de saúde atualmente vigente no Brasil.

Atualmente, conforme a Lei nº 7.498/86, a Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação, e neste estudo a ênfase será a formação de enfermeiro, pois este é o integrante da equipe com formação mais abrangente, e por serem as atividades executadas pelos

demais integrantes da enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Os dados e as informações obtidas para a elaboração da dissertação se basearam na pesquisa bibliográfica, privilegiando o enfoque histórico e uma abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2008) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, e sua principal vantagem reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Quanto à abordagem qualitativa Minayo e Sanches (1993) entendem como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais estabelecidas em diversos ambientes. Nessa ótica, Godoy (1995) afirma que, de maneira contrária à pesquisa quantitativa, não utiliza recursos estatísticos na análise dos dados. O seu ponto de partida se refere às questões ou focos de interesses amplos que se definem no desenrolar de um estudo, como por exemplo, alguns dados sobre o perfil dos integrantes de certas organizações.

Na coleta dos dados para o estudo foram observadas as fontes apresentadas pelos autores, certificando-me de que fossem desenvolvidos seguindo os critérios do método científico; bem como a análise em profundidade de cada informação para averiguar sua relação com o tema proposto neste estudo. E assim, nas referências bibliográficas encontram-se estudos com datas recentes e outras com datas menos recentes, tanto nos estudos sobre a área de saúde, quanto dos que tratam da enfermagem, propriamente dita. Na abordagem que discorre sobre a saúde foram selecionadas e utilizadas as obras de autores renomados em suas respectivas áreas de pesquisa como as obras de Costa (1986); Gohn (1997); Cohn (2003); Capela (2006); Acúrcio (2005), e outros autores, mas que são referenciais para os estudos de políticas públicas; obras de Mendes (1996); Marcolino (2005); Mehy (2004); Polignano (2010); Mendes (2011), que discutem mais especificamente sobre as

políticas de saúde, e outros autores cujo discurso se afina com o tema proposto nesta pesquisa, inclusive o Ministério da Saúde.

Na abordagem específica sobre enfermagem para o enfoque histórico foram utilizadas obras de um período mais anterior, mas que são referências para estudar os aspectos históricos envolvendo a ação da enfermagem até a sua situação institucionalizada, como é o caso das obras de Paixão (1963); Carvalho (1976); Germano (1984); Lira (1989); Rizzotto (1995); Medeiros, Tipple e Munari (1999); Nunes (2000), Geovanini (2009) e outros. De um período mais recente, aparecem autores cujas obras discursam sobre a formação de enfermeiros, discutem os currículos que já vigoraram como norma a ser seguida para a formação profissional, na maioria dissertações e teses, como as pesquisas de Galleguillos e Oliveira (2001); Gabrielli (2004); Kletemberg e Siqueira (2006); Matsumoto (2010); Ferla (2010), Duarte (2011) e tantas outras, inclusive os dispositivos legais dos Conselhos Nacionais de Educação e de Enfermagem.

Nesta pesquisa de revisão bibliográfica, a realização do levantamento bibliográfico foi feita de forma manual e por meio da internet, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e mais especificamente através da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), em idioma português.

A temática deste estudo trata da formação profissional de enfermeiros no Brasil, considerando aspectos relativos ao desenvolvimento da profissão, bem como a reorganização do sistema de saúde brasileiro e os correspondentes.

Este trabalho foi organizado em cinco partes. A primeira parte apresenta uma breve retrospectiva histórica a partir da prática leiga até a formação e regulamentação da enfermagem enquanto profissão no mundo, com ênfase na reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apresenta então, um breve histórico da enfermagem organizado em períodos, e a partir da abordagem, principalmente de fatos ocorridos na Europa, faz menção ao desenvolvimento da enfermagem no Brasil, a institucionalização da profissão, descrevendo os aspectos relacionados às primeiras escolas de graduação em enfermagem e o enfermeiro como profissão.

A segunda parte apresenta uma breve explanação de como são elaboradas e emanadas as políticas públicas, no caso em questão, as políticas públicas de saúde

no Brasil, apresenta conceitos de política de saúde, destaca os aspectos voltados à saúde, em geral, através de um breve percurso histórico pelo setor de saúde pública decorrentes das políticas públicas, discute sucintamente os diversos modelos de saúde enfatizando uma abordagem mais específica do modelo biomédico de atenção à saúde, instaurado no Brasil, suas inovações para a saúde bem como o desencanto que este modelo desenvolveu.

A terceira parte apresenta a abordagem histórica da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-o e analisando a crise na saúde, caracteriza a atenção básica à saúde e, descreve as estratégias criadas no país para a organização dos serviços de atenção primária à saúde.

A quarta parte aborda as mudanças que ocorreram nos currículos de formação dos profissionais enfermeiros, até a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e a adaptação da formação de enfermeiro ao modelo de saúde proposto pelo SUS, discutindo tais mudanças bem como as que foram implementadas por conta da reorganização do sistema de saúde no país.

Na quinta parte encontram-se outras propostas que acrescentam à formação dos profissionais enfermeiros oportunidades de melhorar suas práticas de saúde desenvolvidas no setor público. E ainda discute os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.

2 DA ENFERMAGEM-AÇÃO À ENFERMAGEM-PROFISSÃO

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” (FLORENCE NIGHTINGALE, 1989).

Antes de abordar a questão das atividades relativas às práticas de enfermagem na sociedade brasileira, caberia discutir alguns aspectos dessa atividade em outros períodos históricos. A enfermagem, enquanto ação pode ser considerada muito antiga, mas muito nova, enquanto profissão. Ao primeiro ferimento humano e os cuidados dispensados por outrem para o restabelecimento corporal começa a ação da enfermagem. Assim, as ações empíricas da enfermagem surgem há milênios de anos.

A enfermagem como atividade profissional surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos e, conforme relata Matsumoto (2010), começou a ser estruturada no início do século XX. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como cenário as concepções evolucionistas e teológicas. Mas, como o domínio dos meios de cura passaram a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele.

A enfermagem atualmente é uma profissão, mas surgiu, empiricamente, e se desenvolveu, através dos tempos, em um processo histórico, envolvido em conflitos, em estreita relação com a história da civilização e nem sempre acompanhou o desenvolvimento científico. Em algumas épocas, a prática da enfermagem era regida pelo espírito de serviço e humanismo, associada às crenças e às superstições, sem fundamentação científica, ou, às vezes, praticada com base em conhecimentos e habilidades científicas, mas deficientes devido ao padrão moral dos sujeitos que a praticavam.

A enfermagem é caracterizada como profissão a partir de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna que, após a Guerra da Criméia entre 1854 e 1856, fundou a Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860, transformando a ação do cuidado pautado no modelo religioso, puramente vocacional, ainda que implicasse no aprendizado técnico-científico, em uma profissão, que no Brasil, foi regulamentada através da Lei nº 2.604 em 1955.

Este capítulo apresenta uma breve retrospectiva histórica a partir da prática leiga até a formação e regulamentação da enfermagem enquanto profissão no mundo, com ênfase na reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apresenta então, um breve histórico da enfermagem organizado em períodos, e a partir da abordagem, principalmente de fatos ocorridos na Europa, faz menção ao desenvolvimento da enfermagem no Brasil, a institucionalização da profissão, descrevendo os aspectos relacionados às primeiras escolas de graduação em enfermagem e o enfermeiro como profissão.

2.1 A “ENFERMAGEM” ENTRE ASPAS

O termo enfermagem escrito entre aspas, tem por objetivo destacar a ação de enfermagem enquanto profissão, exercida a partir da modernidade européia ocidental. O cuidado era prestado leigamente, culturalmente sem uma denominação específica. Geovanini (2009) conta que nas civilizações antigas a adoração da natureza foi o princípio básico em que se sedimentaram as mitologias e as religiões. A doença era uma maldição, um castigo instituído pelos deuses dirigido aos homens, às suas famílias e aos seus descendentes. Os povos criavam e cultivavam lendas e mitos sobre as divindades, que vigiavam a saúde e possuíam plenos poderes sobre suas vidas e suas mortes.

As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase de empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Essas ações permaneceram por muitos séculos desenvolvidas nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

A forma usualmente utilizada para solicitar ajuda divina para os doentes se dava através de rituais e adoração aos deuses. Havia também, segundo Geovanini (2009), nas tribos, uma casta de curandeiros, que, com seus rituais, costumavam unir-se às mulheres da própria tribo, que em conjunto, cuidavam dos doentes. Em geral, cuidavam dos doentes com febres, com feridas e daqueles que necessitavam de cuidados através do uso de ervas medicinais. Estas mulheres eram consideradas sábias, tinham um poder misterioso e, posteriormente, na Idade Média, foram acusadas de bruxarias e queimadas em fogueiras.

Alguns registros ilustram o tratamento dispensado aos doentes. Paixão (1963) informa que os mais antigos foram encontrados no Egito, do ano 4688 a.C. e em 1552 da mesma era, revelando prescrições e fórmulas médicas e fórmulas religiosas, que o doente devia pronunciar enquanto ingeria o medicamento. O “curandeiro” devia preparar a droga e, ao mesmo tempo, dizer uma oração a Isis e a Hórus, princípio de todo bem.

Esses registros, porém, não revelam informações sobre hospitais e enfermeiros, somente sobre a “medicina”¹ entrelaçada com crenças religiosas, mesmo com conhecimento bem significativo para a época. Esses “médicos da antiguidade”, conforme relata Paixão (1963), identificavam o coração como centro da circulação, embora desconhecessem como era o sistema circulatório; e a respiração como vital ao indivíduo. Construíam, junto aos templos, ambulatórios para que os futuros sacerdotes médicos pudessem praticar a cura.

¹ O termo está entre aspas, por não ser a medicina, naquele período da história, ciência como se conhece hoje, mas uma prática de cura do enfermo.

Na Índia, os documentos do século VI a.C. revelam dados sobre a enfermagem, medicina e existência de hospitais e, ainda, conforme relata Paixão (1963), os hindus atentavam para que os “enfermeiros” tivessem asseio, habilidade, inteligência, conhecimento de arte culinária e de preparo dos remédios. Pregavam que, moralmente, deveriam ser puros, dedicados e cooperadores.

Paixão (1963, p. 53) destaca a “Grécia pelo desenvolvimento e domínio da filosofia, das ciências, letras e artes e, principalmente, no campo da medicina, iniciando suas bases científicas, graças a Hipócrates, O Pai da Medicina”.

Com o advento do cristianismo, segundo Gueler (1987), a “Enfermagem” passou a se construir e a ocupar um espaço um pouco maior do que as épocas anteriores. A doutrina de Cristo inspirava amor e fraternidade. Com isso houve uma preocupação com o pensar e o interessar-se pelos demais. As pessoas se reuniam em pequenas comunidades, que se dedicavam à assistência dos pobres, velhos, enfermos e necessitados, em casas particulares ou hospitais, chamadas diaconias, influenciando diretamente os cuidados com os doentes, os quais passam a receber uma assistência de qualidade nos hospitais católicos recém-construídos. A caridade era a porta para a salvação. Havia a idéia de que o cuidado aos doentes era uma das formas especiais de salvação da alma e da obtenção da “vida eterna”.

Muitos cristãos são convocados a procurar uma vida mais santa e caridosa, desenvolvendo o grande espírito de humanidade. Assim, as mulheres desta época, que passaram a prestar o cuidado, encontraram-se num trabalho social de “Enfermagem”, iniciando um caminho que conduziu ao papel atual das Enfermeiras e da equipe de Enfermagem. Carvalho (1976) relata que as primeiras mulheres que efetivamente passaram a trabalhar na “Enfermagem” foram as monjas, as diaconisas, as viúvas e as virgens.

Após a liberdade de culto dada pelo Imperador Constantino, através do Edito de Milão, em 335, muitos romanos transformaram seus palácios em Casas de Caridade e vários hospitais cristãos foram abertos. Foi uma época de “ouro” para os hospitais, destacando-se a atuação das grandes abadessas, que melhoravam a assistência aos enfermos e elevaram o nível moral da ação de enfermagem. Entre elas, destaca-se Santa Hildegarda, nascida em 1098 de família nobre, pelos seus conhecimentos de Ciências Naturais, “Enfermagem e Medicina”, tendo escrito sobre

várias doenças, priorizando a água no tratamento dos doentes e recomendando às “enfermeiras” que banhassem com frequência os enfermos.

O espírito de humanidade que prevaleceu neste período histórico muito contribuiu para que os enfermos recebessem uma “assistência de melhor padrão moral, mesmo que pouco avançada cientificamente” (CARVALHO, 1976, p. 47).

A expansão comercial e o renascimento das cidades foram marcados também pelo aparecimento das grandes epidemias como, por exemplo, a peste negra; além do empobrecimento generalizado da população aliado a falta de higiene e de saneamento em espaços públicos e privados.

Ao lado da dominação da Igreja Católica, esses acontecimentos contribuíram, segundo Giovanini (2009), para que a imagem do enfermo se tornasse santa e as pessoas que cuidassem do enfermo, seriam enobrecidas com o trabalho. A “Enfermagem” passou a ser uma atividade de penitência, de indulgência.

O espírito cristão baseado no amor ao próximo até então vivenciado no período anterior parece que se esvaiu, os donativos e a generosidade passaram a ser cada vez mais escassos, os hospitais com sérias dificuldades devido à qualidade de recursos humanos e materiais, foram fatores que repercutiram diretamente na ação da “enfermagem”, tanto na quantidade como na qualidade das pessoas que prestavam serviços aos enfermos. De acordo com os relatos de Oguisso (2005) o cuidado aos doentes passou a ser um trabalho árduo e de baixa remuneração, extinguindo aos poucos o sentido cristão que justificava a assistência aos necessitados. A decadência se instalava fortemente levando muitos hospitais a fecharem as portas. O desenvolvimento da “enfermagem” neste período foi muito pequeno.

A civilização parecia ter retrocedido ao semi-barbarismo, surgindo como alternativa para “fugir do mundo” o monasticismo². Para Paixão (1963), as práticas de saúde monástico-medievais focavam a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos dos medievais e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da

² O monasticismo foi um movimento que se caracterizou pela fuga de homens e mulheres para dentro dos mosteiros, onde pudessem escapar do caos mundano e salvar suas almas.

“Enfermagem” como prática leiga, desenvolvida por religiosos. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à “Enfermagem”, a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à “Enfermagem”, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GIOVANINI, 2009). O fervor religioso foi o responsável, neste período histórico, pelos cuidados e assistência aos enfermos.

Os mosteiros tornaram-se centros de influência, aprendizagem e cultura e repercutiram em várias áreas, como por exemplo, na saúde. Ajudaram a formar pessoal para cuidar de doentes, as “enfermeiras” monásticas e, ainda, possuíam, na sua estrutura, um tipo de hospital para cuidar dos doentes da comunidade. Os mosteiros pertencentes à Regra de São Bento³, os mais imponentes na Europa, prestavam auxílio a um grande número de pessoas, principalmente enfermos, estrangeiros e miseráveis. São Bento acreditava que tratar bem os enfermos era decidir o futuro feliz ou não após a morte, e por isso cada mosteiro deveria ter um hospício⁴ para os pobres. Após essa reforma iniciada por São Bento em Claraval, no século VI, na Itália, a regra ganhou mais importância, sendo os padres encarregados de visitar os enfermos, e se precisassem de tratamento eram transferidos para o Mosteiro para serem tratados pelo Padre “Enfermeiro”.

Ainda nesse período histórico, ocorreu a criação de três hospitais fora dos muros monásticos, como informa Padilha e Mancina (2005), o *Hotel Dieu* de Lyon em 542 d.C., o *Hotel Dieu* de Paris em 651 d.C. e o Hospital Santo Espírito de Roma, em 717 d.C. Todos se destinavam ao cuidado de doentes, mas também tinham a função de caridade, ajudando aos órfãos, pobres e débeis, que eram atendidos por

³ A Regra de São Bento é uma síntese do Evangelho e da tradição monástica anterior. Segundo a regra o mosteiro e a escola do serviço divino, no qual os monges vivendo em comunidade, sob um superior, são conduzidos pelo caminho dos mandamentos de Deus..

⁴ Do latim “*hospitium*”, hospedagem e “*hospice*” derivada do latim “*hospes*”, ambos verbetes servem para convidados e anfitriões. O primeiro hospício parece ter surgido por volta do século XI, em 1065, como locais dedicados aos doentes incuráveis. No início do século XIV, a ordem dos Cavaleiros Hospitalários de São João de Jerusalém abriu o primeiro hospital em Rhodes, para abrigar os viajantes e oferecer cuidados aos doentes e moribundos. Os hospícios se espalharam pela idade média com as ordens religiosas e reviveram no século XVII na França pelas Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. Os hospitais ou hospícios representavam o local dos excluídos, os doentes, os peregrinos, enfim um local de morte. Por volta de 1967 Cicely Mary Saunders inicia um movimento de humanização dos hospitais com a proposta de cuidados paliativos, visando a melhoria do atendimento às pessoas, evitando a morte isolada, ou em hospitais, para uma parte significativa do sistema de saúde.

mulheres leigas, consideradas “enfermeiras”, que tinham como função a admissão e alta de pacientes, a responsabilidade sobre a cozinha e a lavanderia e o enterro dos mortos. Além de desempenhar as atividades já relacionadas, prestavam assistência religiosa que fazia parte da rotina hospitalar, tanto para os pacientes como para os demais membros da equipe do hospital.

Os autores citados acima relatam que a assistência era predominantemente religiosa, voluntária e quase não havia vínculo de trabalho salarial, podendo, ainda, ser um trabalho servil.

No tempo histórico das Cruzadas, que também tinham um cunho de peregrinação, surgem os hospitais de cunho militar. Como cita Padilha e Mancia (2005), começaram a surgir as ordens militares de “Enfermagem”, as cavalaria, as ordens dos mendigos, a fundação de novos hospitais, assim como os inúmeros homens considerados santos, que se dedicavam integralmente à “Enfermagem”. Para suprir as necessidades de assistência aos peregrinos na Palestina, Figueiredo (2002) diz que surgiram os primeiros hospícios, onde os Frades do Hospital de São João em Jerusalém prestavam a assistência e, também, a Ordem dos Cavaleiros de São Lázaro exerceram o seu serviço em Jerusalém com o tratamento dos leprosos, e ainda os trabalhos desenvolvidos por São Francisco de Assis.

Com o término das Cruzadas e o advento do Renascimento e da Reforma, veio a crise dos hospitais, que através da Reforma religiosa liderada por Martinho Lutero, Henrique VIII e João Calvino, expulsaram as religiosas que assistiam os doentes, especialmente nos hospitais da Inglaterra, ocasionando um tremendo déficit de pessoal de “Enfermagem”, criando uma situação crítica nestes locais. O hospital se converteu num lugar de horror, pois não havia pessoal preparado para assumir estas atividades, sendo requisitadas as mulheres que tinham penalidades a cumprir. As que aceitavam, tinham suas penas revogadas. Estas assistentes ou enfermeiras leigas caracterizavam-se por serem ignorantes, rudes, alcoólatras e decadentes. Por este motivo, entre 1500 e 1860, as “enfermeiras” viveram o pior período da história, sendo dominado de Período Obscuro da “Enfermagem”.

Nos séculos XIV e XV, alguns membros da burguesia e associações cooperativas implantaram pelos burgos vários hospícios. Tais hospícios mantidos por iniciativa privada ou pela igreja destinavam-se a acolher não só doentes como

também miseráveis. Mais tarde, estes hospitais passaram a acolher desde peregrinos, mulheres em ocasião de parto, crianças e até doentes crônicos e inválidos. Os leprosos, cujo número aumentava na Europa, passaram a viver em estabelecimentos especiais, os leprosários, com capela, cemitério e jardim. Também foram criados refúgios para cegos, para regeneração de “mulheres extraviadas da vida familiar” e para crianças abandonadas (PADILHA E MANCIA, 2005).

2.2 A ENFERMAGEM NA MODERNIDADE OCIDENTAL

Rizzotto (1999) e Geovanini *et al* (2005) referem que as práticas de saúde pós-monásticas evidenciaram a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da “Enfermagem” no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Ferla (2010, p. 38) afirma que a:

retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades, porém, não constituíram fator de crescimento para a “Enfermagem”, que enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações decorrentes da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.

Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de “Enfermagem” tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a “Enfermagem”, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais.

Carvalho (1976) acredita que o avanço da Medicina veio favorecer, mesmo que lentamente, a reorganização dos hospitais, e que na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por

esta reordenação, as raízes do processo de disciplina e seus reflexos na Enfermagem, ressurgiram da fase sombria em que esteve submersa até então.

Também afirma Carvalho (1976) que aquela época esteve sob piores condições devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes e que os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada.

O século XVI não foi um marco de progresso científico, mas foi neste período que houve um grande desenvolvimento do espírito, o homem deixa de lado alguns preconceitos e dedica-se ao estudo do corpo humano e os fenômenos patológicos. Seria o século XVII que iria trazer grandes descobertas.

O Renascimento⁵ como movimento literário e artístico contribuiu para o desenvolvimento científico, especificamente para a medicina. O advento do pensamento científico leva em consideração as características próprias da renascença, contribuindo assim para o progresso científico voltado para a saúde, através do antropocentrismo, do otimismo, do racionalismo, do humanismo e do individualismo, tendo como marco importante nas contribuições Leonardo da Vinci, com sua multiplicidade de talentos contribuiu com a anatomia, Ambroise Pare destacou-se com estudos de medicina, inventando nova técnica para sutura das veias, sendo lembrado como o “pai da moderna cirurgia”.

A Medicina, para Rizzotto (1999), com as novas propostas do movimento renascentista, passou da observação centrada no enfermo para o campo da investigação. Cada vez mais foram evoluindo os métodos e meios de estudo em laboratório.

⁵ Renascença ou Renascentismo são os termos usados para identificar o período da História da Europa aproximadamente entre fins do século XIII e meados do século XVII, parece que os estudiosos não chegam a um consenso sobre essa cronologia, havendo variações consideráveis nas datas. O período porém foi marcado por transformações em muitas áreas da vida humana, que assinalam o final da Idade Média e o início da Idade Moderna. Apesar destas transformações serem bem evidentes na cultura, sociedade, economia, política e religião, caracterizando a transição do feudalismo para o capitalismo e significando uma ruptura com as estruturas medievais, o termo é mais comumente empregado para descrever seus efeitos nas artes, na filosofia e nas ciências, sendo o termo registrado pela primeira vez por Giorgio Vasari no século XVI.

Com a Reforma vieram o racionalismo e a valorização do homem, próprios do Renascimento, e que deram origem a uma mentalidade que se opunha a religiosidade católica medieval. O espírito crítico do Renascimento colocou em xeque os tradicionais ensinamentos da Igreja.

No século XVII, surgiu São Vicente de Paulo e Luiza de Marillac, fundando o Instituto das Filhas de Caridade e a Confraria da Caridade, que se dedicaram aos enfermos, pobres e miseráveis, pelo advento das guerras e epidemias, o que reergueu novamente a “enfermagem”.

Apesar dos problemas enfrentados, o período foi particularmente muito fértil na área da ciência médica, pois começaram a ser empreendidos estudos anatômicos, bacteriológicos, entre outros e descobertas decisivas para o avanço da medicina.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ferla (2010) ressalta o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada, e a autora reitera que:

tendo em vista a doença proveniente de uma nova constituição de o trabalho humano tornar-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e, desta forma, ocasionar transtornos a uma sociedade onde os interesses econômicos e políticos são ou foram inegáveis. Nesse momento, o Estado assume o controle da assistência à saúde a fim de garantir a produção e reprodução do capital e reestabelece a capacidade de trabalho ao operariado, através da criação de legislações de proteção ao trabalho a fim de manter a população sadia e, portanto, produtiva (FERLA, 2010, p. 39).

2.3 O SISTEMA MODERNO DE ENFERMAGEM: FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale, a Dama da Lâmpada, segundo Ferla (2010), nasceu em Florença, na Itália, em 1820. Proveniente de família inglesa aristocrática teve uma formação superior às moças de seu tempo. Possuindo inúmeras habilidades

domésticas, culturais e sociais, as quais foram fortemente influenciadas por sua família, especialmente seu pai, com quem adquiriu conhecimentos de história, matemática e ciências, além da formação em literatura, filosofia, religião, economia e de vários idiomas como latim, grego, inglês, francês, alemão e italiano.

Segundo Oguisso (2005), seus pais incutiam um profundo senso de responsabilidade social, especialmente para com os menos favorecidos. Costa (2009) relata que desde muito jovem, manifestou interesse em cuidar de doentes, apesar da forte oposição dos pais, e que apesar da resistência, continuou na busca de seus objetivos. Procurou conhecer e estudar diversas instituições hospitalares, de diversos países como Roma, onde teve a oportunidade de passar dez dias no Convento de Trindade do Monte, onde absorveu muito do espírito religioso da Igreja; posteriormente esteve em Alexandria e Egito, na Grécia, auxiliando missionários americanos em um orfanato, e ainda na França, onde conheceu o trabalho realizado pelas Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo.

Costa (2009) relata que Florence aos 31 anos, venceu a resistência da família e foi autorizada a ir para a instituição de *Kaiserswerth*, onde permaneceu por três meses com os fundadores participando das aulas teóricas e práticas, inclusive executando serviços de limpeza. Não satisfeita, foi novamente à França onde obteve autorização oficial para estudar com as Filhas de Caridade, no *Hôtel-Dieu* de Paris, onde pôde ter a oportunidade de visitar os hospitais e ver a prática da “enfermagem” lá realizada. Retornando à *Kaiserswerth*, Florence foi indicada para trabalhar como superintendente de uma instituição de mulheres doentes da alta sociedade, sendo posteriormente convidada a trabalhar no famoso Hospital *King's College* e, enfim, chamada a trabalhar como cuidadora na Guerra da Criméia (OGUISSO, 2005).

Em 1854 a Inglaterra estava em guerra, e Florence foi convidada pelo Ministro da Guerra para supervisionar os hospitais militares na Guerra da Criméia. Os hospitais militares ingleses estavam vivendo o caos. O exército britânico estava prestes a ser derrotado em virtude da doença, da desorganização, do frio e da fome. A cólera reduziu o exército à inutilidade e as primeiras batalhas da Criméia foram feitas por homens exauridos pela doença e sedentos.

As condições impostas aos soldados nestes hospitais eram precaríssimas. Florence juntamente com trinta e oito Enfermeiras, treinadas por ela, conseguiram

diminuir o índice de mortalidade dos soldados de 42,7% para 2,2%, em seis meses de trabalho árduo. Nesta época, Florente passou a ser chamada de “Dama da Lâmpada”, em função de percorrer durante a noite as enfermarias, para observar os pacientes mais graves.

Quando as condições de saúde dos soldados se tornaram estáveis, Florence retornou a Inglaterra. Pelo trabalho realizado durante a guerra, recebeu da Rainha Vitória um prêmio em dinheiro, com o qual Florente pôde criar, em 1860, a escola de treinamento para Enfermeiras, ligada ao Hospital *Saint Thomas*, na Inglaterra, instituindo assim, o ensino da Enfermagem e estabelecendo as bases para a estruturação do trabalho profissional da Enfermagem.

Além de contrariar a vontade dos pais, Florence Nightingale enfrentou os poderes vigentes da época vitoriana, redimensionando o papel da mulher na sociedade inglesa e daí para o mundo. Aprendeu a mandar e a ser obedecida, fez inimigos entre os que resistiam à sua atuação pela condição de mulher, conseguiu apoio da opinião pública e do poder instituído e reduziu os índices de mortalidade, cujo exemplo maior foi sua atuação junto aos feridos da Guerra da Criméia. Florence deixou de ser percebida socialmente apenas como mulher para casar e reproduzir a família, para ser aceita também como mulher empreendedora, que manda, que cuida, que cria, que inova, assumindo uma *performance* de mulher com movimentação própria na vida pública.

A elaboração, por Florence Nightingale, dos primeiros pressupostos teóricos que orientavam a profissão transforma a prática do enfermeiro, embasando-a em um “conceito teórico coerente, articulado e explícito”, demarcando, para a enfermagem, o início de um corpo específico de conhecimento que, por meio da pesquisa, cresce e se transforma.

Para Oguisso (2005, p. 76), a filosofia de vida de Florence permeava todo o currículo de sua escola onde enfatizava que:

fazer enfermagem era ajudar a pessoa a viver; para ela a escola deveria ensinar à enfermeira sua função de ajudar o paciente a viver. Portanto, enfermagem era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas.

Iniciada a profissionalização da enfermagem, a precursora instituiu o Boletim Moral como instrumento para selecionar possíveis candidatas a alunas de sua Escola. O objetivo era imprimir um novo comportamento à ação do cuidado, anteriormente avaliado de forma pejorativa, estabelecendo, assim, a imagem da enfermeira como anjo-branco, abnegada, submissa, intocável.

Para Rizzoto (1995) Florence incorporou perfeitamente os parâmetros capitalistas de racionalidade e eficiência na forma de divisão técnica do trabalho, com as *nurses* e as *ladies nurses*, reproduzindo no interior do hospital e da equipe de enfermagem a divisão social do trabalho, e reproduzido até hoje.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, tendo em vista as leituras de Costa (2009), o médico foi a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

As pioneiras da escola de Enfermagem superaram muitas dificuldades, referentes a pouca compreensão por parte da sociedade em relação aos novos valores requisitados por Florence como necessários ao desempenho da profissão, mesmo assim, as escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra.

As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, baseada em quatro idéias-chave, que Porto (2010) descreve como a primeira, que o treinamento de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público; na segunda ideia-chave as escolas de treinamento deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter sua independência financeira e administrativa; a terceira ideia-chave prevê que as Enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino no lugar de pessoas não envolvidas em Enfermagem; e na quarta as estudantes deveriam, durante o período de treinamento, ter residência à disposição, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital.

O sistema Nightingale de ensino era exigente, porém, as escolas conseguiram sobreviver graças aos pontos essenciais estabelecidos, sendo a direção da escola exercida por uma Enfermeira; possuía mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional e a seleção de candidatas seguiam critérios do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional, e ainda segundo Ferla (2010), este sistema contribuiu para transformar a visão da sociedade em relação às atividades de enfermagem e à ocupação útil da mulher.

Também informa Ferla (2010) que o advento da Enfermagem enquanto profissão a partir das condutas implantadas por Florence ainda tinham uma perspectiva religiosa, pois a precursora teve seu aprendizado proveniente de missionários e religiosos.

Critério importante era que as “alunas deveriam ser solteiras, vistas como virgens à época, além de ler e escrever bem” (PORTO, 2010, p. 39). No curso havia formação diferenciada para as alunas, sendo a forma de seleção definida de acordo com a classe social da candidata, as *ladies nurses* e as *nurses*. O primeiro grupo, conforme estudos de Figueiredo (2002), caracterizava-se por serem damas da sociedade, alunas burguesas que pagavam seus próprios estudos, e que desenvolviam um trabalho intelectual, de ensino, administração e supervisão hospitalar, cabendo “o pensar concretizado nos postos de comando”, enquanto que o segundo grupo se caracterizava por serem alunas de classes mais baixas, financiadas pela própria escola, e que produziam um trabalho do tipo manual direto e primário.

Desta forma, Figueiredo (2002) refere que ocorreu a divisão social e técnica do trabalho da enfermagem, reflexo da divisão do trabalho nas sociedades capitalistas que, comportando um referencial de poder masculino, resultou em desigualdades intra gênero, afastando os homens que se interessavam pela prática do cuidar, o que responsabiliza o modelo proposto e aceito como padrão a divisão sexual do trabalho na enfermagem. As responsabilidades eram diferentes, resultando numa assistência de enfermagem hierarquizada tecnicamente e executada por diferentes agentes, ocupando posição mais privilegiada, as *ladies nurses* tinham atividades centradas na supervisão dos serviços de enfermagem, na

administração hospitalar e na difusão do ensino, enquanto que às *nurses* cabiam as atividades centradas nos cuidados diretos aos doentes.

A partir da escola proposta por Florence muitas escolas passaram a instituir o sexo feminino como obrigatório para inserção na enfermagem, tendo o curso duração de três anos.

A Escola de Nightingale foi um marco para a Enfermagem, pois serviu de modelo para outras escolas e enviou suas graduadas a todas as partes do mundo. Elevou consideravelmente a imagem das Enfermeiras, tornando a profissão respeitável. A partir de então, deu-se o início à Enfermagem Moderna, tendo como precursora Florence Nightingale.

O fato de Florence ter fundado sua Escola dentro de um hospital e com exigências de perfil das alunas para nele estudarem gerou um sistema conhecido como Modelo Nightingaleano de ensino. Este sistema se espalhou em muitos países até chegar ao Brasil em 1894, com a criação do Hospital Samaritano em São Paulo.

2.4 DA ENFERMAGEM-AÇÃO À ENFERMAGEM-PROFISSÃO NO BRASIL

A organização da “Enfermagem” na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. Não muito diferente do que ocorria na Europa e outras localidades, como descrito anteriormente, a profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

Paixão (1963) ensina que até o final do século XIX e início do XX, a “enfermagem” enquanto ação no Brasil era exercida por pessoas leigas e religiosas,

não preparadas especificamente para o cuidado aos doentes, e se caracterizava como uma ação caritativa.

Medeiros, Tipple e Munari (1999) informam que, antes da Enfermagem moderna, as irmãs de caridade e, ainda, as pessoas leigas recrutadas como ex pacientes ou serventes de hospitais, com “formação” empírica, sem orientação e conhecimento, foram forjadas visando atender às necessidades das Santas Casas de Misericórdia. Ou seja, estas pessoas eram recrutadas sem exigência qualquer em relação ao nível de escolarização, muitas promovidas de funções inferiores para atuarem na enfermagem sem experiência ou conhecimento básico, demonstrando a reprodução da “enfermagem” prestada noutros continentes nos séculos anteriores.

2.4.1 As escolas de enfermagem

Este primeiro momento da enfermagem ação é marcado pelas tentativas de dar utilidade a “uma nobre profissão” para as mulheres ou às órfãs dos recolhimentos, particularmente, no caso da Santa Casa de Misericórdia, como uma oportunidade de formação e trabalho.

Oficialmente, afirmam Galleguillos e Oliveira (2001), a enfermagem profissional no Brasil foi instituída no Rio de Janeiro em 1890, com a promulgação do Decreto nº 791, assinado pelo então presidente da República Marechal Deodoro da Fonseca, no Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, e, de acordo com Kletemberg e Siqueira (2003), com a criação da primeira escola profissionalizante em enfermagem, Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospital dos Alienados, baseada na Escola de *Salpêtrière*, da França. Para Kletemberg e Siqueira (2003), o Decreto nº 791 foi o primeiro documento oficial, trazendo para o Estado a responsabilidade de formar mão de obra qualificada para prestar assistência aos doentes. Nas palavras de Medeiros, Tipple e Munari (1999, p.3), ele vem fixar:

os objetivos da Escola, currículo, duração do curso, condições de inscrição e matrícula, título conferido, garantia de preferência de emprego e aposentadoria aos 25 anos, dos candidatos exigia-se no mínimo saber ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes. No entanto, não contempla recursos para a viabilização do curso assim como as normas para sua concretização.

Assim, a formação da enfermeira passa a ser regulamentada, e segundo Lima (1993) com predomínio do sexo feminino.

O curso de enfermagem criado no Hospital Samaritano em 1896 sob o regime de internato foi considerado o primeiro a adotar o sistema de ensino nightingaleano no Brasil pois, enfermeiras inglesas, ao trabalharem no hospital, ensinavam o ofício para outras mulheres, em sua grande maioria também inglesas ou filhas de ingleses residentes no Brasil. Posteriormente chamada de Escola de Enfermagem Lauriston Job Lane, em 1959.

Originalmente, conforme ensina Porto (2010) o Hospital Samaritano contratou enfermeiras inglesas formadas pela Escola de Florence Nightingale as quais disseminaram seus conhecimentos junto às internas, mulheres abnegadas ao ofício, chamadas de *nurses* ou *matrons* quando assumiam posições mais elevadas ou cuja vivência hospitalar fosse considerada relevante. Apesar do provável pioneirismo quanto à implantação do modelo nightingaleano, essa antiga instituição de ensino da enfermagem não conseguiu notoriedade no Brasil, resultando uma omissão de sua história até praticamente os dias de hoje.

A Escola de Enfermagem do Hospital Samaritano, em seu anonimato, permaneceu à margem da historiografia oficial da enfermagem brasileira, fator explicado por Germano (1984), talvez, pelo fato de tratar-se de uma escola criada em hospital privado, com orientação não católica e fora da capital da República da época, o Rio de Janeiro, fato histórico ignorado por muitos pesquisadores da Enfermagem.

Com orientação diferente da Nightingaleana, na escola do Hospital dos Alienados os professores e o diretor da escola eram médicos. Sendo considerada a primeira escola de enfermagem no país, porém não com o modelo proposto por Florence, mais tarde, foi reformada e o curso passou a ser dirigido por enfermeiras diplomadas. Galleguillos e Oliveira (2001, p. 80) também afirmam que a escola teve

o objetivo de “preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares”.

No entanto, na literatura de Enfermagem, vários documentos apresentam a Escola Anna Nery, fundada em 1923, como a primeira escola de Enfermagem do Brasil apesar de Kletemberg e Siqueira (2003, p. 63) afirmarem que, historicamente, “a primeira escola voltada para a assistência hospitalar foi aquela criada junto ao Hospital de Alienados no Rio de Janeiro”.

As autoras apresentam como justificativa para esta contradição de informações o fato de ter sido a Escola Anna Nery a primeira escola a funcionar genuinamente sob a orientação e organização de enfermeiras, diferentemente da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras que surgiu diante da necessidade de formar pessoal qualificado para o atendimento aos enfermos do Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, instituição que havia sido abandonada pelas irmãs de caridade.

O atendimento à pacientes psiquiátricos sempre despertou a atenção das autoridades, tanto dos médicos como dos religiosos e leigos. Assim, a necessidade de uma instituição para o abrigo específico de doentes mentais se fazia presente, pois todos aqueles que apresentassem problemas de loucura eram confinados em prisões, como criminosos, ou confinados a celas em instituições de saúde, tratados inadequadamente e por vezes sob torturas físicas. Segundo Moreira e Oguisso (2005) para a sociedade era conveniente a restrição destes do convívio social, devendo ser construídos para eles asilos e abrigos afastados dos centros urbanos. Assim, em 1841, D. Pedro II criou no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, localizado na Chácara do Vigário Geral, de propriedade da Santa Casa de Misericórdia. As obras tiveram início em 1842, vindo a funcionar dez anos depois, com 144 pacientes hospitalizados.

Galleguillos e Oliveira (2001), porém, ressaltam que a existência da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO):

foi ignorada por Jane A. Jackson que, representando o Brasil na reunião do Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) realizada em 1901, não mencionou a existência dessa escola. Isso talvez

explique o fato da Escola de Enfermagem Anna Nery ser considerada a primeira escola de enfermagem no Brasil (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001, p. 81).

No cenário de epidemias que dificultavam as relações comerciais, conforme será discutido posteriormente neste estudo, e com as propostas do sanitarista Oswaldo Cruz, emerge, segundo Medeiros, Tipple e Munari (1999, p. 5), o ensino sistematizado da Enfermagem, surgindo em um momento no qual “o Estado brasileiro emergente institui políticas de saúde voltadas ao controle das grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao desenvolvimento do comércio internacional”. Isto tudo num país dispendo de escassos equipamentos de saúde e mão de obra qualificada para a viabilização das ações coletivas propostas.

Assim, com o propósito de formar profissionais que contribuíssem para o saneamento dos portos, ocorre a criação da escola Anna Nery, a então escola de enfermeiras regulamentada através de decreto do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923. Para Kletemberg e Siqueira (2003), isto caracteriza a história dos primórdios do ensino de Enfermagem no Brasil, na área de saúde pública.

Apesar de muitas obras referirem os propósitos da criação da Escola Anna Nery à saúde pública no país, Rizzoto (1995 p. 5) afirma que a tese de combate às endemias e o saneamento dos portos não tem base histórica. Segundo a autora, isto é um mito, pois as doenças infecto contagiosas, constantes desde o século XVI, já estavam erradicadas neste momento, o que não justifica a criação da escola. Outro mito, segundo Rizzoto (1995 p. 5) seria a precária situação da saúde pública que não representava real empecilho nas relações econômicas do Brasil com outros países, já que a própria política de saneamento constituía oportunidade de investimento para o capital estrangeiro.

Ressalta esta autora que os registros históricos da Escola Anna Nery demonstram que a saúde pública nunca foi prioridade, e que seus primeiros programas⁶, confirmam que a formação de enfermeiras esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático das doenças, não sendo assim, as enfermeiras:

⁶ Rizzoto apresenta uma comparação entre os programas ministrados nas primeiras turmas da Escola Anna Nery e os currículos das escolas americanas em sua dissertação de mestrado em educação (Re)viendo a

preparadas para atuar no campo da saúde pública, na atenção primária e na prevenção, mas para serem coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegia uma ação curativa, e atender ao avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica no modo de produção capitalista, do que para instaurar uma assistência de enfermagem voltada para saúde pública (RIZZOTO, 1995, p. 7).

Parece ser por esse motivo que Matsumoto (2010) afirma que o ensino de enfermagem no Brasil, institucionalizado em 1923, nos moldes de Florence, apenas se consolidou a partir do desenvolvimento industrial e da modernização dos hospitais, contribuindo para a consolidação do modelo hospitalocêntrico de saúde no país. Esta relação entre dimensão econômica e dimensão da saúde envolvendo a formação do enfermeiro, e através de seu estudo é, também, compartilhada por Ito *et al* (2006) quando afirmam que, na realidade, a enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa, modelo hospitalocêntrico, e não para a saúde pública. Estes autores atentam ainda para uma evidência, reportando-se ao currículo da formação de enfermeiros da Escola Anna Nery.

Este currículo de formação proposto se baseava em conteúdos e carga-horária teórica e prática que compunham o programa implantado no Departamento Nacional de Saúde Pública, onde, das trinta e cinco disciplinas ministradas, apenas quatro eram voltadas para a saúde pública. Isto permite depreender, e compreender, que a criação da Escola Anna Nery, bem como a sua orientação do ensino, portanto, da formação profissional do enfermeiro de então, satisfaziam às necessidades do mercado, que estavam postas naquele momento. Cabe lembrar que se tratava do início do século XX quando se iniciava o processo de industrialização do país, e no que se refere à organização de assistência à saúde, esta situação traduziu-se pela pressão da classe trabalhadora por uma assistência médica individual, como será discursado posteriormente.

Lima (1993) relaciona a profissão com a estrutura sócio-econômica e política do país, e relata que esta prática profissional se desenvolveu devido a determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais em sua evolução.

Claro está que a saúde do trabalhador como mão de obra importante para a industrialização nascente no país era critério necessário ao desenvolvimento, e bem distante da direção da saúde coletiva. Portanto, seria a criação da escola uma demanda econômica e não de saúde coletiva. Foi o interesse econômico que influenciou a criação de escola de formação, contribuindo para o fortalecimento do modelo biomédico, além da necessidade de ser criada uma escola de enfermeiras, em que as enfermeiras formadas tivessem melhor preparo, e conseqüentemente, pudessem atuar nos serviços existentes, ou em outros que viessem a ser implementados.

Rizzoto (1995) ainda afirma que as enfermeiras americanas, convidadas na época do projeto de saneamento de Osvaldo Cruz, empenharam-se em assegurar que se reproduzisse, na Escola Anna Nery, o modelo de enfermagem, que vigorava em seu país de origem. Até para não contrariar a elite da época, pois, se o desenvolvimento da Enfermagem Profissional não atendia às necessidades de saúde da maioria da população, ele satisfazia à necessidade, já reconhecida pelas autoridades públicas e pelas enfermeiras americanas, de qualificar os serviços de enfermagem nos hospitais brasileiros.

A Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi, então, a primeira Escola de Enfermagem no Brasil, de proposta Nightingaleana, criada em 1922, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde. A Escola integrou-se ao Sistema Universitário, Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1937, como instituição de educação complementar através da Lei nº 452/37. Em 1945, a Escola foi elevada a categoria de Unidade de Ensino, e passou a ser a um padrão para todo o país (MEDEIROS, TIPPLE E MUNARI, 1999).

A Enfermagem Moderna surgiu no Rio de Janeiro, então, segundo Carvalho (1976) graças à iniciativa de Carlos Chagas, que trouxe enfermeiras americanas, Ethel Parson e Clara Loise Kieninger, para implantarem o sistema Nightingale no Brasil. Devido ao reduzido número de enfermeiras e a necessidade crescente de pessoal, tornou-se necessária a criação de cursos que preparassem em um curto período de tempo, as visitadoras sanitárias.

Com a institucionalização da enfermagem através da criação de inúmeras escolas, como visto anteriormente, começaram a se estabelecer legislações, necessárias para regulamentar o ensino padronizado para as escolas. A partir de 1926, algumas iniciativas surgiram para auxiliar a ordenação da enfermagem no Brasil e, segundo Duarte (2011), surgiu um movimento social em busca dos direitos dessas profissionais. Inicialmente, criou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas com o objetivo de distinguir as enfermeiras do prático de enfermagem. Em 1926, esta associação passou a ser designada como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), até que, em 1964, assumiu o nome de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que nas palavras de Duarte (2011, p.49) trata-se de uma entidade de “direito privado, de caráter científico e assistencial, não governamental, que agrupa profissionais enfermeiros, obstetrias, técnicos e auxiliares de enfermagem, e estudantes de graduação e de educação profissional de nível técnico” e que foi admitida no Conselho Internacional de Enfermagem em 1929. A ABEn tem responsabilidade de proporcionar encontros científicos para reunir as categorias de enfermagem como forma de atualizar conhecimento, trocar experiências, apresentar pesquisas e relatos de experiências como estratégias de efetivar o ensino e a pesquisa em enfermagem (ABEn, 2010).

Durante os governos de Vargas, houve um grande investimento na área da educação, visto que este presidente percebia o ensino como um instrumento necessário para a formação de mão de obra qualificada, bem como um meio eficaz de difundir sua ideologia governamental. Tal estratégia teve repercussões no campo da educação em enfermagem, tanto que entre 1930 e 1945 foram criadas treze novas escolas⁷.

Durante o Estado Novo, foram criadas dez escolas de enfermagem, sendo seis católicas, três estaduais e 1 municipal. A distribuição geográfica destas escolas demonstra a predominância da região Sudeste sobre as demais, seis escolas no Sudeste, duas no Nordeste, uma no Centro-Oeste e uma no Norte. Até 1945 a região Sul não contava com escolas de enfermagem. As escolas de enfermagem que mais se destacaram no período são citadas a seguir.

⁷ "Na década de 30, foram criadas 5 escolas de enfermagem no Brasil, 2 em Goiás; 1 em Minas Gerais; 1 no Rio de Janeiro e 1 em São Paulo; totalizando 3 na região sudeste. Dessas escolas 2 eram católicas; 2 evangélicas e 1 estadual". (MATSUMOTO, 2010, p. 27).

A Escola de Enfermagem Carlos Chagas foi criada por Decreto nº 10.925, de 7 de junho de 1933 e iniciativa de Dr. Ernani Agrícola, diretor da Saúde Pública de Minas Gerais, foi criada pelo Estado sendo a primeira a funcionar fora da Capital da República. A organização e direção dessa Escola coube a Laís Netto dos Reys, sendo inaugurada em 19 de julho do mesmo ano. A Escola "Carlos Chagas", além de pioneira entre as escolas estaduais, foi a primeira a diplomar religiosas no Brasil.

A Escola de Enfermagem Luisa de Marillac fundada em 1939 e dirigida por Irmã Matilde Nina, representou um avanço na Enfermagem Nacional, pois atendia não só às jovens estudantes seculares, como também às religiosas de todas as Congregações. É a mais antiga escola de religiosas no Brasil e faz parte da União Social Camiliana, instituição de caráter confessional da Província Camiliana Brasileira.

A Escola Paulista de Enfermagem foi fundada em 1939 pelas Franciscanas Missionárias de Maria, foi a pioneira da renovação da enfermagem na Capital paulista, acolhendo também religiosas de outras Congregações. Uma das importantes contribuições dessa escola foi o início dos Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica. Esse curso que deu origem a tantos outros, é atualmente ministrado em várias escolas do país.

A Escola de Enfermagem da USP fundada com a colaboração da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) em 1944, faz parte da Universidade de São Paulo. Sua primeira diretora foi Edith Franckel, que também prestava serviços como Superintendente do Serviço de Enfermeiras do Departamento de Saúde. A primeira turma diplomou-se em 1946.

Com a profissionalização de enfermagem no Brasil, dois modelos de enfermagem se destacaram: o modelo Nightingaleano, caracterizado pelo ensino da enfermagem vinculado ao âmbito hospitalar e que valorizava a experiência prática; e o modelo Francês, caracterizado pelo ensino que preconizava um cuidado de enfermagem baseado em manuais elaborados por médicos que eram professores dos cursos de enfermagem da época. A escola Ana Nery está fundamentada no primeiro enquanto que a escola dos alienados no segundo.

2.4.2 A profissão de enfermeiro

Rizzoto (1995, p. 4) utiliza o termo Enfermagem Profissional para “designar a profissionalização da enfermagem brasileira que se consolidou a partir da institucionalização do ensino, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery” Fica claro que, para esta autora, parece haver consenso na historiografia da enfermagem apontando como marco inicial da Enfermagem Moderna Brasileira, o ano de 1922 quando foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery.

Para Oguisso (2005, p. 103) a expressão enfermagem profissional pode ser compreendida como sendo:

aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato normativo, e que, ao término do curso, receberam um diploma e a titulação específica.

A partir da década de 30 houve uma expansão industrial no Brasil, levando ao processo de reorganização dos serviços de saúde. Na cidade de São Paulo, surgiu o Hospital de Clínicas, o primeiro no país que compreende um complexo hospitalar onde o sistema de internatos é mundialmente reconhecido, na época, como a melhor organização para a formação de especialistas na América Latina. Iniciando as obras entre 1923 e 1926, representava um valioso auxílio para a solução do magno problema de assistência hospitalar aos necessitados. Secaf e Costa (2007) contam que o edifício seguiu a mais moderna arquitetura da época. Construído em cimento armado tinha a forma de “H” geminado com uma área física de 4.600 metros quadrados, distribuídos em 11 andares, com capacidade para 1.200 leitos, 207 enfermarias, 17 salas cirúrgicas, 106 quartos de um a dois leitos, 125 conjuntos sanitários e 600 outras dependências. Foi inaugurado em 19 de abril de 1944, pelo interventor federal Fernando Corrêa da Costa, dentro das solenidades comemorativas do aniversário natalício do presidente Getúlio Vargas. Com a necessidade de um serviço de enfermagem organizado, verificou-se a necessidade de pessoal auxiliar capacitado. Este pessoal, por sua vez, passou a receber

treinamento específico, recebido nas escolas até então existentes, principalmente, no Rio de Janeiro e de outras que foram abertas.

Nos anos 50, ocorreu no país a criação de inúmeros institutos previdenciários, em função dos diferentes sindicatos, com uma variedade de atendimentos médicos. A cobertura de Enfermagem continuou a ser feita pelo pessoal dos próprios institutos, sobretudo nos ambulatorios, onde não se exigia qualificação específica. A contratação de pessoal ocorria mais por questões políticas do que pela qualificação, porque na época não havia claramente uma definição de atribuições dos elementos da equipe de Enfermagem.

Para Matsumoto (2010) esta institucionalização, portanto, estava submetida aos problemas de organização e funcionamento da sociedade e do Estado. Diante desta situação, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou, entre 1956 e 1958, um levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil para atender a uma demanda que surgia, solicitando informações das escolas de enfermagem do país bem como de alunos matriculados e diplomados, dentre outras questões. O que se observou foi a proliferação desordenada de escolas, sem considerar as necessidades regionais, além de ausência de um órgão controlador e fiscalizador. Ainda havia um número reduzido de candidatos para os cursos existentes, corpo docente deficiente em quantidade e em qualidade e grande diversidade de currículos de um curso para outro (CARVALHO, 1976).

Nos hospitais, entretanto, em função da moderna tecnologia, passava a ser necessário a contratação de pessoal mais qualificado, através de concurso público. Como consequência, os hospitais passaram a receber um maior contingente de pessoal. Verificou-se a necessidade de um disciplinamento do exercício da profissão através da criação da Lei nº 2.604/55, que disciplinava o Exercício da Enfermagem profissional.

A década de 60 assinalou grandes transformações na vida política, econômica e social do país, que passaram a interferir sensivelmente nos programas de saúde. Ocorreu a fusão do instituto de previdência num único órgão, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este passou a ser o maior comprador de serviços médicos. Com isto a prioridade passou a ser o tratamento curativo, em detrimento das medidas preventivas.

A tendência expansionista de cursos e instituições do ensino de enfermagem, para Matsumoto (2010) foi percebida a partir da década de 70. O crescimento de escolas era a solução apontada pelas entidades de enfermagem para suprir o déficit de enfermeiros no país. Acrescenta-se à isto uma política governamental de expansão de vagas e de acesso da classe média ao ensino superior, o que desencadeou, entre 1970 e 1985, o crescimento de 210% no quantitativo de instituições de graduação de enfermagem (MATSUMOTO, 2010).

Entretanto, este crescimento de instituições não se manteve constante e não teve correspondência na procura por vagas do curso nem tampouco na configuração da estrutura ocupacional da enfermagem. A década de 70, marcada pelo advento das Unidades de Terapia Intensiva, a evolução da medicina biomédica e da indústria farmacêutica alavancou o desenvolvimento do setor médico assistencial privado, o modelo hospitalocêntrico, sendo deixada como herança para a área de enfermagem uma polarização na assistência entre médicos e atendentes e um déficit de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Assim, Matsumoto (2010, p. 24) refere que “se, em 1956, os enfermeiros representam 11,3% da força de trabalho em enfermagem, no início da década de 80 esse percentual decresce para 8,5%”.

Nos anos 70 também foi criado o Sistema Nacional de Saúde. No período houve uma tendência para o atendimento especializado nos grandes centros urbanos, em função da alta tecnologia implantada nos hospitais. Neste sentido, a percepção clara em relação à formação oferecida pelas escolas de enfermagem vigentes no país era centrada no modelo biomédico de saúde, hospitalocêntrico, curativo, que será demonstrado no capítulo 3, conforme o relatório Flexner. Além disto, esta formação também atende aos propósitos do relatório Goldmark⁸, publicado em 1923, nos Estados Unidos.

⁸ Até 1890, nos Estados Unidos, o único objetivo da enfermagem era a perfeição no trabalho prático. Na virada do século, a enfermagem começou a buscar a sua autonomia profissional mediante a regulamentação profissional. No início do século XX, com o aumento da imigração, a ocorrência de endemias e epidemias, houve uma crescente preocupação governamental com a saúde, o que fez com que as agências governamentais e voluntárias crescessem. A enfermagem de saúde pública passou a ser o terceiro maior empregador de enfermeiras treinadas. Junto a esse crescimento da enfermagem de saúde pública, destacou-se, nos Estados Unidos, o movimento de saúde pública. Tal movimento junto ao interesse e atuação da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos e em outros países, tem como marco definitivo o desenvolvimento do estudo da educação em enfermagem, publicado em 1923, conhecido como Relatório Goldmark, pois havia uma educação muito abaixo do padrão considerado adequado, e por isso considerava-se perigoso a existência de um grupo livremente definido e desregulado de trabalhadores parcialmente treinados no mesmo campo onde um tipo mais altamente educado, a enfermeira, estaria atuando. Assim, o Relatório Goldmark propõe desde a definição de um nome adequado para este grupo, “auxiliar de enfermagem” ou “assistente de enfermagem”, como aspectos para

Apesar da Reforma Universitária, que segundo Gabrielli (2004), ocorreu entre 1964 e 1972 e foi regulamentada pela Lei nº 5540/68 com vistas à formação profissional de nível superior, à pesquisa e ao desenvolvimento das ciências, das letras e das artes, oportunizando assim, a revisão dos currículos tanto dos cursos de graduação em Enfermagem como nos de auxiliares, e a criação de um número razoável de cursos técnicos, associada às recomendações feitas pela Conferência Internacional de Alma Ata em 1978 de ampliação da cobertura de serviços de saúde ao maior número de pessoas possíveis, a Enfermagem continuou atuando predominantemente na assistência curativa, trabalhando nos hospitais, em detrimento da atuação preventiva, pois efetivamente o Estado estabelecia a política de saúde e regulava o mercado de trabalho.

E neste intervalo histórico, em 1973, foram criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) através da Lei nº 5.905/73. Autarquias Federais vinculadas ao Ministério do Trabalho, que vieram contribuir para a profissão, regulando, normatizando e fiscalizando tanto seus profissionais e os ocupacionais, como as instituições onde eles trabalhavam.

Em 1986, após muitos anos de pressão das lideranças da Enfermagem sobre os membros do Congresso Nacional, foi aprovada finalmente, a Lei nº 7.498 que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, em substituição a Lei 2.604/55, já ultrapassada. E em 1987 o Decreto nº 94.406 regulamentou a Lei nº 7.498.

Ferla (2010) demonstra em seu estudo que na década de 90, registrou-se um aquecimento no sistema educativo, com expressiva participação do setor privado e concentrado nas regiões Sul e Sudeste, podendo este crescimento estar atrelado à implementação do SUS, com expansão de postos de trabalho, principalmente na esfera municipal, e à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho dos enfermeiros. De forma geral, houve aumento de postos de trabalho em todo o setor saúde na década de 90.

A partir de 2000 aparece uma queda, pouco expressiva, mostrando que as vagas para a graduação vão sendo preenchidas, de 70% a 90%, nos quatro últimos anos (VARELLA *et al*, 2007), e hoje o que se percebe, considerando que ainda atuo na docência da graduação em enfermagem, é a dificuldade em completar as turmas com o número de vagas oferecido para dar início ao semestre letivo, mas esta é uma outra discussão, que foje aos objetivos deste estudo.

Vários estudos apontam, como por exemplo, Medeiros, Tipple e Munari (1999), Galleguillos e Oliveira (2001), Kletemberg e Siqueira (2003), Matsumoto (2010), Ferla (2010) e ainda a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (2010), que as escolas e os cursos para formação profissional na enfermagem foram institucionalizados por iniciativas governamentais brasileiras, diante da necessidade de alterar as condições sanitárias no contexto de expansão dos processos de industrialização e urbanização, além das pressões para implementar uma política de saúde no país.

daqueles que cobravam taxas e assumiam responsabilidades para quais suas qualificações não eram autorizadas; e, além de tudo, diferenciar estes profissionais das enfermeiras.

3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Antes de uma abordagem mais diretiva para as políticas de saúde, relevante e conveniente é apresentar uma breve explanação de como são elaboradas e emanadas as políticas públicas, no caso em questão, as políticas públicas de saúde no Brasil. Não tentando esgotar o assunto, mas apenas situando o leitor nesta área do saber, este capítulo apresenta conceitos de política de saúde, destaca os aspectos voltados à saúde, em geral, através de um breve percurso histórico pelo setor de saúde pública decorrentes das políticas públicas, discute sucintamente os diversos modelos de saúde e a abordagem mais específica do modelo biomédico de atenção à saúde, instaurado no Brasil, suas inovações para a saúde bem como o desencanto que este modelo desenvolveu.

As políticas de saúde pública, para Costa (1986), caracterizaram-se, a partir do início do século XIX, no Brasil, por se articularem aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais, e que as práticas sanitárias visavam o controle de um conjunto de doenças que ameaçavam a oferta de força de trabalho e para expansão das atividades econômicas capitalistas na cidade e no campo. Assim, escreve este autor, que se implantou uma “medicina de massas preocupada em assegurar condições mínimas de saúde a setores da classe trabalhadora” (COSTA, 1986, p.12).

Embora, nas sociedades capitalistas, o Estado esteja submetido aos interesses do capital, na organização e na administração do público, as políticas públicas são produto das lutas, pressões e conflitos entre os grupos e classes que constituem a sociedade. Uma definição desse tipo ressalta que as políticas públicas são sempre objeto de disputa entre diversos grupos, disputa que se estende à própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, deve ser alvo da ação regulatória do Estado.

Em outros termos, há uma agenda de problemas públicos, isto é, problemas que devem ser alvo de políticas públicas, agenda esta que é continuamente negociada, tanto no que concerne à eventual inclusão de um novo tema no conjunto

de problemas públicos, como no que se refere à sua importância relativa no interior da agenda. Da mesma forma que se pode falar em uma “agenda das políticas públicas em geral, pode-se falar em agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado nos mais diversos níveis de governo” (MARCOLINO, 2005, p. 23).

Capella (2006) destaca dois modelos de políticas públicas que são formuladas por agendas governamentais e como as alternativas se apresentam aos formuladores dessas políticas. São eles, o modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams model*) de Kingdon (2003) e o modelo de equilíbrio pontuado (*punctuated equilibrium model*), de Baumgartner e Jones (1993) (CAPELLA, 2006, p.9).

No primeiro modelo, para Kingdon *apud* Capella (2007), as políticas públicas são um conjunto formado por quatro processos:

o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas, a partir das quais as escolhas serão realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, finalmente, a implementação da decisão (CAPELLA, 2007, p. 1).

Baseada no modelo de Kingdon, a autora também revela que a agenda depende da convergência entre os fluxos problema, soluções e política, e que indicadores, eventos, crises e símbolos e ainda o *feedback* das ações governamentais, podem alterar a agenda política, e que fatores como “clima” ou “humor nacional”, as forças políticas organizadas, “exercidas principalmente pelos grupos de pressão” incluindo a mídia e as mudanças dentro do próprio governo são fatores que podem influenciar o fluxo político, porém o ator principal é o presidente (CAPELLA, 2007, p.12).

A pesquisa de Kingdon *apud* Capella (2007, p. 23) na área de saúde norte americana revelou que

os grupos de pressão, a opinião pública, as pressões do legislativo e das agências administrativas, os movimentos sociais, o processo eleitoral, entre outros fatores, determinam o clima político para a mudança da agenda governamental, podendo tanto favorecer uma mudança, como restringi-la (CAPELLA, 2007, p. 34).

O segundo modelo não parece ter muitas diferenças importantes em relação ao primeiro. Pelo que Capella (2006) explica, parece que a grande diferença está na

influência da mídia, pois esta, neste segundo modelo, direciona a atenção dos indivíduos, sendo fundamental à formação da agenda e, ainda os grupos de interesse desempenham papel ainda mais importante na definição das questões, em relação ao modelo anterior.

Reforçando a discussão sobre as questões relacionadas à agenda das políticas públicas apresentadas por Capella (2006) e Capella (2007), principalmente no que se refere aos grupos de interesse, Cohn (2003), chama a atenção para o fato de que a literatura sobre as experiências de participação de diferentes setores da sociedade no processo de formulação das políticas de saúde, cresce entre o final da década de 70 e o início da de 80, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde, ocorrendo uma marcante produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, que reforçando os estudos já existentes desde o início da década, criticavam o modelo vigente, denunciavam as más condições de vida da população e propunham alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. (SOARES E MOTTA, 1997).

Surge o Movimento Sanitário que, com base naquelas pesquisas e estudos, passa a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

O movimento de reforma sanitária era formado por estudantes de Medicina, professores universitários e sociólogos, surgiu inspirado na Conferência de Alma-Ata, e visava à melhoria das condições de saúde da população, bem como das desigualdades sociais.

Neste contexto de transição à democracia, surge um processo de reformulação da política de saúde que culminou com a proposta da Reforma Sanitária, processo então iniciado nos meados dos anos 70 tendo como liderança intelectual e política o então denominado "Movimento Sanitário" (SOARES E MOTTA (1997, p. 5).

Mas é com a falência do sistema de saúde, que Soares e Motta, (1997, p. 6) realçam que:

foi se delineando um novo projeto de democratização do setor saúde, via várias mudanças que foram sendo propostas e também com a participação do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e ABRASCO - Associação Brasileira Saúde Coletiva - e a criação do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Com a participação popular intensificada, em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios da Reforma Sanitária foram discutidos e sintetizados. Participaram desta conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. Ao término da conferência foi redigido um relatório final, onde, a comissão organizadora e demais membros e participantes apresentavam um relato consolidado das discussões realizadas no encontro, envolvendo a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial, e ainda afirmando que:

este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 03).

As propostas contidas neste relatório final foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90.

Dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ainda afirma em seu Art. 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda,

a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde através dos Conselhos de Saúde com a participação de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, bem como a representação dos vários segmentos sociais nas Conferências de Saúde, também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

3.1 O PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA

No Brasil, o cuidado prestado à saúde coletiva se desenvolveu como um processo histórico-dialético de vastas proporções, ocorrendo lentamente e de maneira conflituosa, abalando mais ou menos os quadros sociais e mentais de indivíduos e coletividades, desde os tempos do país colônia, passando pela chegada da corte portuguesa, até os dias de hoje. A assistência médica individual era privilégio das classes dominantes, que eram atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos médicos de família. A população em geral procurava assistência filantrópica através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira.

A assistência à saúde da população era dirigida apenas para os trabalhadores, principalmente através da legislação trabalhista e o marco para o início da Previdência Social através da promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A partir da Previdência Social no Brasil os trabalhadores recebiam atendimento através das caixas de previdência, ou então pagavam por serviços particulares, sendo fortalecida essa assistência à

saúde dos trabalhadores na Era Vargas, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Marcado por diversas crises o setor de saúde sempre foi preocupante principalmente para a população mais carente de assistência. O modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na Lei 6.229/75, como a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. As influências da Escola Norte-Americana, com o modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, instaurado principalmente na gestão tiveram profundas repercussões não só na formação dos profissionais de saúde, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde.

Neste período ocorre forte investimento de capital estrangeiro na nossa economia oportunizando a proposta desenvolvimentista, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado, com Juscelino Kubitschek, trazendo o modelo de saúde hospitalocêntrico, medicamentoso, curativo.

O previsto de extensão da cobertura aos serviços de saúde, na Lei 6.229/75, para a municipalização da saúde não prosperou. Tratava a lei da organização do Sistema Nacional de Saúde, com as competências do município, entre outras a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro e a vigilância epidemiológica. A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários.

3.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Modelo de atenção à saúde, no conceito de Paim (1999), é a forma de organização das relações entre sujeitos, profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologia, materiais e não materiais, utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas, danos e riscos, e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo proposto de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, quanto de vigilância em saúde, ambiental, epidemiológica e sanitária.

Os escritos de Mendes (1996) ilustram de forma mais clara e objetiva os modelos de saúde instaurados, e de acordo com tais escritos, no século XX o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista, desde o início do século até 1965, para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde.

O modelo de saúde tem uma determinação econômica e uma concepção de saúde que vige, na sociedade, num determinado momento. Enquanto a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Costa (1986) infere que no século XIX desenvolveu-se uma medicina essencialmente voltada para o espaço urbano e preocupada com a boa circulação do ar e da água, e que os serviços de saúde não foram criados para manter a saúde do comum dos habitantes, mas para intervir objetivamente sobre grupos sociais de trabalho cuja capacidade de trabalho era fundamental preservar, e ainda em “espaços econômicos cujas condições gerais de produção necessitavam ser aprimorados” (COSTA, 1986, p.36). Esses foram os principais eixos do modelo de intervenção de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

O sanitarismo campanhista tem uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, a microbiologia, que leva ao modelo explicativo monocausal,

segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro, e segundo Costa (1988) a organização sanitária foi viabilizada em contraposição à ameaça que a varíola, a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significavam para a força de trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. Instaura-se assim, nos ensinamentos de Costa (1988) os modelos institucionais de prática sanitária orientados pelos mais avançados conhecimentos desenvolvidos no campo médico-sanitário nos países capitalistas centrais.

O processo de industrialização acelerado no Brasil no governo de Juscelino, nos anos 50, determinou o deslocamento da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde com outros objetivos. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas, revela Mendes (2011), atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.

Pinheiro e Camargo Júnior (2000) ressaltam que o modelo de políticas sociais adotado neste período atrelou a atenção médica à previdência social, onde a assistência médico-hospitalar era apenas para a população vinculada ao mercado formal de trabalho, enquanto que as ações coletivas de caráter preventivo ficavam na responsabilidade do então Ministério da Saúde, através de programas de intervenção com características do modelo médico-sanitário.

Polignano (2010) lembra que os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos, com ideais anarquistas, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e assim procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

Surgiu, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da previdência social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, e que acabou por levar à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista, na metade da década de 60. Mendes (1996) relata que o modelo médico-assistencial privatista foi sendo instaurado, paralelamente, a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social, com as Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAPs) da década de 20 aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) dos anos 30 a 60, até o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), sendo este modelo médico-assistencial privatista institucionalizado em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, através da lei 6.229, que separava as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização do modelo médico, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Mendes (1996) ainda descreve que o modelo médico-assistencial privatista compunha-se de três subsistemas. Na base, um subsistema estatal, representado pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde se exercitava a medicina simplificada destinada à cobertura nominal de populações não-integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitário.

Já o subsistema hegemônico, conforme Mendes (1996), era o subsistema privado contratado e conveniado com a Previdência Social que cobria os beneficiários daquela instituição, com crescimento induzido por políticas públicas de terceirização da atenção médica.

O terceiro subsistema, citado por Mendes (1996), que começava a delinear-se e a implantar-se, aproveitando os incentivos do convênio empresa, é o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas.

As mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 80, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde.

Não se pode deixar de revelar a profunda crise do Estado expressa, no âmbito interno, pela crise fiscal, das relações econômicas e sociais e do aparelho do Estado e, externamente, pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa e pelo realinhamento dos blocos geopolíticos.

Nos anos 70, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, surgiram os primeiros projetos-piloto de

medicina comunitária. O processo de democratização, com projetos políticos diferenciados e com seus respectivos grupos de interesse, fez com que a discussão penetrasse no poder legislativo, ocorrendo simpósios sobre a política nacional de saúde, as conferências de saúde, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como os encontros nacionais de secretários municipais de saúde. “E o sistema, finalmente, acomodou-se” (MENDES, 2011, p.50).

Os relatos de Mendes (2011) demonstram que foram impostas novas responsabilidades a um Estado alquebrado e incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente, e exponenciado pela crise, a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos num sistema privado, o sistema de atenção médica supletiva.

Assim, ao final dos anos 80, com a criação do SUS, firmou-se um sistema plural de saúde, que para Paim *et al* (2011) é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados. Estes autores também afirmam que o sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado, com ou sem fins lucrativos, no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. “Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento” (PAIM *ET AL*, 2011, p. 19).

Para Mendes (2011) o sistema de saúde no Brasil é composto por três subsistemas, o subsistema de atenção médica supletiva, o subsistema de desembolso direto e o subsistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro subsistema, o de atenção médica supletiva, é um sistema privado, formado por cinco modalidades assistenciais, e que cresceu rapidamente a partir da segunda metade da década de 80, chegando a uma cobertura de, aproximadamente, 35 milhões de brasileiros.

O segundo subsistema, o de desembolso direto, os indivíduos e as famílias pagam diretamente de seus bolsos os serviços recebidos, favorecendo o campo da medicina liberal, que chegou a uma cobertura no ano de 1986, de 34% dos brasileiros com volume de faturamento de US\$2,07 bilhões. (MENDES, 2011).

Finalmente por último e na base, o subsistema público, o SUS, responsável por atender a grande maioria da população brasileira, e formado pelos serviços estatais diretamente prestados pela União, Estados e Municípios, bem como pelos serviços privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, através de convênios ou de contratos, e que recebem recursos estatais pela prestação de serviços. Assim, o SUS inclui serviços estatais e serviços privados pactuados com o Estado.

3.2.1 O modelo biomédico de atenção à saúde

Durante longo período de tempo, médicos e pacientes tiveram sua atenção voltada para o todo e a interação harmônica das partes. O novo modelo⁹ introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo ilustrativo o modelo mecânico como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo, o relógio e suas engrenagens.

Pinheiro e Camargo Júnior (2000) reforçam a informação de que a medicina científica assume papel de destaque nos modelos de intervenção social em saúde, tornando-se uma matriz hegemônica no planejamento e na organização da atenção à saúde, pois é portadora de uma racionalidade que norteia até os dias atuais o “modo de andar da vida dos serviços de saúde” (PINHEIRO E CAMARGO JÚNIOR, 2000, p. 107).

⁹ De acordo com Pagliosa e Da Ros (2008) em 1910 foi publicado um estudo que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*), considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a

O movimento de ruptura das antigas maneiras de conceber o organismo humano se deu com a anatomia e instaurou uma nova racionalidade médica. Nessa concepção, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina. Koifman (2001) enfatiza que este deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna de arte de curar indivíduos doentes para disciplina das doenças supôs uma passagem histórica que se iniciou no Renascimento, no final do século XV e início do século XVI, e de toda a revolução artístico-cultural então na época. Agora, o alvo do interesse médico passa da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, isto é, de uma abordagem biográfica para uma outra, nosográfica, com uma abordagem reducionista.

A visão mecanicista da racionalidade moderna proporciona a nova forma racional de pensar o mundo, a natureza e o corpo humano, sobre os quais é possível todo o conhecimento e intervenção. Nos ensinamentos de Pinheiro e Camargo Júnior (2000) a medicina é uma das pioneiras a incorporar esta forma de reestruturação de conhecimento, consolidando os ideais iluministas e assim, estabelecendo ao longo dos anos os parâmetros de convivência social e estilos de vida considerados adequados, participando ainda ativamente no planejamento e na execução de medidas de intervenção individual e coletiva, na resolução dos problemas de saúde. E a participação da medicina nas manifestações políticas sempre foi expressiva, principalmente no estabelecimento da organização social, e no atendimento ao novo modelo de produção capitalista, que exigia um novo tipo de indivíduo, o sadio.

Ocorreu, então, a transformação da prática clínica. Os hospitais passaram a ser organizados como espaço clínico de uma ciência das entidades patológicas. O corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas.

A saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas. Segundo Capra (2009) o modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo às leis naturais e psicologicamente perfeitas. Este modelo

pressupõe que a máquina complexa, o corpo, precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina, o que justifica as inspeções constantes.

No modelo biomédico as doenças são resultados ou de processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo. Segundo essa visão, doenças podem ser detectadas apenas por métodos científicos, não havendo espaço para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças.

Koifman (2001) baseando-se no currículo das faculdades de medicina no continente americano e na maioria dos países europeus conclui que o aprendizado das doenças se faz não pela observação da vida, mesmo que em corpos doentes, mas em corpos mortos, “traçando-se, a partir da visão da morte, os limites do trajeto da vida”, e que:

o ensino médico no Brasil e no mundo vem sendo analisado e debatido pelos profissionais da área médica e pelos meios de comunicação, pela sociedade em geral. Há, de certa forma, um consenso quanto à insatisfação no atendimento da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica (KOIFMAN, 2001, p. 50).

A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica.

As inovações que este modelo trouxe para o campo da saúde favoreceram inúmeros sucessos. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo com os estudos da anatomia e fisiologia, a descoberta de vacinas com a teoria microbiana e as descobertas da imunologia. Com a epidemiologia houve a possibilidade de intervenção sobre “as doenças pestilenciais” (BARROS, 2002), e ainda segundo este autor tantos outros sucessos impressionantes com o mapeamento do genoma

humano, a elucidação da estrutura do ácido desoxirribonucléico (DNA), e as conquistas da engenharia genética.

O excesso tecnológico, porém, passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como a interferência na relação médico-paciente, novos riscos, iatrogenias, níveis exagerados de especialização, institucionalização dos cuidados de saúde, aumento nos custos dos serviços, distorção na alocação de recursos no sistema de saúde, e o surgimento do complexo médico industrial. Para Barros (2002) quando o acesso ao consumo foi convertido no objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas. A eficácia e efetividade dessas tecnologias usadas neste modelo de saúde, e seu uso exagerado é confundido com seu grau de sofisticação, gerando o imaginário de garantia de saúde.

Ainda quanto ao excesso de tecnologia, Pinheiro e Camargo Júnior (2000) ressaltam o fenômeno da medicalização¹⁰ ao que foi submetida a população brasileira no início dos anos 20, e, intensificando-se nos anos 70, com a massificação da atenção médica como resposta do Estado à crise político-econômica. Com o processo de medicalização ocorreu ampliação da demanda através do aumento da oferta de serviços de assistência médica, na maioria com alto grau de complexidade, e Pinheiro e Camargo Júnior (2000) informam que este fenômeno parece vigir até hoje.

O fenômeno da medicalização, segundo Barros (2002) sofre impacto a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, transformando tudo em mercadoria, visando a produção do lucro, reforçando o complexo médico industrial tornando possível a mercantilização da medicina e implementando a indústria farmacêutica. Para quaisquer problemas, busca-se um remédio, reforçando o caráter de dominação mágica do mundo, atuando na fragilidade do ser humano com pressupostos técnico-científicos, dominando-o. Ainda que para quaisquer problemas se busque um remédio oferecido pela ciência, parece que os medicamentos

¹⁰ Para Barros (2002) a medicalização pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços de bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo, e que passa a considerar como doença problemas diversos, fundamentalmente de natureza econômica-social, demandando para sua solução procedimentos médicos, como exemplo algo

oferecem um “conforto moral, diminuem a sensação de insegurança, aliviam a angústia, preenchem vazios, enfim, ajudem a viver” (BARROS, 2002, p.6).

Para ressaltar o interesse da indústria farmacêutica neste fenômeno da medicalização, Paim *et al* (2011) afirma que o mercado farmacêutico brasileiro é dinâmico e informa que até 2013 espera-se que o mercado de medicamentos brasileiro seja o 8º maior do mundo, e que entre 1997 e 2009, os rendimentos da venda de medicamentos cresceram 11,4% ao ano, em valores atuais, atingindo R\$ 30,2 bilhões, dos quais 15% vieram da venda de medicamentos genéricos.

Nesse sentido, fica a lacuna do modelo biomédico, que, apesar da sofisticação e do avanço tecnológico, não consegue resolver problemas de ordem psicológica, social, afetiva-emocional e tantos outros, surgindo a necessidade das terapias alternativas ou complementares, reforçando os limites da tecnologia médica.

Considerando a interação como fundamental para o sucesso terapêutico, Barros (2002) afirma que o modelo em questão faz a divisão do indivíduo em pedaços, dificultando a valorização do todo. Tudo pode ser, em termos mecanicistas, vistos e manejados, tentando-se patologizar¹¹, por exemplo, uma ansiedade que surge na pessoa que será submetida a uma cirurgia cardíaca, ou ainda, que o paciente/doente morra curado de seu problema cardíaco, pois não se pode refletir a incapacidade do médico ou dos sistemas responsáveis pela manutenção da vida.

Capra (2009) mostra que na história da medicina ocidental, a conquista do poder por uma elite profissional masculina envolveu uma longa luta que acompanhou o surgimento da abordagem racional e científica da saúde e da cura, através do modelo biomédico. O resultado dessa luta foi o estabelecimento de uma elite médica quase exclusivamente masculina e a intrusão da medicina em setores que eram tradicionalmente atendidos por mulheres, como o parto. Essa tendência está sendo agora invertida pelo movimento das mulheres, elas reconhecem nos aspectos patriarcais da medicina mais uma das manifestações do controle do corpo das mulheres pelos homens, e estabeleceram como um de seus objetivos centrais a plena participação das mulheres na assistência à sua própria saúde.

fisiológico que passa a ser medicalizado, como os partos que poderiam transcorrer de forma natural e que passam a ser cirúrgicos.

¹¹ Barros (2002) informa que Taylor em 1979 criou o neologismo *diseasefication*, no sentido de tornar o saudável em doença, o fisiológico com patológico.

Apesar das práticas alternativas passarem a ficar um pouco abandonadas, isso foi necessário para a viabilização da medicina científica, que se firmou como eficaz porque era comprovada cientificamente, ao contrário das práticas baseadas no empiricismo ou no curandeirismo. A tecnificação do ato médico legitima o mecanicismo e o biologicismo retirando do processo de trabalho o componente não científico das relações humanas. A difusão da tecnologia contribui para a progressividade do uso da técnica científica em detrimento da percepção dos sentidos.

A concentração de recursos se deve às exigências da sociedade industrial e da lógica mercantilista na assistência médica. Os serviços e a tecnologia concentram-se onde há quem possa pagar por eles, e não onde eles são necessários. É uma das manifestações da ausência de regulação estatal e da concepção da saúde como mercadoria sujeita às leis de mercado, e sua consequência imediata foi a consolidação do espaço hospitalar como ambiente hegemônico da prática médica.

Pires (1989) ao analisar a conjuntura político-econômica e o quadro institucional da saúde, sobre o domínio das ações médicas, conclui que o complexo médico-industrial, na década de 1970, beneficiou-se tanto das políticas de saúde, apresentando um crescimento vultoso no âmbito dos suprimentos médico-hospitalares e equipamentos. O que seria explicado pela predominância das ações médicas, que, como detentores da ação terapêutica, do diagnóstico e do tratamento, retroalimentaram o sistema, do qual eram proprietários, com a produção de atos médicos, que, por sua vez, geraria uma demanda, contribuindo para a consolidação do capitalismo sobre a saúde.

O ato médico é o lugar de realização das mercadorias produzidas na indústria farmacêutica e na indústria de equipamentos hospitalares, e ressalta a atenção dos interesses do capital internacional. Surgindo também um complexo médico-industrial, determinante do aumento das grandes empresas internacionais, monopolistas, produtoras de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.

A prática médica e sua relação com o capitalismo, para Pires (1989) sempre esteve atrelada aos interesses do capital, de crescimento e expansão do setor industrial, demonstrando que o cuidado médico assumia a forma mercantil. A prática

médica, dessa forma, estaria imbricada no cerne do ciclo de acumulação e de reprodução do capital, o que ocasionaria, muitas vezes, um consumo iatrogênico.

Mendonça (2009, p. 68) afirma que as “atividades desenvolvidas no campo do setor saúde foram se modificando historicamente, influenciadas pela conjuntura global, e que foram se moldando ao avanço do conhecimento na área e às mudanças na estrutura social” e que nesse processo:

o médico se apropriou do saber de saúde, assumiu a gerência do trabalho em saúde, e passou a deter o controle do ato assistencial; isso pôde ser verificado quando, ao resgatar um pequeno momento da história das profissões da saúde, notamos que o controle de ensino destas escolas e do exercício profissional estavam sob o seu domínio (MENDONÇA. 2009, p. 68).

O desencanto com o modelo biomédico ocorre, pois, com o aumento das doenças crônicas degenerativas; com a crítica em relação assimétrica entre o médico e o paciente; a insatisfação do usuário dos serviços de saúde; a informação sobre o perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas, e tantos outros. E com a proposta de mudança deste paradigma, o poder médico estaria ameaçado se as ações de saúde se pautassem em atividades preventivas, uma vez que outros membros da equipe multidisciplinar de saúde seriam protagonistas destas ações, ressaltando a importância da multidisciplinaridade no atendimento à saúde, e tirando de foco as atividades médicas como absolutas no cuidado à saúde.

Escreve, porém, Capra (1982) que somos todos uma parte da teia imensurável e inseparável das relações, é nossa responsabilidade perceber as possibilidades do amanhã, pois antes de tudo somos os únicos responsáveis por nossas descobertas, nossas palavras, nossas ações, e os reflexos das mesmas no universo em que estamos inseridos, e na discussão sobre o papel dos mecanismos que regem o mundo, abordando a evolução do pensamento humano, passando por Descartes e chegando aos nossos dias, onde vemos os líderes, as pessoas socialmente aceitas como condutores, pensando unicamente de forma mecanicista, aplicando a forma mais simples de conduzir: o modelo cartesiano, onde dividimos o todo em partes, para estudando e entendendo cada uma, procurar entender o todo. Este entender para os políticos seria controlar, induzir, prever.

Nesta expectativa, não poupam o custo do sacrifício da vida, da existência, aplicada a uma parcela da humanidade presa pelas quatro paredes dos modelos econômicos mecanicistas, que independente do custo social, só pensam na validação econômica de suas teorias e negociações. Os sistemas existentes não encorajam a prevenção, só a intervenção, não consideram que só se constrói um modelo de sucesso no presente, se estimularmos o futuro. Chega-se a dedução de que precisamos adotar o modelo de intervenção colocado como feminino, nutriente, construtor, ao contraposto do modelo masculino basicamente dominador.

Tanto é assim que Koifman (2001) afirma que a medicina como ciência social implicava compromisso e redirecionamento econômico do Estado; e que esse modelo mecanicista com suas novas concepções, por sua vez, além de desonerar o Estado, responsabilizando os indivíduos por suas doenças, necessitava do desenvolvimento de equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista de desenvolvimento, mas a medicina social, vista como possível alternativa para o modelo excessivamente biológico e tecnológico, não aparece apenas no século XX, em função da especialização e tecnicização da medicina e dos problemas decorrentes dessa fragmentação. A mesma autora afirma que na França e na Alemanha, por volta de 1850, já se concebia a medicina como uma ciência social, e que entre os princípios afirmados estava o de que as relações entre saúde e doença e condições econômico-sociais deveriam ser submetidas à investigação científica.

Após a realização de seus estudos, Koifman (2001) concluiu que havia necessidade de efetuar mudanças nos sistemas de saúde e de educação, já que os profissionais formados por esses sistemas reproduziam deficiências constatadas pelo grupo de trabalho, tais como ausência de compromissos sociais com a população; formação excessivamente teórica, com ênfase nas especialidades médicas e em tecnologias de tratamento e de investigação diagnóstica de doenças, em detrimento do conteúdo humanístico e de promoção da saúde. Concluiu também, que o sistema de saúde não atendia às necessidades básicas de assistência médica da população e que pouca ênfase era dada ao preparo dos professores de medicina, bem como aos métodos de ensino-aprendizagem e ao seu papel educacional. O ensino era voltado para a doença, predominando aulas teóricas e demonstrativas, utilizando-se situações fictícias em detrimento de práticas reais. As disciplinas foram

consideradas excessivamente numerosas e compartimentalizadas; o hospital era valorizado como campo de ensino, e assim, seu trabalho sugeriu a reformulação curricular do curso de Medicina na Universidade Federal Fluminense em 1992.

O Modelo ideal de saúde, proposto pelo sistema público de saúde, ainda está longe de ser realidade, mas requer conhecimentos da área biológica, e não se pode eliminar o aspecto biomédico. É necessária a introdução de conteúdos de diversas áreas do conhecimento, como a da área de ciências sociais, para ser capaz de atuar nos problemas de saúde mais recorrentes da população brasileira, além do domínio das tecnologias, precisa transitar entre a dicotomia da tecnologia e o aumento das especializações, por um lado, e o aumento crescente do agravamento de problemas básicos de saúde da população, por outro; deve transitar ainda pelas diversas vertentes que interferem no processo saúde-doença e atuar no sentido de melhorar a qualidade de vida e de reduzir os níveis de adoecer, garantindo um padrão adequado de mudanças sociais e/ou comportamentais, com mais saneamento básico, educação, melhoria nas oportunidades de emprego e distribuição de renda, mas principalmente tendo como referência as pessoas e suas necessidades e não o modelo assistencial imposto pelo Estado.

4 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Este capítulo apresenta a abordagem histórica da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-o e analisando a crise na saúde, caracteriza a atenção básica à saúde e, descreve as estratégias criadas no país para a organização dos serviços de atenção primária à saúde.

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser entendido como um processo social em marcha. Não teve início, em 1988, quando se consagra do ponto de vista constitucional os seus princípios, nem termina com uma data predefinida. Como lembra Mendes (2011), as reformas sociais que ocorreram nos cenários democráticos são lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são evidentes nos regimes políticos considerados autoritários. Assim, o SUS, enquanto processo social, é construído conforme Mendes (1996) por diferentes atores e atrizes sociais portadores de projetos diversificados. Apresenta ainda uma dimensão ideológica, ao partir de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. E também uma dimensão tecnológica que exige a produção e a utilização de um conjunto de conhecimentos e técnicas para sua implementação. Como revela Mendes (2011), esse processo acontece no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação. As suas propostas são impulsionadas ao longo de muitos anos por movimentos sociais que são conhecidos pela denominação Reforma Sanitária Brasileira.

Na Constituição de 1988, é estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), vindo a ser regulamentado pelas Leis nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a de nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Assim, o SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes, e com ele o povo brasileiro conquista a participação popular. Com ele também aparece uma nova concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Em seus 24 anos de existência, o SUS tem estimulado o controle social dos serviços de saúde mediante a criação e o desenvolvimento de conselhos estaduais, municipais, distritais e locais de saúde. Surgindo em inúmeros municípios, esses conselhos mais ou menos conscientes começam a controlar o sistema de saúde. Apesar de que em muitos lugares esses conselhos sejam motivos de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional. O SUS abre um espaço privilegiado para construção de cidadania, como aponta o Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ou seja:

Direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da Saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde).

A afirmação, então, de que a criação do Sistema Único de Saúde foi uma das políticas públicas de saúde mais elaboradas já emanadas pelo Estado direcionada a todo brasileiro, é algo concreto. O SUS segue a melhor tradição de reformas democráticas, negociadas na sociedade. É ainda é um processo legal e legítimo e, também, um processo em marcha, inacabado.

Por meio dele, todos os brasileiros incorporaram-se como cidadãos da saúde, possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, e que até então eram submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou filantrópica. Os despossuídos, socialmente vulneráveis, adquiriram direitos e deixaram de ser

indigentes, apesar de não serem socialmente organizados e ainda estarem destituídos de voz política. São na sua maioria os que contam pouco no jogo político da formação de opinião, apesar de ganharem a cidadania na saúde.

Kleinert e Horton (2011) afirmam que o SUS tem duas linhas principais de atuação: o Programa Saúde da Família, que presta cuidados primários de saúde em 5.295 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país, realçam também que junto com intervenções de saúde pública, que começaram na década de 1970 e que, mais recentemente, implementaram políticas sociais relacionadas ao emprego e à transferência condicional de renda, os autores consideram que foi positivo o impacto do SUS, depois de vinte anos de sua criação.

4.2 A CRISE NA SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA UM NOVO MODELO DE SAÚDE

Cresce a consciência de que a crise da saúde nada mais é, na concepção de Mendes (2011, p.53), “que expressão fenomênica de causas mais profundas que tem raiz no modelo de atenção médica vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano”, e que sair da crise implica na transição de um modelo de atenção médica do paradigma flexneriano, biomédico, curativo, para um modelo de atenção à saúde do paradigma da produção social da saúde.

Trata-se de uma crise dos serviços de atenção médica, manifestada pela desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, caracterizada por filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, grevismo crônico, entre outros, mas que não surgiram como consequência do SUS; ao contrário, constituem problemas históricos em nosso país e são reflexos da crise do Estado brasileiro e da crise universal do paradigma flexneriano da atenção médica (MENDES, 2011).

E na concepção de Pinheiro e Camargo Júnior (2000) a crise se deve à permanência de modelos tradicionais na implementação de medidas de atenção à saúde, caracterizados nos elementos históricos e sociais, obedecendo a uma rotinização técnica e com inexpressiva participação dos atores envolvidos na execução, como as secretarias municipais e estaduais e a clientela dos serviços de saúde.

A crise de 1929 e a era Vargas trouxeram grandes dificuldades à saúde, pois, segundo Nunes (2000) pretendia-se consolidar um modelo de previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que a ampliação dos serviços de saúde e seguridade, fazendo com que os superávits dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) se tornassem um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a ser sócia do Estado nos investimentos de interesse do governo e a saúde deixa de ser prioridade.

No período de redemocratização os principais avanços em relação à assistência médica ficaram por conta da luta de alguns dos sindicatos, que pretendiam que os IAPs prestassem assistência a todos os associados, nivelando por baixo os recursos dos institutos. Ainda ocorre grande investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária à saúde, pois aquela era compatível com o modelo hospitalocêntrico, marcado pelo crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

O golpe militar atua diretamente sobre o Ministério da Saúde reduzindo as verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na década de 60, essas verbas caíram acentuadamente até o final da ditadura. Com o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o que marca a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, “chegando a representar menos de 1,0% dos recursos da União” (ACURCIO, 2005, p. 33).

As condições de vida da maior parte da população não pioraram, mas as condições de vida e saúde foram ficando cada vez mais difíceis e claramente percebidas pela população em todos os períodos históricos.

A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. O INPS dá prioridade a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o País; a organização e complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos diminuídos tradicionalmente destinados aos serviços públicos.

O milagre brasileiro teve uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa sobre uma proposta de medicina social e preventiva; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (ACÚRCIO, 2005).

Ocorreu também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Ocorreu, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população.

E é no início da década de 80 que ocorre a eclosão da crise da Previdência Social, que se refletiu em três vertentes principais, conforme os estudos de Grigório (2002), a crise ideológica com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

(PREV-SAÚDE); a crise financeira; e a crise político-institucional com o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

A crise da Previdência Social fez com que todos os recursos arrecadados mediante a contribuição sobre folha de salário fossem destinados, exclusivamente, ao pagamento de benefícios, não sobrando recursos para a saúde, “além da ineficiência alocativa dos recursos gastos em atenção médica, objetivo único da medicina previdenciária” (MENDES, 2011, p. 62).

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, conforme ensina Acúrcio (2005) manifestada, sobretudo, pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70.

Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. (...) A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição desses recursos tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo (ACÚRCIO, 2005, p. 35).

De acordo com Grigório (2002) o plano do CONASP, criado em 1981 para reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos, colocou como alvo a integração das ações de saúde, mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos racionalizadores. A reorganização do País em direção a um estado de direito desenvolveu-se lentamente, e com ele os planos de reformas nos modelos de atenção à saúde, sempre de forma conflituosa, até a criação do Sistema Único de Saúde, mantendo e aprofundando as suas ambiguidades, mas, também, reiterando, mais operativamente, os princípios da reforma sanitária determinados pela legislação.

Todas as mudanças no campo da saúde ocorriam conjuntamente com o avanço de uma crise fiscal e política do Estado, que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizção sociopolítica que a sustentou durante os anos de esforço pró industrializante e de fracassos sociais. Desse modo, tratou-se de impor novas responsabilidades a um Estado, que nas palavras de Mendes (2011, p. 50) estava “alquebrado e incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exacerbado pela crise”.

Esse quadro de crise do Estado é determinante do que se convencionou denominar de “universalização excludente” (MENDES, 2011, p. 50), em que a expansão da universalização do sistema de saúde veio sempre acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado.

Certamente que esses problemas agravaram-se em virtude da contemporaneidade do SUS com brutal e rápida diminuição de seu financiamento, no início de sua implantação, e para Paim *et al* (2011, p. 27):

a implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los.

Ainda nas palavras de Paim *et al* (2011, p. 11) “a implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico”.

No primeiro ano de existência do SUS, 1989, o gasto público federal em saúde foi da ordem de US\$ 11,3 bilhões, segundo Médice e Marques *apud* Mendes (2011), o que representou gasto per capita/ano de US\$ 80,32. A partir daí, esses gastos caíram para US\$ 9,4 bilhões em 1990, para US\$ 7,8 bilhões em 1992, até atingirem, em 1993, US\$ 7,5 bilhões. Isso significa que, no período crítico de implantação do SUS, os gastos federais, responsáveis por mais de 70% dos gastos públicos totais em saúde reduziram-se em 4,8 bilhões de dólares. No tocante ao gasto público total per capita/ano (soma de gastos federais, estaduais e municipais) a queda foi de US\$ 99,26 em 1989 para US 65,11 em 1993. Cabe acrescentar que essa brutal queda veio acompanhada da instabilidade de fontes e fluxos de financiamento, o que agravou, extremamente, um quadro, em si, já dramático. Tudo isso, junto com a incorporação ao SUS de milhões de brasileiros, resultado da universalização do sistema.

Por uma série de razões jurídicas e políticas, a saúde ficou sem fontes estáveis de financiamento e passou a depender, cada vez mais, do caixa do Tesouro Federal, num momento de estabilização econômica, em que a eliminação do déficit público constituía a prioridade de governo.

Como consequência, o fluxo financeiro do Tesouro para o Ministério da Saúde e, deste, para os prestadores públicos e privados, tornou-se completamente irregular, num momento de altíssima inflação. Isso determinou uma diferença entre recursos devidos e pagos, da ordem de 35,2% a menos, uma perda de US\$ 2,3 bilhões somente em recursos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), no ano de 1993 (MENDES, 2011).

Cabe revelar que enquanto os recursos diminuía violentamente, a produção de serviços aumentava quase na mesma proporção. Como exemplo, as internações hospitalares do SUS cresceram de 11,5 milhões em 1989 para 14,7 milhões em 1994. Os problemas de financiamento do SUS e a dificuldade de governança causada pelas incertezas dos fluxos financeiros constituíram fator perturbador para implementação de um processo de mudança do sistema de saúde no País. A esse fator econômico devem somar-se as turbulências política e moral vividas no Governo Collor.

A crise da saúde brasileira carrega as dimensões de uma crise universal e das características nacionais, acrescentando sua carga de emoção muito forte, contida numa visão fenomênica da crise e normalmente referida pela mídia como o “caos da saúde”. Existe sim grave crise na atenção médica, facilmente identificada nos hospitais e nos ambulatórios que atendem urgências e emergências, nas grandes e médias cidades brasileiras. Mas, a mídia nacional faz um sensacionalismo sanitário por onde se vem construindo, no imaginário social, a idéia do caos da saúde. A área da saúde é campo privilegiado para produção de “fatóides”¹².

O sensacionalismo ou a percepção fenomênica da crise da saúde brasileira e sua vinculação ao SUS é, em parte, na visão de Mendes (2011), construída pela forma como a mídia seleciona e difunde os fatos relativos ao sistema de saúde.

A conjunção desses fatores econômicos, políticos, comunicacionais e sanitários criou ambiente muito desfavorável à implantação do Sistema Único de Saúde, nos seus anos iniciais, sendo responsável por muitas dificuldades que estão na base do denominado “caos da saúde”, que tanto reforçado pela mídia com suas fortes emoções, mascara os ótimos resultados conquistados, obtidos e consolidados

¹² Expressão cunhada por Mendes em 1996 para expressar pseudo-acontecimentos, polêmicas ridículas, escândalos sem importância ou eventos espetaculosos que sustentam o cotidiano da mídia.

durante a vigência do SUS, além da erradicação da poliomielite, há outros resultados expressivos.

O sarampo está sob controle, a incidência de difteria, de coqueluche e de tétano acidental estão declinantes com a mesma tendência de queda nos casos de óbitos por tétano neonatal. A prevalência da hanseníase caiu ao mesmo tempo em que a oferta de poliquimioterapia aumentou. As atividades de controle vetorial da doença de Chagas permitiram redução em mais de 70% nas áreas de infestação, bem como diminuíram os casos de internação hospitalar por este agravo. Kleinert e Horton (2011) afirmam que nas últimas três décadas, a mortalidade infantil diminuiu em cerca de 6,3% ao ano e a expectativa de vida aumentou em 10,6 anos, a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007. É nítida a redução da freqüência das formas graves de esquistossomose e sua mortalidade. A raiva humana teve seu coeficiente de incidência reduzido.

As ações no campo da saúde mental, realizadas pelo SUS, são significativas. Foram criados vários centros de atenção psicossocial (CAPS), os quais oferecem atividades terapêuticas, de lazer e de recuperação, reduzindo assim o tempo médio de internação de cerca de cem dias em hospitais psiquiátricos, que eram o único recurso terapêutico disponível.

Ênfase também para o programa nacional de auto-suficiência em imunobiológicos, cujo programa teve início em 1985 e continuou seu desenvolvimento normal durante o período do SUS, através do qual ocorreu auto-suficiência na produção nacional de vacina contra a febre amarela, vacina BCG, vacina anti-rábica canina, vacinas contra meningites A e C, vacina dupla adulto, vacina anti-rábica humana, febre tifóide, toxóide tetânico e soros antipeçonhetos.

Para Paim *et al* (2011) a implantação do sistema de saúde, universal, no Brasil, iniciou durante um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, com perspectiva reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou ainda, que defendiam etapas intermediárias para atingí-los.

Apesar das limitações, na visão de Paim *et al*¹³ (2011, p.11) o SUS conseguiu melhorar amplamente o:

acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

Kleinert e Horton (2011) ressaltam que apesar de muitas conquistas, é necessário reconhecer os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. Afirmam que a insuficiência de investimentos, a corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental também estão na lista de problemas e que o principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa.

Encontram-se na área de saúde 1,5 milhão de profissionais registrados nos seus respectivos conselhos profissionais. Conforme Kleinert e Horton (2011), estão empregados no SUS:

52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Além disso, são oferecidos 3.493 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, com 185 faculdades de medicina abrigando 97.994 alunos. A força de trabalho ideal para atendimento no SUS, ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde, não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema. Essa disparidade é em parte decorrente da autosseleção. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação a iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes. No entanto, pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior. Assim, a questão-chave para a saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino, humanístico, profissional acadêmico do pessoal da saúde (KLEINERT E HORTON, 2011, p.6).

¹³ Jairnilsom Paim *et al* no texto "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios" publicado em The Lancet 2011 examina a organização, o desenvolvimento histórico e o estado atual do sistema de saúde brasileiro.

4.3 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Iniciada a reorganização de um sistema de saúde, público e universal, nos anos 90, no Brasil, surge o termo “atenção básica em saúde”. O objetivo foi caracterizar a atenção à saúde, de primeiro nível, e definindo-a como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Conforme atenta a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP Fiocruz, 2009), a atenção básica proposta nesta época, referia-se apenas o primeiro nível, sem apontar a integração ao sistema de saúde, e não implicava em um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção ou calcada apenas na resposta ao pronto atendimento da demanda espontânea ou com base nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde.

Segundo a Portaria 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, além de ser

um espaço de construção de cidadania¹⁴. Victora *et al* (2011) afirmam que a implantação do SUS ocorreu paralela a uma importante descentralização do sistema e resultou na expansão do acesso aos serviços de saúde, especialmente da atenção básica, com a Estratégia de Saúde da Família, o que levou ao aumento expressivo de cobertura, com efeitos positivos referentes à redução da mortalidade infantil e demais faixas etárias, além de reduções nas internações desnecessárias.

No Brasil se busca organizar um sistema universal centrado na atenção primária, enquanto que, em outros países, prevaleceria a atenção seletiva e a implementação de estratégias de financiamento menos equitativas (VICTORA *ET AL*, 2011), no sentido de atender às diferentes camadas sociais. Desse ponto de vista as políticas públicas não devem se limitar a combater focos ou endemias, ainda que isso continue sendo útil e necessário, mas devem procurar, principalmente, melhorar a qualidade geral de vida da população. Melhorar a moradia, o transporte, o saneamento, a qualidade do ar e da alimentação, o acesso aos serviços públicos não só de saúde, mas também de educação, além de garantir emprego e renda. Tais propostas seriam importantes políticas públicas a serem cobradas como essenciais ao exercício do direito à saúde e mostram o quanto a questão da saúde é complexa dentro do contexto de democracia. Assim, no conceito de Gómez (2000) passa-se a definir o cidadão como um consumidor racional soberano, que tenha acesso ao conjunto preferido de bens públicos através do contrato ou da eleição, e eu acrescentaria a esse conceito a eleição de governos capazes de garantir a realização de tais políticas públicas.

No final dos anos 70, surgiram movimentos que desencadearam no mundo expectativas por uma nova saúde pública. Dentre os movimentos, um passou a ser referência mundial e foi denominado de Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Segundo Paim (1999), os principais pontos de compromisso dessa Conferência foram promover saúde a todos, melhorando a qualidade de vida;

¹⁴ Esta construção de cidadania se dá por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, com a formação de atores sociais, cujos sujeitos portadores de demandas e reivindicações, são mais do que meros participantes sociais ou titulares de poder político, estabelecendo assim, o controle da cidadania sobre os sistemas de saúde.

diminuir as desigualdades sociais; promover a participação popular no que diz respeito à execução dos cuidados de saúde; responsabilizar os governos pela saúde e estes organizarem os sistemas de acesso à atenção primária, de forma que estivessem ao alcance de todas as pessoas, com um custo sustentável pelos países; e por final destacar a necessidade de intersetorialidade na promoção de saúde e afirmar que a capacitação da comunidade pela educação seria um ponto fundamental.

Como já abordado anteriormente, o movimento da reforma sanitária, inspirado na Conferência de Alma-Ata, em 1978, defendia o acesso universal aos serviços de saúde, patrocinado pelo governo. Além disto, os tratados internacionais e as constituições dos Estados modernos definem a saúde como um direito do cidadão. A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata, atribuía a todos os governos a tarefa ambiciosa de alcançar saúde para todos, o que fortaleceu a luta dos movimentos de reforma sanitária pelo direito à saúde.

A partir desse movimento de reforma, em 1986 foi realizada no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com o objetivo de formular bases para um sistema público de saúde brasileiro. Nessa conferência, havia integrantes de toda a sociedade, dentre eles, políticos que fizeram parte da formação da Constituição Federal de 1988, e através desta, nos seus artigos 196 e 198, reformularam-se as estratégias de saúde no país.

O artigo 196 destaca a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e o artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação popular. Para Paim (1999), a mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em, pelo menos, três dimensões ou espaços de transformação, o político-jurídico, o político-institucional e o político-operacional. As duas primeiras dimensões dizem respeito ao conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema, contemplando a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado.

O SUS como resultante de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde surge como um novo modelo de atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o antigo modelo clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, de configurar e definir este novo modelo de atenção, que acaba por demandar uma reestruturação na formação dos profissionais de saúde a fim de adequar a mão de obra às necessidades deste novo modelo de saúde.

Após a criação do SUS, algumas estratégias foram formuladas no sentido de colocá-lo em prática, como é o caso da criação dos distritos sanitários, dos sistemas locais de saúde e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Passaram-se mais de vinte anos da criação do PACS e, a partir dele, houve redução de alguns indicadores de morbi-mortalidade, além da melhora referente à prestação de serviços, tendo como indicadores a redução da mortalidade infantil, o aumento ao acesso da população às unidades, o incremento da cobertura vacinal das crianças, o maior incentivo ao aleitamento materno, a redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal. Victora *et al* (2011, p. 92) informam que um inquérito realizado em 2008 mostrou que 93% dos brasileiros que procuraram atenção a saúde conseguiram obtê-la e várias intervenções na atenção materno-infantil estão perto de atingir cobertura universal, sendo implementadas na estrutura básica de saúde.

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que em 1998 passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Inicialmente voltado para a extensão de cobertura assistencial focalizada em áreas de maior risco social, o PSF adquiriu centralidade, aos poucos, na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, visando reorientar o modelo assistencial e imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ENSP FIOCRUZ, 2009).

O PSF foi a principal, senão a mais importante das estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde, e surgiu com o princípio de ser o elo entre a

população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças, e tentando despertar a sua participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também, atuando junto aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

4.3.1 As estratégias de saúde

Sendo a equipe formada basicamente por um Enfermeiro para até 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o PACS com seus atores participam, segundo Costa e Silva (2004), na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado na promoção de saúde, e a percepção desses agentes em relação à realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

A criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério de Saúde foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre as comunidades e os serviços de saúde, o agente comunitário de saúde (ACS) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Costa e Silva (2004) descrevem que a partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Após um certo tempo, o trabalho em equipe multidisciplinar justificou-se devido à necessidade de aumentar a cobertura dos serviços e desenvolver ações para reverter a situação epidemiológica de algumas doenças mais prevalentes, como enfatiza Costa e Silva (2004).

O trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Nesse contexto, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) e os ACS passaram a fazer parte desse programa.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), e não mais como programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização no espaço político-operacional. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e implanta inicialmente o PACS e posteriormente o Programa Saúde da Família, que passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde.

A origem do PSF teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal brasileiro aos municípios para implementar a atenção básica. A ESF é tida como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, encontram, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio.

Em 2004, a saúde no Brasil foi marcada pelos dez anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família. São mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas por quase 19.200 equipes, na maior parte dos municípios brasileiros, segundo o V Informe da Atenção Básica (2004). Isto também decorre da atuação do Departamento de Atenção Básica, que foi criado em 2000 para consolidar a Estratégia de Saúde da Família.

Com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, a ESF como parte do processo de reforma do setor da saúde, passa a ser uma política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva.

Percebendo a expansão da ESF que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, foi baixada a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS, universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do SUS, a ESF tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

Esta Portaria recomenda que cada equipe assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes, e que cada agente comunitário, aproximadamente, atenda entre 200 a 250 famílias, dependendo da densidade

populacional e da facilidade de acesso à Unidade de Saúde da Família, responsabilizando-se por uma micro-área onde residam de 440 a 750 pessoas.

Ainda conforme a Portaria 648/2006, a Equipe multiprofissional de Saúde da Família é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

As Equipes de Saúde da Família devem possuir minimamente consultório médico e de enfermagem, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da unidade básica de saúde.

Para o caso do Espírito Santo, Cruz (2007) relata que a implantação da ESF como estratégia para a organização da atenção primária iniciou em 1998 com 26 equipes de saúde da família, sendo essa cobertura ampliada gradativamente, apresentando-se até 2006 com 470 equipes implantadas. Ainda aponta Cruz (2007) que, em Vitória, a primeira equipe da ESF iniciou seus trabalhos no bairro Resistência em 1998, sendo composta por 05 ACS, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 assistente social e 01 sanitaria. Até 2006, a cidade de Vitória encontrava-se com 72 equipes de saúde da família e 38 equipes de saúde bucal atuando em 20 Unidades de Saúde da Família (USF). Apresentando-se assim, com 59,33% de cobertura da ESF, cálculo feito com base populacional de 320.824 habitantes (IBGE, 2006)¹⁵.

¹⁵ Destaca-se que a cobertura total de PACS e ESF era de 69%, e Cruz (2007) ainda ressalta que o município tinha como meta para o ano de 2008, implantar 100% da ESF em todo o município.

Vale ressaltar que em Vitória, ainda pelas informações de Cruz (2007), a conversão das unidades básicas tradicionais em USF ocorreu de forma gradual, com um processo de transição nos quais os profissionais da unidade básica foram sendo gradativamente substituídos. As unidades de saúde foram estruturadas com equipes compostas de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O município optou em inserir outros profissionais de saúde nas equipes de saúde da família, como assistentes sociais, psicólogos, pediatras e farmacêuticos, a fim de fortalecê-las, buscando uma maior resolutividade das ações de saúde.

Com relação à situação no país, Cruz (2007) também destaca que, nos primeiros anos da implantação da ESF a adesão foi maior em municípios de pequeno porte, sobretudo no Nordeste do país, onde a carência de serviços assistenciais de saúde era mais acentuada. A ampliação da cobertura em municípios acima de 100 mil habitantes só ocorreu a partir de 2000, em parte decorrente da ênfase dada ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

O PROESF teve início em 2003, com propostas de mudanças na dinâmica da estratégia, viabilizando recursos para estruturação das equipes/unidades com ênfase na ampliação e na agilização das ações de capacitação de recursos humanos e, também, na busca para integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do SUS, aperfeiçoando tecnologias de gestão. Esse projeto visa a ampliar e a reestruturar iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos. Sua estruturação ocorre em 03 componentes técnicos: o primeiro componente apóia a conversão do modelo de atenção básica à saúde, como eixo de estruturação da porta de entrada do sistema; o segundo busca reforçar a política de recursos humanos para o fortalecimento da ESF, e o terceiro sustenta a estruturação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O V Informe da Atenção Básica (2004) registra que o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com o objetivo de

apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes.

O prazo de execução financeira do Acordo de Empréstimo da Fase 1 do PROESF findou em 2007, sendo que o empréstimo foi finalizado com 99,87% de seu montante total desembolsado, o que denota excelente execução financeira. Traz ainda o V Informe (2004) que a análise da evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no final do primeiro ano de implantação em 2004, mas, apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada.

De acordo com a análise da evolução da população coberta pela ESF no Brasil, a Radis (2004) informa que de dezembro de 2002 a abril de 2004, a ESF cresceu 66%. Os números apresentados pelo Departamento de Atenção Básica referem que em 2000, foram implantadas 8.604 equipes de Saúde da Família; em 2001, esse número saltou para 13.168; em 2002, para 16.698; em 2003, para 18.016. Agregaram-se também às equipes de Saúde Bucal que, de 2001 a 2003, foram ampliadas de 1.457 para 4.820. Assim, em 2004, no ano da publicação da Radis eram 19.943 equipes atuando em 4.565 municípios, mais de 188 mil agentes comunitários de saúde presentes em 5.175 municípios e mais 7.131 equipes de saúde bucal implantadas em 2.944 municípios, até abril de 2004.

A ENSP Fiocruz (2009) também ressalta que o PSF expandiu-se em todo o país sob forte e contínua indução do Ministério da Saúde, atingindo, em dezembro de 2008, cerca de 94% dos municípios brasileiros, com 29 mil equipes e cobertura populacional de 48% (92 milhões de habitantes), apesar das grandes diversidades e das enormes disparidades inter e intrarregionais e as enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

Cruz (2007) reforça que são 208 mil ACS com cobertura populacional de 58,4%, o que corresponde a um atendimento de aproximadamente 103,5 milhões de pessoas.

Mas os números da Atenção Básica e da Saúde da Família, divulgados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2011), alcançados em relação às equipes de saúde da família, contam 19 mil equipes implantadas em 4,4 mil municípios em 2003 com uma cobertura de 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas, com investimento neste ano na ESF de R\$1.662,80 milhões. Já em 2009 foram 30.328 equipes implantadas em 5.251 municípios cobrindo 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas, com investimento do ministério da Saúde em 2008 na Estratégia de Saúde da Família de R\$ 5.698,00 milhões.

Na Política Nacional de Atenção Básica a Saúde da Família é assumida como estratégia prioritária para a organização e implantação do modelo brasileiro de atenção primária em saúde que incorpora, também, os elementos de centralidade na família e de ser direcionada para a comunidade (ENSP FIOCRUZ, 2009). Contudo, ainda que a atenção básica tenha ampliado seu escopo, como mostrado acima, e a Estratégia Saúde da Família tenha conseguido estender o acesso da população à atenção em saúde de primeiro nível nos últimos anos, sua implementação obedeceu a modelos diferenciados e a ampliação de cobertura, nem sempre correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela ESF como o estabelecimento de porta de entrada para o sistema de saúde, a formação de vínculos entre os profissionais e a população do território, a integração dos serviços de saúde em uma rede assistencial resolutiva, e ainda garantindo a integralidade da atenção. Desafios ainda persistem.

5 REGULAMENTAÇÕES EM TORNO DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Este capítulo aborda as mudanças que ocorreram nos currículos de formação dos profissionais enfermeiros, até a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e a adaptação da formação de enfermeiro ao modelo de saúde proposto pelo SUS, discutindo tais mudanças bem como as que foram implementadas por conta da reorganização do sistema de saúde no país.

A década de 20 encerra com apenas uma escola oficial de enfermagem, a Escola de Enfermagem Anna Nery, funcionando até então através de decretos. Medeiros, Tipple e Munari (1999) lembram que, em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde e que a Constituição de 1934 estabeleceu a necessidade de elaboração de um Plano Nacional de Educação que coordenasse e supervisionasse as atividades de ensino em todos os níveis do país e, na Constituição de 1937, é introduzido o ensino profissionalizante.

O crescimento no ensino da enfermagem nas décadas de 30, 40 e 50, para Medeiros, Tipple e Munari (1999, p. 8) “aconteceu a partir de uma realidade social definida, num contexto de acelerados processos de urbanização e industrialização, das quais as políticas educacionais de saúde eram reflexos”. Assim, a expansão do ensino na área de enfermagem atendia ao aumento da demanda dessa nova categoria profissional, impulsionada principalmente pelo ritmo de urbanização existente e pela demanda em favor da modernização dos hospitais, conforme abordado anteriormente.

Galleguillos e Oliveira (2001) ressaltam que a ABEn preocupou-se com a educação profissional da enfermagem desde sua criação e assim permanecendo esta preocupação 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 (Reben). Carvalho (1976) afirma que, em 1945, foi criada a Divisão de Ensino de Enfermagem, posteriormente designada Divisão de Educação, visando à organização do ensino de enfermagem quanto ao currículo teórico mínimo e a duração dos estágios e

estabelecendo normas para a formação de auxiliares de enfermagem, o que contribuiu para a elaboração e a discussão do projeto que deu origem à Lei nº 775/49 que regulamentou o ensino de Enfermagem, e segundo Gabrielli (2004, p. 16) o “reconhecimento das escolas de enfermagem passou a ser feito pelo Ministério da Educação e não pela equiparação com a escola Anna Nery”.

5.1 O CURRÍCULO DE 1949

A exemplo do currículo norte americano, Carvalho (1976) afirma que o currículo¹⁶ de 1949 continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem, adotando, assim, o paradigma norte-americano, mas sem dispor dos mesmos avanços tecnológicos e vivenciando outra realidade. Para Galleguillos e Oliveira (2001, p.82), o Currículo de 1949 se caracteriza por ser um currículo “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”. Ainda o baixo nível de conhecimento das candidatas, provocava elevado índice de reprovação devido à dificuldade de acompanhar os estudos. Sendo assim, o VII Congresso Nacional de Enfermagem, em 1954, promovido pela ABEn, recomendou a seleção através do vestibular e o uso de testes psicotécnicos para avaliar as condições das ingressantes (CARVALHO, 1976).

Em 1957, segundo Galleguillos e Oliveira (2001), a subcomissão de Diretoras de Escolas de Enfermagem e Obstetrícia se reuniu para discutir a integração da formação de enfermeiras e obstetrizes. A obstetrix integrante da subcomissão não concordava com o ensino de obstetrícia nas escolas de Enfermagem, constituindo um curso único. Deste encontro, os relatórios realizados pela ABEn previam três

¹⁶ Para Duarte (2011) o currículo atua na modificação e caracterização dos acadêmicos que estão inseridos no cumprimento das disciplinas preconizadas pelo curso, e é tido como um conjunto de jogos de forças, pois está baseado nas relações existentes entre as disciplinas, devido aos significados que representa no contexto social ou político.

níveis de formação para a enfermagem: superior, formando enfermeiras obstetrizas; médio, formando o técnico de enfermagem em curso de duração de três anos, com acesso ao nível superior; e elementar, formando o auxiliar de enfermagem.

5.2 A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

Gabrielli (2004) afirma que em dezembro de 1961, foi promulgada a Lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior, faltando discutir as diretrizes do ensino de enfermagem, ao que dependia a determinação da duração e o currículo do curso. Finalmente, foi proposto, segundo Carvalho (1976), um curso com duração de quatro anos, com nove cadeiras de enfermagem e onze disciplinas, sendo recomendados os concursos de ingresso e cursos de pós-graduação.

O modelo profissional formado nesta proposta prevalecia a imagem de abnegação e dedicação junto ao paciente; a responsabilidade de coordenar todas as ações necessárias ao cuidado do doente, a de administrar e supervisionar, e ainda de ser especialista em todas os campos da enfermagem e “mero coadjuvante do médico” (GABRIELLI, 2004, p. 17).

5.3 O CURRÍCULO DE 1962

Em 1962, o Parecer CFE nº 271/62 fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem, com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem nomeada pelo Ministro da Educação (MEC), da ABEn e das 19 Escolas de Enfermagem do país. O Currículo mínimo de 1962 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. O que vem caracterizar o enfoque hospitalocêntrico e curativo da formação profissional.

Carvalho (1976) contribui informando que apesar da Comissão de Peritos de Enfermagem, uma comissão do CFE, composta de três médicos, apresentou sugestões que resultaram no Parecer nº 271/62 que regulamentou o currículo mínimo de enfermagem, reduzindo a duração do curso para três anos, introduzindo especializações num quarto ano optativo e eliminando a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública do currículo mínimo. A exclusão desta disciplina restringiu ainda mais a formação da enfermeira, voltada somente ao atendimento individual e curativo, hospitalar, reduzindo a possibilidade das alunas entrarem em contato com as disciplinas de saúde pública durante a graduação.

Várias discussões permearam este parecer quanto ao tempo do curso de graduação em enfermagem. A Comissão de Educação da ABEn elaborou inúmeras propostas para revisão do currículo mínimo, aumentando o tempo de curso e incluindo a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública. Este fato aponta para pelo menos uma intenção de mudança de concepção do modelo de saúde.

Duarte (2011) ressalta que o modelo de reforma sanitária que emerge no país na metade dos anos 70 modifica a saúde no Brasil. conforme já abordado, as transformações contemporâneas e subsequentes ao regime militar ocorridas no setor saúde, com críticas ao modelo instalado, hospitalocêntrico, biomédico, curativo, exigia um sistema de saúde com outras características, inclusive viabilizando a participação popular em todos os âmbitos da saúde, o que também interfere na formação dos profissionais de saúde, em especial, por ser objeto deste estudo, os profissionais de enfermagem, em particular, com formação superior.

5.4 O CURRÍCULO DE 1972

Gabrielli (2004) informa que o Currículo de 1972 já atendia ao proposto na Reforma Universitária, mas em consonância com um modelo econômico favorável ao consumo desmedido de medicamentos, bem como a indústria de equipamentos médico cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde, Galleguillos e Oliveira (2001) colocam que, o Conselho Federal de Educação reformulou o currículo mínimo de enfermagem, através do Parecer CFE nº163/72 criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa.

Esta reformulação deixa nítida a necessidade de o enfermeiro conquistar as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, visto que a profissão médica precisava de uma enfermagem especializada, para a abordagem médico cirúrgica, visando atuarem na assistência curativa, mas a criação da especialidade em saúde pública, de forma optativa não retrata a necessidade de uma verdadeira alteração do modelo de saúde, e ainda a especialização, neste novo Currículo de 1972, ocorria durante a graduação, prejudicando a formação mais abrangente, não onerando, contudo, o sistema de ensino, enquanto que, se a especialização ocorresse em nível de pós-graduação, os recursos seriam maiores (RIZZOTTO, 1999).

Consultando os autores já citados neste estudo, a percepção que se tem de toda a legislação sobre os cursos de graduação em enfermagem, principalmente através do estudo de Rizzoto (1995), abordando o ensino de 1923, e os estudos de Galleguillos e Oliveira (2001), Duarte (2011) sobre os currículos mínimos de 1949, de 1962, 1972, a formação do enfermeiro sempre esteve centrada no modelo biomédico, ressaltando o relatório Flexner e de Goldmark. Parece, também, que o próprio desenvolvimento do modelo econômico capitalista no país aponta para a necessidade de mudanças na formação destes profissionais, como será apresentado nos capítulos posteriores, quando vislumbrando a crise da saúde, na qual o Estado enfrenta os problemas atuais de saúde com os mesmos moldes de problemas anteriores, não se resolvendo a crise histórica instaurada, que clama por novas propostas para solução.

No entanto, não se pode deixar de contextualizar este momento de alterações da formação do profissional enfermeiro, visto que a crise econômica e política que

atingiu de forma expressiva a área da saúde passou a fazer parte dos debates que desencadearam na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como na definição de novas diretrizes educacionais para a enfermagem, abordando conteúdos que proporcionassem o exercício de novas atribuições para atender as necessidades sociais. As críticas a este currículo de 1972 só se intensificaram, destacando-se a exclusão do ensino da saúde pública. Galleguillos e Oliveira (2001, p. 84) contam que “mais uma vez, é a Comissão de Educação da ABEn que vai plasmar e veicular a concepção de educação a ser adotada” e que “diferentemente do que ocorreu em momentos anteriores, a concepção de educação veiculada pela comissão vai estar comprometida com a construção da contra-hegemonia na enfermagem”.

Gabrielli (2004) enfatiza que as atribuições para o enfermeiro formado nesta proposta são identificar as necessidades básicas do doente; diagnosticar problemas de enfermagem e planejar o cuidado a ser prestado; ensinar e supervisionar pessoal auxiliar; orientar paciente, família e grupo da comunidade; participar de programas de proteção, prevenção, e recuperação da saúde; organizar e administrar serviços de enfermagem; assim como seu ensino e realizar pesquisas.

Com os inúmeros avanços ocorridos na década de 80, inclusive para a enfermagem, um marco muito relevante foi a aprovação da Lei nº 7498/86, em substituição a Lei nº 2604/55, trazendo novas disposições para o exercício profissional, reconhecendo e regulamentando a categoria do enfermeiro, do técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e da parteira, identificando-se com as propostas dos movimentos sociais para o novo modelo de saúde, e ainda em relação à dimensão tecnológica, às competências e habilidades propostas nos novos currículos.

5.5 O CURRÍCULO DE 1994

Após tantos debates que tiveram um percurso de mais de vinte anos, a partir da reformulação do currículo mínimo de enfermagem através do Parecer CFE

nº163/72, a construção coletiva de novas diretrizes para o ensino de enfermagem, em 1994, representam o maior intervalo para reformulação do ensino de enfermagem. O Conselho Federal de Educação, através do Parecer nº314/94, reformulou, mais uma vez, o currículo mínimo. A carga horária mínima, segundo Gabrielli (2004), passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo as 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvido sob supervisão docente, assegurando a participação do enfermeiro atuante nos serviços de saúde no ensino através de propostas de integração docente-assistencial. Os conteúdos referentes à Saúde Pública, excluídos do currículo mínimo de 1972, retornaram como Saúde Coletiva, mas se manteve a subdivisão em especialidades médicas, deixando clara a dificuldade de ruptura com o modelo flexneriano, biomédico, curativo, individual e hospitalocêntrico que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil.

A Constituição Federal declara que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, com ações e serviços públicos que integrem uma rede hierarquizada e regionalizada e constituem um Sistema Único” (BRASIL, 1988). Assim se retrata o resultado da proposta da reforma sanitária, em relação ao direito à saúde, conforme já discutido anteriormente, quando os movimentos sociais manifestavam o desejo de acesso à saúde pública para todos, independente de vínculos de trabalho ou associações e instituições de saúde. E diante das mudanças ocorridas durante a trajetória histórica da saúde e do país, novas discussões também foram surgindo, envolvendo o processo saúde-doença e as formas de abordá-lo; a educação superior, em particular as graduações da área da saúde, que também passavam a necessitar de adequações ao novo modelo de atenção.

5.6 A NOVA LDB E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Finalmente, em dezembro de 1996, após um longo processo de debates e negociações, foi promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/96, que atribui a responsabilidade da educação à família e ao Estado, já contemplada na LDB de 1961. Em relação à educação superior, a nova LDB reforçou a atual tendência profissionalizante, muito discutida. Matsumoto (2010) enfatiza que visando a atender às exigências apresentadas na nova LDB, são formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde. No caso específico da enfermagem, é aprovada a Resolução CNE/CES nº 03/2001 que institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, numa tentativa de ruptura com o modelo de currículo mínimo obrigatório.

A aprovação dessas Diretrizes configura a formação do profissional enfermeiro voltada para o sistema de saúde vigente no país, o SUS, buscando o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos capazes de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade (BRASIL, 2001). Esta resolução também determina que o enfermeiro tenha “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” e que seja um “profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos”. Ainda deve ser destacado que este profissional seja:

capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 66).

As diretrizes curriculares têm por objetivo dotar o profissional de enfermagem com os conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001). E mais especificamente a Resolução nº 3/2001 no artigo XXXIII Parágrafo Único, resolve que “a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.

Assim, após a criação e implementação do SUS, é nítida a demanda que aumenta gradativamente por profissionais de saúde. Atualmente os trabalhadores da saúde representam 10% de toda a força de trabalho brasileira e Victora *et al* (2011, p. 93) afirmam que sistemas de saúde complexos como o SUS necessitam de pessoal qualificado para a gestão, e que em “2007, havia cerca de 1,7 médicos, 0,9 enfermeiros e 1,2 dentistas para cada 1.000 habitantes, e tais profissionais estavam localizados particularmente nas regiões Sul e Sudeste”. Ainda nos relatos de Victora *et al* (2011) registra-se que houve um rápido crescimento em termos de matrículas universitárias para essas mesmas profissões, sendo que em 2008, havia 90.000 alunos matriculados em medicina, 220.000 em enfermagem e 50.000 em odontologia, e essas profissões são as mais contempladas na integração da equipe da Estratégia Saúde da Família.

A formação de enfermeiros foi especialmente estimulada em resposta ao persistente desequilíbrio entre o número de médicos e de profissionais de enfermagem, na visão de Victora *et al* (2011), e o reflexo desse aumento no setor saúde é percebido também no setor educativo, com o aumento rápido do número de cursos de formação acadêmica de enfermeiros, principalmente no serviço privado. Ainda para Victora *et al* (2011, p. 93) “os Ministérios da Saúde e Educação¹⁷ estão priorizando na graduação programas de desenvolvimento curricular voltados para a formação de profissionais generalistas”, fato abordado mais a seguir neste estudo.

Matsumoto (2010) relata que o estudo do Sistema de Informação das Graduações em Saúde (SIGRAS) da ETIMS/UERJ/ROREHS, até o ano de 2008 existia 4.356 cursos da área da saúde em todo o país, com 192.305 profissionais de saúde sendo formados naquele ano. Tanto é assim, que, em 2006, enquanto desenvolvia minhas atividades docentes na graduação de enfermagem, contavam 13 cursos de formação profissional de enfermeiros somente na Grande Vitória, sendo apenas uma escola pública.

Victora *et al* (2011) enfatizam também a inovação mais recente em relação à criação de um curso de graduação para formação de profissionais para a área de saúde pública. Além dos amplos programas de capacitação que foram implantados

¹⁷ Paim *et al* informam (2011) que o Ministério da Saúde dá apoio aos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde e o Ministério da Educação supervisiona a qualificação de profissionais da saúde em nível de graduação.

para qualificar o pessoal de nível técnico e auxiliar de saúde, não somente para atuarem na atenção básica, mas também nos demais níveis de complexidade de prestação do cuidado.

Nas palavras de Almeida-Filho (2011, p.7) em 2008, foi lançada no Brasil “uma nova reforma universitária”, que, entre outras medidas, visava retomar o crescimento do ensino superior público, promovendo a expansão física, acadêmica e pedagógica das universidades federais, através do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), “permitindo a implementação de cursos de graduação interdisciplinares compatíveis com o sistema universitário dos EUA e com o modelo de Bolonha, na Europa”.

Como resultado, afirma Almeida-Filho (2011) que surgiram tensões entre as universidades brasileiras, e que o estabelecimento acadêmico, liderado por faculdades tradicionais, é contra o rearranjo da base ideológica do ensino superior e que, portanto, tende a recusar modelos de cursos inovadores. No entanto, o SUS:

tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 7).

Nesse contexto, o Estado, pressionado pelos movimentos sociais, assumiu a liderança até então pertencente às universidades, com iniciativas como o REUNI e, principalmente, o Pró-Saúde, um programa baseado nos moldes do SUS que objetiva reformar o ensino superior para a força de trabalho da saúde, e que será comentado a seguir.

Apesar de conservadoras e elitistas, as universidades, para este autor, não são a principal fonte do problema, visto que o sistema de educação que forma os profissionais da saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que prevalecem no Brasil atualmente, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas, como já descrito.

6 A POLÍTICA PARA FORMAÇÃO NA ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DO SUS

Além das mudanças apresentadas e discutidas anteriormente referente aos currículos de graduação em enfermagem, outras propostas acrescentam à formação dos profissionais enfermeiros oportunidades de melhorarem suas práticas de saúde, desenvolvidas no setor público. Assim, este capítulo apresenta as políticas propostas para os profissionais que atuam no setor público de saúde, no caso deste estudo, o enfermeiro, e discute os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.

6.1 A SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE E SEUS PROGRAMAS

Tendo em vista a temática desta dissertação que trata da formação profissional na enfermagem no contexto da reorganização da saúde, caberia destacar algumas medidas implementadas no âmbito do Ministério da Saúde, no ano de 2003, quando foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)¹⁸, cujo objetivo seria tratar a gestão dos recursos humanos como uma questão estratégica. Esta secretaria assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Além disso, promove um projeto de educação permanente dos trabalhadores da saúde, tanto no nível técnico quanto no superior do SUS, ressaltando que esta política voltada para a formação proposta pela SGTES deve ser desenvolvida de modo articulado ao processo de trabalho.

¹⁸ Brasil (2004, p. 6) afirma que a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, “o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde”.

Uma de suas propostas, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 198/04 como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, incentivando a formação profissional nas práticas de saúde e buscando organizar as ações e serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas envolvidas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Nesse sentido, foram criados os Programas conhecidos como “Pró-Saúde” e “Pet-Saúde” e as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. No âmbito da educação superior, abordando a graduação, o principal programa proposto pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi o Pró-Saúde. Dentro do contexto já discutido em relação às necessidades de mudanças dos currículos e práticas das instituições acadêmicas como alvo de intervenções necessárias, e “quanto ao consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar” (BRASIL, 2009), a SGTES, em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC) e com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

O Pró-Saúde oferece três anos de apoio financeiro a projetos que apresentem o potencial de transformação do modelo de formação e tem como objetivo a:

reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2009, p. 13).

Através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005, na sua primeira fase, o Pró-Saúde contemplava os cursos de graduação de enfermagem, medicina e odontologia por serem integrantes da Estratégia Saúde da Família. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019/2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos já contemplados no início do projeto. Assim, no Pró-Saúde I foram selecionados 89

cursos, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas, (BRASIL, 2009).

Alguns anos depois, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) também promove o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010, disponibilizando bolsas¹⁹ para tutores e preceptores docentes de instituições de ensino e estudantes de graduação da área da saúde. O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, sendo uma das estratégias do Pró-saúde, em implementação no país desde 2005. O PET-Saúde é uma parceria entre a SGTES, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, com a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

O PET-Saúde/Saúde da Família é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes, sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas e 6 preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês.

No PET-Saúde/Vigilância em Saúde cada grupo é formado por um tutor acadêmico, 8 estudantes monitores e 2 preceptores. Para desenvolvimento de atividades em 2010/2011 foram selecionados 122 grupos, que representam 1.342 bolsas/mês.

Em 2011 também foram iniciadas ações do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, com mais 80 grupos selecionados, cada grupo formado por um tutor, 3 preceptores, e 12 estudantes, totalizando mais 1.280 bolsas/mês, considerando a formação completa dos grupos.

¹⁹ O valor das bolsas para os tutores e preceptores docentes é de R\$ 1.045,89 e para os acadêmicos bolsistas é de R\$ 360,00 e tem como referência os valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com repasses do Fundo Nacional de Saúde.

A Portaria GM/MS nº 1.996/07, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, no setor da saúde. Essas diretrizes apontam para as relações orgânicas entre ensino e ações e serviços; entre docência e atenção à saúde, ampliando o que se estabelecia na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Assim, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) propõe estratégias de educação permanente, como o Telessaúde²⁰ para os profissionais que atuam na Atenção Básica; a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)²¹ com oferta de cursos de especialização em saúde da família para médicos, odontólogos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF); e, ainda, o Programa de Capacitação Gerencial, com o objetivo de qualificar profissionais para o exercício da função gerencial em todos os aspectos do SUS, compreendendo que a gestão de um sistema de saúde descentralizado e único e a reorientação do modelo de atenção à saúde é um processo complexo, o qual, portanto, necessita de gestores aptos a desempenharem suas funções.

Ainda, a Portaria GM/MS nº 1.996/07, em seu Art. 21, no item III, determina que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis por “articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária”.

Para a Secretaria de Gestão da Educação em Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), todas essas iniciativas propiciaram e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde, mesmo com limitações e desafios quanto à capacidade de promover tais mudanças nas práticas dominantes no

²⁰ Telessaúde é a troca de informações entre diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, pessoal de laboratório, etc, sobre o paciente através de processos digitais à distância fazendo-se uso de sistemas de telecomunicações.

²¹ O Projeto Universidade Aberta do SUS, criado em 2008, envolve 12 universidades públicas, duas secretarias estaduais de saúde e unidades de telemedicina. A Universidade Aberta do SUS é uma estratégia para articular uma rede de educação permanente, constituída por instituições públicas de educação superior conveniadas ao Ministério da Saúde e credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação a distância.

sistema de saúde, pois mantiveram as ações e não conseguiram desafiar os atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Devido à forma desarticulada e até mesmo fragmentada, e por corresponderem às orientações conceituais tão diferentes, ou quem sabe contrárias àquelas a quem o modelo biomédico interessa, a possibilidade de impacto dessas ações de educação em serviço sobre as instituições de ensino, visando os processos de mudança, tem sido muito limitada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As mudanças na organização dos serviços e dos processos de formação profissional, outra proposta de ação estratégica da Secretaria de Gestão da Educação em Saúde, deveria articular o sistema de saúde, nas suas várias esferas de gestão, com as instituições de ensino superior, evidenciando o desenvolvimento para o SUS como construção de um projeto de formação na enfermagem no próprio serviço de atendimento aos usuários. Resta ainda, a educação permanente em saúde, ou seja, ocorrendo agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; entre atenção e controle social.

6.2 OS DESAFIOS DO SUS

Não se pode negar os êxitos da proposta contida na Estratégia Saúde da Família (ESF), mas o SUS, enquanto único sistema de saúde público no país enfrenta grandes desafios. Dentre tantos os pontos considerados relevantes, destacaria a avaliação desta proposta e o seu monitoramento, que precisam ser institucionalizados, bem como a generalização de contratos de trabalho, bastante precários e, em especial, o desafio de uma formação profissional adequada ao modelo proposto.

O enfrentamento das diferenças regionais; a maior resolutividade, integralidade e continuidade de ação da atenção básica também devem ser incluídos na lista de critérios a serem considerados para que a Atenção Básica à

Saúde através da Estratégia Saúde da Família consigam fortalecer o Sistema Único de Saúde. Apesar de já existir um instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), poucos municípios já realizaram a avaliação, senão todo o instrumento foi aplicado, pelo menos em parte, ficando assim uma lacuna na construção de uma política que complemente ou fortaleça a ESF. Algumas dissertações de mestrado e doutorado avaliam as ESF, mas ainda são poucas num cenário tão grande de equipes implantadas.

Ainda há que se realizar, para fortalecer a estratégia, além das pesquisas e avaliações, oportunidades de integração e articulação intra e intersetorial; democratização da informação; descentralização do monitoramento e da avaliação; cooperação técnica entre órgãos estaduais e municipais e a avaliação processual.

No que se refere aos vínculos empregatícios, a regulamentação jurídica dos contratos de trabalho, apesar de já terem ocorrido alguns debates, ainda está longe de ser realidade em muitos municípios o concurso público, bem como um plano de cargos e salários para os trabalhadores do SUS/ESF. Essa discussão pelo grupo de trabalho instituído pelo Ministério da Saúde já foi levada à Casa Civil do governo federal.

Victoria *et al* (2011) afirmam que devido ao processo rígido de seleção e contratação de funcionários civis, previsto na legislação através de concurso público, e com autorização do governo, ocorre longa demora, além de tornar o processo mais competitivo e “que os níveis salariais são predefinidos por carreiras específicas; os encargos trabalhistas são substanciais; e demitir aqueles que trabalham menos que o esperado é bastante difícil” (ID p. 90). Assim, médicos, enfermeiras, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família tem vínculos de trabalho através de contratos especiais que facilitam o processo de admissão e demissão e permitem que os salários sejam competitivos para categorias específicas de médicos e enfermeiros, mais além das remunerações salariais recebidas por profissionais de saúde em outros serviços, igualmente qualificados. Na visão de Victoria *et al* (2011), isso possibilita também a oferta de melhores salários pagos pelos municípios de áreas remotas, com a finalidade de atrair profissionais que, em outras condições, não estariam dispostos a viver nesses lugares. Mas essas iniciativas apresentam desvantagem visto que os

profissionais que atuam na ESF não tem carreiras estruturadas, segurança no emprego ou benefícios como os demais servidores. Assim sendo, tais empregos são considerados menos satisfatórios pelos profissionais, ocorrendo alta rotatividade de mão-de-obra, levando a descontinuidades na composição das equipes, quebra de vínculos com a comunidade, “fato que se reflete nos cuidados prestados aos pacientes” (VICTORA *et al*, 2011, p. 90).

Porém não só o vínculo de trabalho dos profissionais de saúde precisa ser adequado, mas também as condições de trabalho, a infra-estrutura dos estabelecimentos de saúde, o número de profissionais para atender a demanda, e ainda a ampliação da equipe não só em número de profissionais, mas em diversas áreas de atuação.

No que tange à formação profissional, gestores e trabalhadores precisam defender a implantação, ampliação e a legalização de especializações e de residências em Saúde da Família. A promoção de capacitação e a educação permanente se fazem urgentes. O Espírito Santo é o primeiro Estado no Brasil a formar turmas em nível de especialização em Atenção Primária à Saúde, uma parceria entre o Estado e os municípios, que objetivou qualificar os profissionais graduados, que atuam na atenção básica. Isso pode ser um começo, mas todo graduando das ciências da saúde deve receber, durante sua formação profissional, as diretrizes que se encontram com os pressupostos do SUS, recebendo formação tendo como base o cuidado, o acolhimento e o vínculo com a família e a comunidade, redefinindo assim a dinâmica do trabalho das Equipes de Saúde da Família com base nas competências de cada categoria profissional. Esta discussão foi mais profundamente analisada nos capítulos 4 e 6 deste estudo, por ser o objeto deste trabalho, em particular a formação profissional de enfermeiros.

Victoria *et al* (2011) apontam como problemas associados aos interesses profissionais que o corporativismo é um dos maiores desafios à saúde pública, pois diversas sociedades médicas tem feito *lobby* contra outros profissionais graduados de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, cerceando-lhes o direito de prescrever medicamentos, mesmo os previstos nos programas de saúde,

fato culminado com a aprovação do “ato médico”. Enfatizam, ainda²² “esse tipo de corporativismo é inteiramente paradoxal num país em que, até o final de 2010, os antibióticos podiam ser comprados com facilidade sem prescrição médica (VICTORA ET AL, 2011, p. 99). Outro exemplo de corporativismo desnecessário inclui a pressão exercida pelos médicos contra o que é previsto na lei de exercício profissional de enfermagem que legitima a realização de partos normais por enfermeiras obstétricas.

Estes problemas corporativistas vão de encontro ao modelo ideológico do SUS, retardando a efetividade que poderia ser mitigada desde que a formação do profissional de saúde incorpore tal modelo. O SUS é fruto do maior movimento social na área da saúde no Brasil, nos últimos 100 anos, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem com o propósito de re-orientar a saúde pública, coisa que “andava” perdida no Brasil. Apesar dos seus aspectos positivos, essa proposta ainda enfrenta vários desafios, como por exemplo, as diversidades nas formas de contrato de trabalho; a estrutura física das unidades de saúde inadequada e em situação precária, a sobrecarga de atendimento com comprometimento da referência e contra-referência, os problemas de fidedignidade no preenchimento do sistema de informação da atenção básica, e ainda, a insuficiência de profissionais com o perfil proposto pela estratégia, muitos ainda com forte influência do modelo biomédico.

Acredito, porém, que a ESF é um dos caminhos que pode reorientar de fato o SUS e contribuir para que este se efetive nos municípios brasileiros, contudo especialistas apontam o desafio político, no sentido de exigir um contínuo engajamento dos usuários; de seus prestadores de serviços e seus gestores a fim de assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros. Ainda permanece a questão da formação do profissional para atuar na área da saúde, central no processo de implantação do modelo de saúde proposto pelo SUS. Esta questão norteou a elaboração dos capítulos 4 e 6 apontando os limites do processo de formação profissional de enfermeiros no contexto da reorganização do sistema de saúde brasileiro.

²² muito embora não haja médico em 455 dos 5.562 municípios brasileiros e apesar de forte evidência de que o manejo de casos no âmbito das comunidades pode reduzir a mortalidade de crianças com menos de cinco anos e que enfermeiros brasileiros treinados pela Gestão Integrada tratam doenças comuns segundo padrões similares aos dos médicos,

7 CONCLUSÃO

Resultado de um processo social histórico de construção e de implementação, o Sistema Único de Saúde (SUS) caminha por mais de vinte anos e reflete uma conjugação de forças e atores sociais que atuam para que a saúde pública no país se desenvolva e avance no sentido de garantir a assistência à saúde de modo universal, integral e com equidade. A política de saúde no Brasil foi impulsionada por um movimento social que se denomina reforma sanitária brasileira. Construído em ambiente democrático, com diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados, partindo de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural, o SUS exige a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, de acordo com seus pressupostos políticos e ideológicos.

A estratégia apresentada pelo Estado visando a reorganização da atenção à saúde, a partir dos pressupostos do SUS foi o fortalecimento da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim, utilizando as discussões postas para melhor compreender o processo histórico, este estudo teve como objetivo analisar as mudanças ocorridas no processo de formação dos profissionais enfermeiros até a institucionalização e adequação ao modelo de saúde atualmente vigente no Brasil através de uma pesquisa bibliográfica, com enfoque histórico e realizado com base na abordagem qualitativa do tipo descritiva exploratória.

Atualmente, a enfermagem é uma profissão, mas surgiu, empiricamente, e se desenvolveu, através dos tempos, em um processo histórico envolvido em conflitos, em estreita relação com a história da civilização e nem sempre acompanhou o desenvolvimento científico. Em algumas épocas, a prática da enfermagem era regida pelo espírito de serviço e humanismo, associada às crenças e às superstições, sem fundamentação científica ou, às vezes, praticada com base em conhecimentos e habilidades científicas, mas deficientes devido ao padrão moral dos sujeitos que a praticavam, tanto nas diversas partes do mundo como no Brasil.

A enfermagem é caracterizada como profissão a partir de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna que, após a Guerra da Criméia entre 1854 e 1856, fundou a Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860, transformando a ação do cuidado pautado no modelo religioso, puramente vocacional, em uma profissão. No entanto, este não era o único modelo de formação. Mas, tanto o modelo proposto por Florence quanto o modelo francês irão mudar o cenário de institucionalização da enfermagem no Brasil.

No Brasil, a profissão de enfermagem foi, oficialmente, instituída no Rio de Janeiro, em 1890, com a promulgação do Decreto nº 791, que cria a primeira escola profissionalizante em enfermagem, Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospital dos Alienados, baseada na Escola de *Salpêtrière*, na França, diferente do modelo proposto por Florence. O Decreto nº 791 foi o primeiro documento oficial trazendo para o Estado a responsabilidade de formar mão de obra qualificada para prestar assistência aos doentes e por reconhecer a necessidade da Enfermagem na melhoria das condições sanitárias do país, tanto por interesse econômico, diante do contexto de industrialização e urbanização crescente, como ainda, resultado de pressões internas para implementar esta institucionalização.

A Enfermagem Moderna, com os pressupostos da Escola de Florence, surgiu no Rio de Janeiro, através da iniciativa de Carlos Chagas, que trouxe enfermeiras americanas para implantarem o sistema Nightingale no Brasil. A primeira escola de formação de enfermeiros, seguindo o modelo proposto por Florence foi a Escola Anna Nery, fundada em 1923, institucionalizando a formação de enfermeiros atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa.

A enfermagem moderna se consolidou a partir do desenvolvimento industrial e da modernização dos hospitais, contribuindo para a consolidação do modelo hospitalocêntrico de saúde no país. Esta relação entre dimensão econômica e dimensão da saúde envolvendo a formação do enfermeiro, culminou na proliferação desordenada de escolas, sem considerar as necessidades regionais, além de ausência de um órgão controlador e fiscalizador. Nesta época ainda havia um número reduzido de candidatos para os cursos existentes, corpo docente deficiente em quantidade e em qualidade e grande diversidade de currículos de um curso para outro. Entretanto, em função da moderna tecnologia, nos hospitais passava a ser necessária a contratação de pessoal mais qualificado, através de concurso público. Como consequência, os hospitais passaram a receber um maior contingente de pessoal. Verificou-se a necessidade de um disciplinamento do exercício da profissão através da criação da Lei nº 2.604/55, atualmente revogada pela Lei nº 7.498/86.

As discussões sobre a organização do ensino de enfermagem quanto ao currículo teórico mínimo e a duração dos estágios deram origem à Lei nº 775/49 que regulamentou o ensino de Enfermagem. Em 1961 foi promulgada a Lei nº 4.024, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser o responsável pelo ensino superior, faltando discutir as diretrizes do ensino de enfermagem. Em 1962, o Parecer CFE nº 271 fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem e manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. Já o Currículo de 1972 atendia ao proposto na Reforma Universitária, mas em consonância com um modelo econômico favorável ao consumo desmedido de medicamentos bem como a indústria de equipamentos médico cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde. Através do Parecer CFE nº 163 são criadas as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa. Então, para os currículos mínimos de 1949, de

1962 e de 1972, a formação do enfermeiro sempre esteve centrada no modelo biomédico, ressaltando o relatório Flexner e de Goldmark.

Em 1994 o Parecer nº 314, reformulou, mais uma vez, o currículo mínimo. Os conteúdos referentes à Saúde Pública, excluídos do currículo mínimo de 1972, retornaram como Saúde Coletiva. Finalmente, em dezembro de 1996, foi promulgada a nova LDB nº 9.394/96, que reforçou a atual tendência profissionalizante e formulando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde. No caso específico da enfermagem, a Resolução CNE/CES nº 03/2001 institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, numa tentativa de ruptura com o modelo de currículo mínimo obrigatório, configurando a formação do profissional enfermeiro voltada para atender os pressupostos do SUS, buscando o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos capazes de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade. Outras contribuições para a formação profissional de enfermeiro são o Pró-Saúde, o Pet-Saúde, e a Educação Permanente.

Com este estudo, fica evidente que a implantação de políticas públicas de saúde deve se articular com políticas públicas de formação/qualificação dos trabalhadores da saúde. Afinal, a execução das ações de saúde propostas por tais políticas é feita pelos profissionais da área, assim sendo, uma formação de qualidade é condição necessária para que as políticas de saúde se efetivem. A percepção que se tem ao finalizar as análises dos fatos discutidos anteriormente é a de que políticas públicas bem propostas, efetivamente implementadas e articuladas entre si, causam impacto positivo na sociedade, tornando-se um bem comum a ser compartilhado por todos, usuários, gestores e servidores dos serviços públicos de saúde.

No entanto, percebe-se, também, que a adoção de outro modelo de atenção à saúde tem um grande desafio: a formação profissional. Como descrito, esta formação ainda não está completamente adequada e harmonizada com o modelo proposto pelo SUS, havendo uma co-habitação de duas concepções de modelo de saúde: uma preventiva, com a participação da comunidade, a que prevalece nos

discursos; e uma outra, curativa e hospitalocêntrica, a que prevalece na prática dos serviços de saúde no país.

Todos os estudos apresentados e discutidos anteriormente fazem uma provocação, convidando-nos a uma reflexão sobre os rumos da formação dos profissionais enfermeiros. Se as práticas de enfermagem bem como os novos modelos de intervenção na saúde não são estáticos, mas sim históricos e dinâmicos, onde se incluem a reorganização do setor saúde através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, parece óbvia a necessidade de transformações nas práticas de formação e nas ações profissionais. Isto é, formação, ação e políticas públicas da saúde demandam uma abordagem complexa e integrada para que se alcance a efetividade dos programas propostos pelo SUS.

Apesar dos avanços da atual Constituição, do modelo de saúde determinado pela Lei Orgânica da Saúde, dos movimentos de reforma sanitária e das discussões sobre a formação profissional dos enfermeiros, observa-se, na prática, que há uma resistência à mudança por parte dos atores da saúde, gestores, servidores e usuários. Resistência esta que se concretiza na co-habitação de dois modelos, refletindo, conseqüentemente, o que pode ser considerado como um momento de transição entre uma visão de saúde hospitalocêntrica e curativa, persistente, e uma visão preventiva e participativa, apesar de todos os esforços discutidos anteriormente. Considerando esta persistência, fica uma questão provocativa: a quem interessaria a continuidade do modelo de saúde biomédico, hospitalocêntrico, curativo, oneroso?

Em relação à formação do profissional enfermeiro, o que é demandado pelo SUS é uma formação com competências e habilidades para atuar no setor que ora se configura, voltado para a atenção primária à saúde, sem especializações precoces, mas com formação generalista crítica e reflexiva, com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa, considerando o pensar, o fazer bem como o ser-enfermeiro. Tomando em conta a noção de saúde proposta pelo SUS, que envolve servidores, gestores e usuários, novos papéis são estabelecidos tanto para o Estado, oferecendo assistência à saúde, equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis e com uso racional, como para o usuário, tornando-o sujeito ativo e não paciente-passivo, responsabilizando-o por sua saúde.

Claro também está que outros desafios surgem por conta das mudanças nas características demográficas e epidemiológicas que a população brasileira já apresentou e continuará apresentando ao longo da história. Estas características obrigam adequações na forma de prestação de serviços de saúde, transitando de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, integrando diversos serviços públicos além do SUS.

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro parece ser necessária uma revisão profunda das relações público-privadas associada à estrutura financeira, bem como dos padrões ético-culturais dos seus atores. Estas questões e as desigualdades ainda persistentes parecem que não podem ser resolvidas somente com a formação de um único profissional, o enfermeiro. Esta é relevante, mas não é isolada. Implica também em mudanças de um processo de formação de todos os profissionais da saúde. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. O maior desafio para manutenção e continuidade do SUS é político. A análise desta questão requer um grande esforço de pesquisa, podendo se tornar temática para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. de A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. in Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Heloisa Marcolino (Coord.) *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *In: The Lancet* 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **História da Enfermagem**: as práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem. Revista eletrônica Here. Disponível em <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/>>. Acesso em: 10 dez, 2010.

BARROS, J. A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. RJ, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080/1990**. In: Coletânea da Legislação básica 5. Brasília: MS, 1991.

_____. **Lei n.º 8.142/1990**. In: Coletânea da Legislação básica 5. Brasília: MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 03 abr, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf> Acesso em: 11 nov, 2011.

_____. _____. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família. **Os números**. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 02 de maio de 2011.

_____. _____. **Departamento de Atenção Básica**. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em 03 de novembro de 2010.

_____. _____. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília. 1998.

_____. _____. **Portaria Ministerial nº. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Pacto pela Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, v. 4, 2006.

_____. _____. Portaria nº1262/GM Em, 15 de outubro de 1999. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf>. Acesso em 13 de março de 2011.

_____. _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1997.

CAPRA, F. O modelo biomédico. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/educacao medica/modelo1.htm#_ftn1>. Acesso em: 29 mar, 2009.

_____. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPELLA, A. C. N. **O processo de agenda-setting na administração pública (1995 - 2002)**. 2006. 235f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

_____. Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-4, set/out, 2004.

CAREGNATO, R. C. A. MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de Conteúdo. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 4, p. 679-84, out/dez, 2006.

CARVALHO, A. C. de (Org.). Antecedentes históricos. In: ABEn. **Documentário**. Brasília: ABEN, 1976.

CARVALHO, B. G. et al. Organização do sistema de saúde no Brasil. In: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL 2001.

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Abrasco. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986. Meio eletrônico.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

COSTA, M. B. de S. SILVA, M. I. T. da. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem/UERJ**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 272-279, 2004.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2 ed. Petrópolis, Vozes e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1986.

_____. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 207-225, abr/jun, 1988.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

CRUZ, S. C de S. **Avaliação do processo de implantação da estratégia de saúde da família: o caso de Resistência.** 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DOWBOR; L. IANNI; O. RESENDE; P. E. A. (orgs). **Desafios da globalização.** 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

DUARTE, S. R. M. P. **Marcas identitárias se a formação do enfermeiro.** 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande. Mato Grosso do Sul, 2011.

FERLA, J. B. da S. **A formação inicial do enfermeiro sob o paradigma ético-humanista: ênfase às relações interpessoais.** 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2010.

FERREIRA, M. A. et al. O significado do PROFAE segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 445-52, jul-set, 2007.

FIGUEIREDO. N. M. A. de. **Práticas de enfermagem: apresentando a enfermagem e sua prática: fundamentos, conceitos, situações e exercícios.** São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. ENSP Fiocruz. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. 2009. Disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_334497077.pdf> Acesso em: 02 maio, 2011.

GABRIELLI, J. M. W. Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2004. 182f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

GALLEGUILLOS, T. G. B. OLIVEIRA, M. A. de C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, SP, v.35, n. 1, p. 80-7, mar, 2001.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações.** São Paulo: 3ª ed Editora: Revinter, 2009.

_____; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem: versões e interpretações.** 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1984.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. [S.l.], v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr, 1995.

GOHN, M. da G. M. Movimentos sociais e a construção da cidadania. **Revista de Educação Pública**: Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, v. 06, n. 10, jul/dez, 1997.

GÓMEZ, J. M. **Política e democracia em tempos de globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

GRIGÓRIO, D. de A. **Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde**: estudos de uma década sob a ótica do DECS. 2002. 136f. Dissertação. (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2002.

GUELER, R. F. **Guia Prático de Enfermagem**. São Paulo. Santos-Maltese 14 ed, julho/97 p. 1-3

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005.

Informe da Atenção Básica. Departamento da Atenção Básica. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. Brasília, ano V, n. 21, março/abril, 2004.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.

KLEINERT, S., HORTON, R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. *In*: **The Lancet 2011**.

KLETEMBERG, D. F. SIQUEIRA, M. T. A. D. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, Departamento de Enfermagem da UFPR, v. 8, n. 2, 2003.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**. RJ, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.

LIMA, M. A. D. da S. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** 1993. 77 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Porto Alegre, 1993.

MARCOLINO, H. (Coord.) et al. **Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MATSUMOTO, K dos S. **A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).** 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

MEDEIROS, M. TIPPLE, A. F. V. MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.1, n.1, 1999.

MENDES, E. V. **O sistema único de saúde um processo social em construção.** Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf> Acesso em 03 de abril de 2011.

_____. **Uma Agenda para a Saúde.** Hucitec, São Paulo, 1996.

MENDONÇA, É. T. de. **Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-1980.** 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, RJ, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul/set, 1993.

MORRIS, C. W. **Um ensaio sobre o estado moderno**. São Paulo: Landy, 2005.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, 2000.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajatória Histórica e Legal da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

PADILHA, M. I. C. de S. MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, 2005.

PAGLIOSA, F. L. DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **The Lancet 2011**.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIXÃO, W. **Páginas de história da enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.

PINHEIRO, R. CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 101-119, 2000.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>> Acesso em: 20 maio, 2010.

PORTO, F. A. W. (Org) **História da Enfermagem: Identidade, profissionalização e símbolos**. São Paulo: Yendis, 2010.

RADIS Comunicação em Saúde. Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **A saúde em números**. Fiocruz. Edição especial, n. 23, jul, 2004.

RIBEIRO, L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 264-275, jul/set, 1989.

REGRA DE SÃO BENTO. Disponível em
<http://www.mosteirodeclaraval.org.br/a_historia.htm> Acesso em: 21 dez, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB, 1999.

_____. **(Re)viendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública**. 1995. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SECAF, V.; COSTA, H. C. B. V. **Enfermeiras do Brasil: História das Pioneiras**. São Paulo: Martinari, 2007.

SELL, C. E. **Introdução à sociologia política: política e sociedade na modernidade tardia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

SOARES, N. R. F., MOTTA, M. F. V. da. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**. Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, v. 06, n.10, jul/dez, 1997.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VARELLA, T. C. *et al.* A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v.7, n.2, abr/jun, 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *In: The Lancet 2011*.