

## **A INSTITUCIONALIZAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL FRENTE ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE**

THE INSTITUTIONALIZATION AND THE DEVELOPMENT OF NURSING IN BRAZIL IN VIEW OF PUBLIC HEALTH POLICIES

LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN BRASIL FRENTE A LAS POLÍTICAS DE SALUD

*Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos<sup>1</sup>  
Maria Amélia de Campos Oliveira<sup>2</sup>*

---

**RESUMO:** Realizou-se a recuperação histórica da gênese da enfermagem e seu desenvolvimento no Brasil para elucidar sua influência no ensino e na prática da enfermagem de hoje. Enfatizou-se a participação da Fundação Rockfeller na organização do serviço de Enfermagem em Saúde Pública, a criação da primeira Escola de Enfermagem e a consolidação do ensino e da prática no espaço hospitalar. As políticas públicas na área da saúde também foram contempladas, dadas sua influência no desenvolvimento da profissão. A enfermagem manteve-se científica e politicamente neutra na implementação das políticas de saúde vigentes, possivelmente em decorrência da formação a-critica resultante da adoção do modelo flexneriano de ensino, em sua vinculação à medicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, educação em enfermagem, políticas de saúde

---

### **A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL**

A institucionalização da enfermagem no Brasil, já no século XX, fez-se sob a égide da Enfermagem Moderna, cujas origens vinculam-se à Florence Nightingale e têm como marco cronológico inicial a Segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Como parte das transformações sociais que ocorriam na Europa, a re-organização dos hospitais destinava-se a prestar melhores cuidados aos soldados e depois à força de trabalho que era imprescindível para o modo de produção capitalista que se instalava (GOMES, 1991).

O capitalismo nascente necessitava do corpo como força de trabalho e coube à medicina a sua manutenção e restauração. O saber médico traduziu-se, também, em poder que se cristalizou no topo da hierarquia hospitalar e passou a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação-subordinação que ali se estabeleceram levaram a prática de enfermagem, antes independente, à dependência e à subordinação à prática médica (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Se, para os médicos, o desenvolvimento do modelo de saúde burguês representou a luta pela preservação do lugar privilegiado que ainda ocupam, para as enfermeiras, trouxe a oportunidade de ocupar um novo espaço, socialmente valorizado e legitimado, capaz de redimir as da decadência e degradação em que a Enfermagem encontrava-se anteriormente.

Em 1920 foi criado no Brasil o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que, juntamente com a Fundação Rockfeller, foi responsável pela contratação de enfermeiras norte-americanas para organizar o serviço de enfermagem do DNSP e criar uma Escola de

---

<sup>1</sup> *Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade de Mogi das Cruzes.*

<sup>2</sup> *Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.*

Enfermagem. A Fundação Rockefeller, que patrocinou a vinda das enfermeiras fundadoras da Escola de Enfermagem Anna Nery e organizadoras do Departamento de Saúde Pública, tinha objetivos bem definidos para a América Latina: “criar condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista. A atuação do grupo... [responsável tanto pelo departamento, como pela escola]... estava explícita e conscientemente vinculada aos interesses econômicos do grupo Rockefeller nos países sub-desenvolvidos” (BROWN citado por BRAGA; PAULA, 1981, p. 45).

O ensino de enfermagem ministrado pela Escola de Enfermagem Anna Nery estava centrado no modelo americano, “de alto padrão”, reproduzindo a divisão de classes existente na sociedade, preocupado com questões internas da profissão, marcado pelo preconceito, elitismo e autoritarismo, sempre em consonância com as políticas governamentais tanto para a saúde como para a educação (GERMANO, 1985).

Para *Rizzotto* (1999), a hegemonia médica e sua institucionalização sob a égide do positivismo reforçou a posição dominante já exercida por essa profissão no campo da saúde. O positivismo influenciou a medicina e as demais profissões da área da saúde na incorporação da visão biologicista, reduzindo a sua intervenção ao combate à doença e desconsiderando os determinantes psicossociais. A relação de dependência da Enfermagem para com a medicina fez com que seguisse os mesmos princípios e diretrizes: o biologicismo, a especialização, o individualismo e, conseqüentemente, a ênfase no atendimento individual e curativo dentro do espaço hospitalar.

Ainda para *Silva* (1986), a medicina influenciou no caminho traçado pela enfermagem e inclusive estabeleceu a organização do seu trabalho. A especialização médica ocorreu como conseqüência da divisão técnica do trabalho e a enfermagem norteou sua prática nesta perspectiva, o modelo biomédico. Assim, a medicina consolidou-se como instrumento para a manutenção e reprodução da força de trabalho necessária ao capitalismo.

## AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

No Brasil, o fim do século XIX e início do século XX foram marcados pelas mudanças na economia e nas formas de gerenciamento do país, que passou a utilizar a organização federativa, a divisão por estados e que rapidamente transferiu para a região centro-sul o controle político-econômico federal, já que os estados dessa região eram os maiores produtores de café. Aumentara a necessidade de mais mão-de-obra, porém a escassez populacional e as freqüentes epidemias, ocasionadas, principalmente, pelas más condições de saneamento da época, eram as maiores responsáveis pela falta de trabalhadores (ROSSI, 1980).

As más condições de vida, decorrentes da urbanização e do incipiente desenvolvimento tecnológico da época, trouxeram o aumento das doenças transmissíveis. A descoberta dos microorganismos havia trazido uma nova explicação para os agravos, com predomínio da Teoria da Unicausalidade, desconsiderando a maneira de viver e de trabalhar das populações como determinantes desses agravos.

O combate às epidemias tornara-se prioridade sanitária e política. A vertente de interpretação do processo saúde-doença predominante na época foi o Higienismo, caracterizado pelas campanhas que tinham como objetivo o saneamento ambiental e o controle de doenças que afetavam a atividade econômica.

Para *Machado, Belisário* (1992, p.7), as mudanças na área da saúde voltadas para a erradicação de enfermidades infecto-contagiosas e a prática médica estavam intimamente ligadas à reacomodação do sistema capitalista no período da Segunda Guerra Mundial. A hegemonia americana, conseqüência de sua grande expansão econômica, trouxera repercussões para a América Latina com a “interferência estatal que facilitou e sustentou o processo nascente de industrialização”. A prática médica passou a visar a recuperação da força de trabalho, o controle

das epidemias e endemias para que não afetassem a produtividade, e as fontes de financiamento norte americanas permitiram criar programas de saneamento que também incluíam a capacitação de recursos humanos.

As novas maneiras de trabalhar, geradas pela urbanização e modernização, trouxeram outra preocupação para a produção, as doenças não transmissíveis, que acometiam principalmente os trabalhadores. A Teoria Unicausal mostrou-se progressivamente insuficiente para explicar a ocorrência mesmo das doenças transmissíveis, dadas as novas descobertas da biologia e da ecologia, expressas na teoria da interação entre agente, hospedeiro e ambiente (FONSECA;BERTOLOZZI,1997).

A remodelação dos serviços sanitários do país anunciava o compromisso do Estado em zelar pelo bem-estar sanitário da população, porém de forma centralizadora (BERTOLLI,1998). O movimento da educação na área da saúde preconizava a mudança dos hábitos da população, através de educação em saúde. A enfermagem institucionalizou-se no Brasil com o objetivo de formar profissionais para atuar em saúde pública, como agentes de Educação em Saúde, porém o desenvolvimento da Enfermagem foi consolidado no campo hospitalar (RIZZOTTO, 1999).

Segundo SILVA (1986, p. 80), as primeiras enfermeiras egressas da Escola de Enfermagem Anna Nery, formadas em 1925, iniciaram seu trabalho na área de saúde pública, porém aquelas formadas posteriormente dedicaram-se ao trabalho hospitalar, como parte do processo de modernização e expansão dos hospitais. Para *Barreira* (1992), o hospital passou a ser apresentado como "expressão do direito à saúde", justificando o caminhar da enfermagem para este espaço. No Brasil, a década de 30 foi marcada pela transição da economia predominantemente agrário-exportadora para a urbano-industrial. As reformas realizadas durante o governo de Getúlio Vargas incluíram a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública que remodelou os serviços sanitários do país garantindo o seu controle, fortalecendo a centralização política e econômica (BERTOLLI FILHO,1998).

Com a instituição do Estado Novo, o processo de industrialização avançou, porém sem as transformações estruturais necessárias, como a descentralização do poder e a distribuição de riquezas, ainda sob a intervenção e proteção do Estado. Tendo o Estado como mediador das relações entre produção e trabalho, iniciaram-se as discussões sobre a legislação trabalhista, foi estabelecido o salário mínimo e foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que mais tarde deram origem à assistência médica estatal, curativa e individual (ROSSI,1980).

De 1937 a 1945, o crescimento da indústria foi bastante acelerado, as condições de trabalho muito precárias e, conseqüentemente, cresceram os riscos para os trabalhadores. Porém, ao invés de serem melhoradas as condições de trabalho, foram criados serviços de saúde para devolver rapidamente o trabalhador à produção. Foi, também, estabelecida a obrigatoriedade de criação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) em empresas com mais de 100 empregados, mas os direitos sociais da legislação trabalhista foram gradualmente suspensos (ROSSI, 1980). As epidemias diminuíram, aumentou a cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores, no entanto, doenças como tuberculose, chagas, hanseníase tornaram-se endêmicas (BERTOLLI FILHO, 1998).

O fim da segunda Guerra Mundial e a crise econômica e política provocam a queda dos governos ditatoriais, entre eles o de Getúlio Vargas, no Brasil. No discurso institucional, considerava-se que uma das prioridades era a reorganização dos serviços de Saúde Pública. Em 1948, o Plano Salte foi elaborado para proporcionar melhorias na saúde, alimentação, transporte e energia, mas nunca chegou a ser efetivado (BERTOLLI FILHO, 1998; ROSSI,1980).

Em 1950, com a retomada do poder por Getúlio Vargas através de eleições diretas, teve início o populismo, em que "o povo não participa efetivamente, mas o executivo tem que o levar em conta a fim de legitimar seu poder pelo voto". Os grupos políticos de então concentravam-se em coronéis, representantes dos grupos econômicos e políticos de clientela. Nesse cenário,

a assistência médica estendeu-se a todos os trabalhadores, os sindicatos buscavam a uniformidade no atendimento, procurando uma melhor assistência médica prestada pelos Institutos, tanto em quantidade como em qualidade (ROSSI, 1980).

Após sete anos de discussões, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Diante das más condições de saúde no país, sua atuação não promoveu reformas fundamentais e não organizou políticas de saúde eficientes, capazes de transformar o quadro da época (BERTOLLI FILHO, 1998).

O atendimento médico e individual era então considerado prioritário para a melhoria da saúde da população. A importância atribuída a este serviço foi muito grande e colaborou ainda mais para a hegemonia dessa modalidade de atenção à saúde até os dias de hoje, inclusive reforçando a posição do profissional médico como o elemento mais importante na equipe de saúde, imprescindível para uma sociedade saudável.

O fato do acesso à assistência médica individual e à instituição hospitalar serem consideradas equivalentes à assistência à saúde, direcionou cada vez mais a atuação da enfermeira para este campo de trabalho e, conseqüentemente, a sua formação. "As próprias pressões dos trabalhadores por atendimento individualizado e garantido pelo Estado" influenciaram na consolidação deste modelo de assistência (RIZZOTTO, 1999, p. 29).

Desde o início do século até a década de 50, a enfermagem buscava em outras áreas de saber os conhecimentos para fundamentar a sua prática, prevalecendo os da área biológica (ALMEIDA; ROCHA, 1989). A partir daí houve a preocupação em organizar os princípios científicos que deveriam nortear a prática de enfermagem. Até então, a enfermagem era vista como não-científica e suas ações baseadas na intuição. "O saber dos princípios científicos será transmitido para as enfermeiras ...[e]... possibilitará a legitimação de poder e a qualificação para controlar a prestação do cuidado" (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Contudo, o ensino de enfermagem guiava-se por um currículo recentemente regulamentado pela Lei n. 775/49, que segundo *Garcia, Chianca, Moreira* (1995) mantinha a ênfase no fazer e no desenvolvimento de técnicas.

A entrada de capital estrangeiro no país e o planejamento da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) foram instrumentos indispensáveis para a substituição da economia agrícola pela industrial e, conseqüentemente, para a acumulação de capital (ROSSI, 1980, MACHADO; BELISÁRIO, 1992). O desenvolvimento trouxe a insatisfação dos trabalhadores para com os serviços de saúde prestados pelos Institutos, pois esses não eram suficientemente eficientes para manter a mão-de-obra em condições para a produção. Assim, algumas empresas criaram seus próprios serviços médicos, sendo estes o "germe dos futuros convênios de empresas com grupos médicos" (ROSSI, 1980, p. 29).

A atuação da CEPAL desencadeou maior dependência e vulnerabilidade dos países latinos e a desnacionalização da economia, processo claramente deflagrado na proposta denominada Aliança, que tinha como objetivo o reordenamento da planificação em saúde nas Américas, mas que determinava como pré-requisito para a obtenção de empréstimos o planejamento de ações de curto e médio alcances (MACHADO; BELISÁRIO, 1992). A metodologia adotada para esse planejamento deveria ser condizente com os interesses norte-americanos, tanto no âmbito econômico quanto político, ficando claras as restrições de poder impostas aos países latino-americanos. Esse modelo desencadeou profunda crise política em paralelo à instauração dos regimes ditatoriais em vários países da América Latina (SADER, 1995).

A década de 60 teve assinaladas grandes transformações na vida política, social e econômica do país, com muitos reflexos nos programas de saúde, sobretudo a partir de 1964. *Bertolozzi, Greco* (1996) mencionam que o Golpe Militar de 64 aprimorou e consolidou o modelo caracterizado pela extrema concentração de renda.

Na década de 70 avolumou-se o atendimento médico, houve aumento na realização de exames e intervenções técnicas e a enfermeira, que já vinha desempenhando funções

administrativas, passou a dedicar-se ainda mais às atividades gerenciais. Passaram a predominar então as tarefas de enfermagem decorrentes da prescrição médica, realizadas por atendentes, e as atividades gerenciais, necessárias para possibilitar o atendimento médico especializado, estas sim realizadas pelas enfermeiras (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Nesse período, o ensino de enfermagem passou por duas mudanças curriculares. Primeiramente o Conselho Federal de Educação fixou o primeiro Currículo Mínimo para a enfermagem, em 1962 e, determinou a disciplina Enfermagem em Saúde Pública como não obrigatória. Em 1972, uma nova reformulação curricular criou três habilitações optativas (Saúde Pública, Obstetrícia e Médico-Cirúrgico) e manteve a disciplina Enfermagem em Saúde Pública como não obrigatória, reiterando mais uma vez o modelo biologicista adotado desde a instauração da enfermagem moderna no Brasil.

Diante da crise e da inadequação do sistema de saúde, evidenciadas pela epidemia de meningite, de 1975, e também como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a Lei do Sistema Nacional de Saúde (6229/75) que permitiu a formulação de propostas que buscavam modelos alternativos de organização dos serviços de saúde.

Para Rossi (1980, p. 42) a Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde "emerge num momento importante de implantação de um modelo predominantemente assistencial-curativista e privatizado de atenção à saúde", coerente com os interesses capitalistas do momento, da constituição de classes e de uma estrutura oligopolítica em desenvolvimento.

No final da década de 70, este modelo assistencial-curativista privatista demonstrara sua inadequação à realidade sanitária do país, pois os custos eram cada dia maiores, a compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com o orçamento destinado pelo Estado à saúde e não havia coordenação ou controle das ações, evidenciando que "a prática médica dominante, a flexneriana, baseada nos aspectos curativo-reabilitadores, não era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade" (MENDES, 1999, p. 31).

Entretanto, já em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em ALMA-ATA (URSS), surgira "*a conceituação de Atenção Primária da Saúde (APS), que assume um discurso alternativo ao que até então se fazia, e se conhecia, sobre a busca de Saúde, e não de atenção à Doença*" (KISIL, 1998, p. 9). Mais uma vez e de forma mais incisiva, a preocupação mundial enfatiza a melhoria do nível de saúde das populações e também o Brasil vinculou-se ao processo de desenvolvimento de uma estratégia mundial de extensão de cobertura das ações de saúde da Organização Panamericana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (NEMES, 1993, p. 75-6).

A inadequação do sistema de saúde, resultado das concepções contraditórias entre a política de acúmulo de capital e a política distributiva do Estado, persistiu quando o neoliberalismo instalou-se nos países capitalistas (BIANCHETTI, 1996, SADER, 1995).

Foi dessa forma *que* "a Reforma Sanitária teve origem na década de 70, motivada pelos esforços e propostas de vários movimentos nos aspectos básicos: universalização, equidade, integralidade, resolutividade dos problemas de saúde mediante ações de descentralização e controle social, dentro de um processo participativo" (NERY; VANZIN, 1998, p. 19).

Na perspectiva do liberalismo, o estado capitalista é o resultado espontâneo das relações econômicas de uma sociedade, das relações de mercado, preconizando a liberdade individual. Na perspectiva crítica, o estado capitalista exerce influência direta segundo os interesses das classes sociais hegemônicas, objetivando o consenso. De forma contraditória à sua doutrina, o neoliberalismo na América Latina foi imposto a partir de ditaduras militares que iniciaram planificações propícias ao livre mercado, porém as políticas estabelecidas pelo Banco Mundial estão longe de promover uma "sociedade livre" (BIANCHETTI, 1996, SADER, 1995).

O início da década de 80 foi marcado pela crise política impulsionada pelo movimento em prol da anistia e pela crise financeira no setor saúde. Houve a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) com a finalidade de implantar uma estrutura

básica de saúde, com os pressupostos de hierarquização do atendimento, participação comunitária e integração dos serviços, porém este foi considerado "progressista" e, portanto, rejeitado. Em seguida, criou-se o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde para assim reduzir os custos da assistência médica. Posteriormente, o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS) estabeleceu convênios entre os Ministérios da Previdência e o da Assistência Social, reproduziu a concepção de pagamento por produção e norteou-se pela regionalização, pela hierarquização e pela descentralização do planejamento e da administração (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, NERY; VANZIN, 1998).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde discutiram-se os temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, sendo o processo de discussões bastante participativo. Evidenciou-se a necessidade: de reforma administrativa e financeira, da ampliação do conceito de saúde, do fortalecimento do setor público e da constituição de orçamento social (CNS, 1987). Assim, definiu-se um programa para a Reforma Sanitária e propôs-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações e a participação social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Ao longo de diversas negociações, dentro de um espaço democrático, em 1988 foi aprovada a nova Constituição, que resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando os princípios da descentralização e municipalização da saúde.

Para *Mendes* (1999, p. 47), a Constituição de 1988 "incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídos da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional referida pela reforma sanitária". O autor destaca alguns pontos relativos às questões de saúde: o conceito de saúde entendido na perspectiva da articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e dos serviços de saúde como de relevância pública; a criação do Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral, a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social. Contudo, para *Bertolozzi e Greco* (1996, p. 392), "... apesar dos avanços alcançados, algumas questões permaneceram indefinidas tais como o financiamento do setor saúde, a política de medicamentos e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. Há ainda que ressaltar que permaneceu intocável o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico".

Concomitantemente aos debates para a criação do SUS, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), as escolas de Enfermagem e a Comissão de especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) buscaram reorientar a estrutura da formação da enfermeira. Em 1991, foi encaminhada a proposta de reformulação do Currículo Mínimo. O currículo foi reformulado em 1994, sendo redimensionado em quatro áreas temáticas, extinguindo as habilitações e contemplando a Saúde Coletiva. O papel assumido pela Comissão de Educação da ABEn foi o de facilitar as reflexões com vistas à transformação, buscando resgatar as experiências acumuladas pelas escolas de enfermagem. Para *Moura* (1997), o salto na qualidade da ação da Comissão de Educação configura-se no sentido de que seus intelectuais possuíam clareza do horizonte a ser alcançado e explicitaram claramente o projeto contra-hegemônico ao qual estavam vinculados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a instauração da enfermagem moderna no Brasil o ensino tem sido voltado ao modelo biologicista e a prática de enfermagem prioritariamente centrada no espaço hospitalar,

sendo condizente com as políticas de saúde vigentes. As teorias de enfermagem estão fincadas na ciência positivista, revelam uma "postura profissional que justifica e reforça a dominação/subordinação de gênero e de classe na área da saúde" (OLIVEIRA, 1997, p. 113). As funções de mando dos profissionais de enfermagem favorecem os grupos hegemônicos do poder, a divisão entre trabalho manual e intelectual tem legitimado a hierarquização, a hegemonia e o poder característico das sociedades capitalistas (NÓBREGA, 1991).

O desenvolvimento capitalista propiciou a expansão da rede hospitalar, diante do modelo de saúde adotado, o modelo clínico. Assim, as políticas de saúde adotadas, parecem ter sido determinantes para os rumos da enfermagem no Brasil (RIZZOTTO, 1999).

A despeito dos avanços que a Enfermagem tem alcançado no Brasil e que se expressam na organização do trabalho de enfermagem em todos os níveis do sistema de saúde, nos programas de pós-graduação que incluem especialização, mestrado e doutorado, na legislação do exercício profissional, na força de trabalho habilitada e competente, "... observa-se a ausência de um projeto político que expresse a participação da enfermagem no atual cenário, nos quais se confrontam as diferentes alternativas para a produção, a oferta e o consumo dos serviços de saúde no país" (SENA-CHOMPRES; EGRY, 1998, p. 58-9).

Há necessidade de repensar a suposta neutralidade científica e política segundo a qual a enfermagem colaborou na implementação das políticas de saúde oficiais. Para SILVA (1986:116), o discurso ideológico hegemônico sobre a enfermagem evidencia "... a falta de espírito crítico, a despolitização das enfermeiras, assim como os equívocos de suas representações sobre a enfermagem, a sociedade onde esta se insere e as políticas de saúde, aspectos estes que... estão ao mesmo tempo em suas origens e em seus resultados".

Para QUEIROZ; SALUM (1996, p. 202-3), atualmente, a enfermagem tem participado na operacionalização de projetos que reiteram as políticas públicas gestadas pelo modelo neoliberal. "As escolas de enfermagem, por sua vez, acabam por direcionar a formação dos enfermeiros, ora às exigências do mercado de trabalho (e não do "mercado dos problemas e necessidades de saúde"), ora tomando como eixo de sua formação os princípios e diretrizes do SUS,..."

O movimento contra-hegemônico que resultou no Currículo Mínimo de 1994 representa um avanço quanto à articulação política das enfermeiras e a construção coletiva de novas diretrizes para o ensino, entretanto, apesar da preocupação com a incorporação de novos conceitos de saúde, como Atenção Primária e Vigilância à Saúde, as transformações na formação dos profissionais da saúde e o desenvolvimento de novas práticas tem sido poucas.

A enfermagem no Brasil não tem atendido às necessidades de saúde da maioria da população, encontra-se em eterno conflito entre a assistência que consegue prestar, curativa e biologicista, e a sua impotência diante da realidade social na qual não consegue intervir.

O Estado brasileiro é gerenciado de maneira tal que dificulta a efetiva implantação do SUS: há falta de financiamento, pouca qualidade e eficácia da assistência e, administração ineficiente. O mero aumento das verbas para a saúde tampouco resolve as questões da qualidade e do acesso aos serviços, subordinados a um modelo especializado, com pouca resolutividade, em que a instituição hospitalar é considerada como fonte prioritária de assistência.

Entretanto, a municipalização da saúde permitiu a construção e operacionalização de alguns projetos inovadores que se apoiaram nos conceitos da Saúde Coletiva, utilizando o conceito da determinação social do processo saúde-doença, nos programas da OMS/OPS ou em linhas reformistas do pensamento clínico, visando produzir intervenções mais efetivas (CAMPOS, 1997).

O modelo de assistência hegemônico tem reiterado a formação e capacitação de recursos humanos para atender ao mercado tecnicista, porém há projetos inovadores que articulam ensino, serviços e a comunidade e que servem de exemplo e de incentivo para o fortalecimento de forças políticas para a implantação do SUS, para a construção de um novo paradigma para a saúde e, conseqüentemente, para a enfermagem (PAIVA et al., 1999).

---

**ABSTRACT:** The paper deals with a historical recovery of the genesis of Nursing and its development in Brazil in order to elucidate its influence in current nursing education and practice. It emphasizes the role played by the Rockefeller Foundation in the organization of public health nursing, the creation of the first school of nursing and the consolidation of nursing education and practice in hospitals. Certain public health policies were also examined, given their influence in the development of the profession. Nursing maintained a scientific and politically neutral position during the implementation of these health policies, possibly because of the non-critical makeup brought about by the adoption of the flexnerian model of teaching, in its link to Medicine.

**KEYWORDS:** nursing, nursing education, public health policy

---

**RESUMEN:** Se trata de hacer la recuperación histórica de la génesis de la enfermería y su desarrollo en Brasil para elucidar su influencia en la enseñanza y en la práctica de la enfermería actual. Se destaca la participación de la Fundación Rockefeller en la organización del Servicio de Enfermería en Salud Pública, la creación de la primera Escuela de Enfermería y la consolidación de la enseñanza y de la práctica en el ámbito del hospital. Las políticas públicas de salud también están contempladas, en vista de su influencia para el desarrollo de la profesión. La enfermería se mantuvo científica y políticamente neutral en la implementación de las políticas de salud vigentes, posiblemente porque decurren de la formación a-crítica resultante de la adopción del modelo flexneriano de enseñanza y por su vinculación con la medicina.

**PALABRAS CLAVE:** enfermería, educación en enfermería, políticas de salud

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.

BARREIRA I. A. *A enfermeira ananéri no país do futuro*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1992.

BERTOLLI FILHO, C. *A história da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1998.

BERTOZZI, M. R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 30, n.3, p. 380-98, 1996.

BIANCHETTI, R. G. *Modelo neoliberal e políticas educacionais*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 70-114.

BRAGA, J.C. de S; PAULA, S. G. de. *Saúde e previdência*. São Paulo: Hucitec, 1961.

CAMPOS, g. V. de S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva na organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editoral, 1997. p.113-24.

FONSECA, R. M. S.; BERTOZZI, M.R. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Enfermagem no SUS: a classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social*. Brasília: ABEn, 1997. p.3-59.

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

GERMANO, R.M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1985.



GOMES, E.L.R. *Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento*. Ribeirão Preto, 1991. 188p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KISIL, M. Prefácio. In: CHOMPRÉ, R.R.S.; EGRY, E.Y. *A enfermagem nos projetos Uni: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998. p 7-13.

MACHADO, M. H.; BELISÁRIO, S. A. O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. In: GIOVANELLA, L. *Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1992. p. 7-13.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap.1. p.19-92.

MOURA, A. *A produção da força de trabalho da enfermagem no nível de terceiro grau*. São Paulo, 1997. 197p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

NEMES, M. I. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIDER, L. B. (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993. Cap. 2, p.65-116.

NERY, M.H. da S.; VANZIN, A. S. *Enfermagem em saúde pública*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

NÓBREGA, M.S. *Enfermagem – A prática da profissão e a ideologia da submissão*. Fortaleza, 1991. 273p. Dissertação ( Mestrado) – Escola de Educação, Universidade Federal do Ceará.

OLIVEIRA, M. A. de C. *A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação do processo saúde-doença*. São Paulo, 1997. 142p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PAIVA, M. S. et al. *Enfermagem Brasileira: contribuição da ABEn*. Brasília: ABEn Nacional, 1999.

QUEIROZ, V.M.; SALUM, M.J.L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo, *Anais...* São Paulo: ABEn, 1996. p.190-208.

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

ROSSI, S. S. *A constituição do sistema de saúde no Brasil*. São Paulo, 1980. /Mimeografado/

SADER, E. *Neoliberalismo e políticas sociais no Brasil*. Salvador: Conselho Nacional do Serviço Social, 1995. /Mimeografado/

SENA-CHOMPRÉ, R. R. S; EGRY, E. Y. *A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, G.B.A. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

---

*Recebido em junho de 2001*

*Aprovado em setembro de 2001*